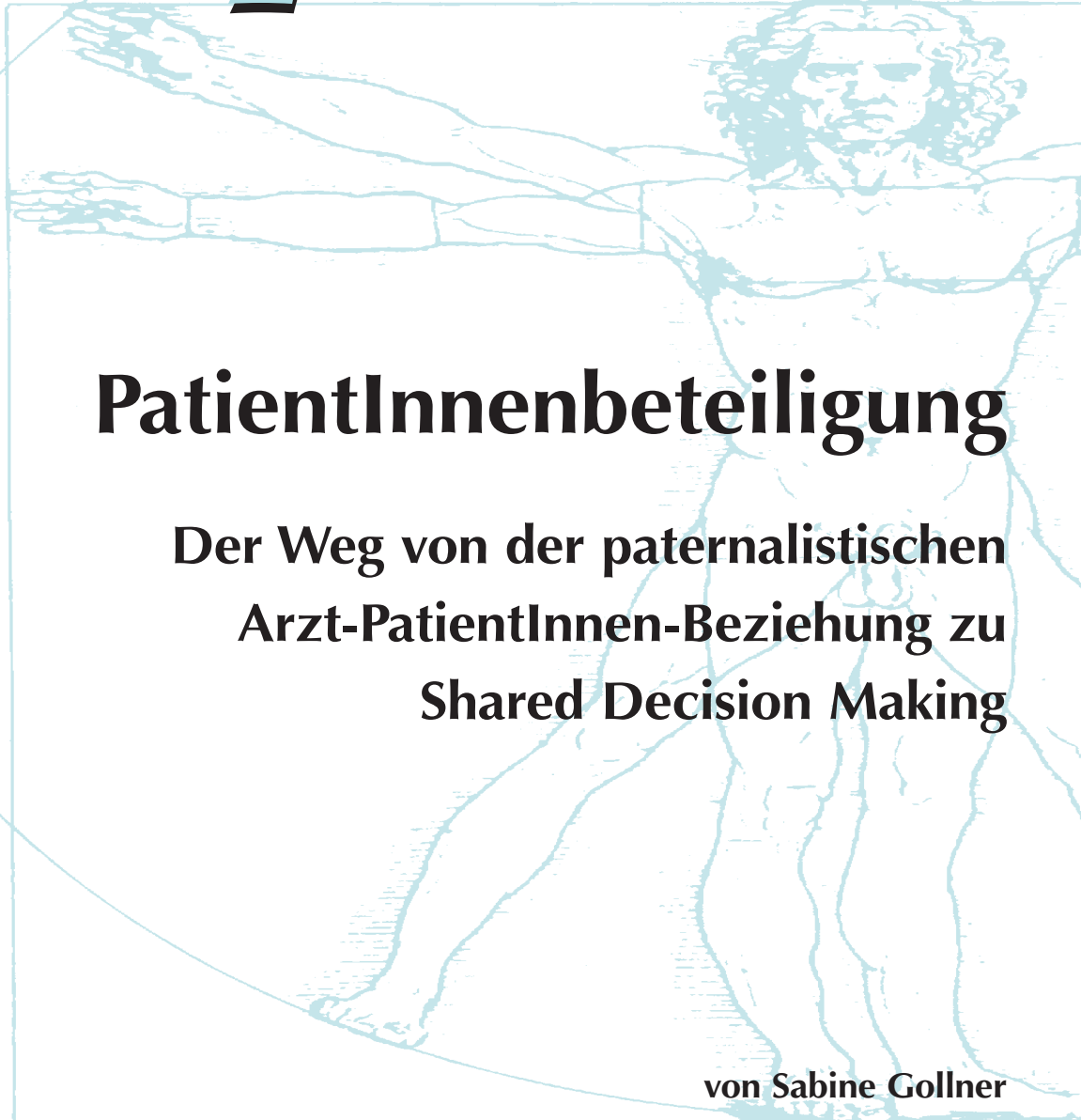


Preis: € 7,50

26

# papers

Gesundheitswissenschaften



## PatientInnenbeteiligung

Der Weg von der paternalistischen  
Arzt-PatientInnen-Beziehung zu  
Shared Decision Making

von Sabine Gollner

Herausgegeben von  
Univ.- Prof. Dr. Josef  
Weidenholzer, Institut für  
Gesellschafts- und  
Sozialpolitik, Johannes Kepler  
Universität Linz in  
Zusammenarbeit mit der  
Oberösterreichischen  
Gebietskrankenkasse.  
Redaktionelle Betreuung:  
Mag. Werner Bencic, MPH  
Kontaktadresse:  
OÖ Gebietskrankenkasse  
Frau Andrea Weber  
Gruberstraße 77  
A - 4021 Linz  
Tel.: 05 78 07 - 10 23 00  
Fax: 05 78 07 - 66 10 23 00  
E-mail: andrea.weber@ooegkk.at  
Hersteller:  
OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2008

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Arbeit umfasst einerseits eine ausführliche Literaturrecherche betreffend der Arzt-PatientInnen-Beziehung, der PatientInnenbeteiligung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making). Andererseits wird dies im empirischen Teil dieser Studie anhand von Interviews überprüft. Insgesamt wurden vier PatientInnen, vier ÄrztInnen und drei ExpertInnen befragt. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich die Arzt-PatientInnen-Beziehung immer mehr in eine aktive Zusammenarbeit entwickelt. Begünstigt durch leichter verfügbare Informationen über Behandlungsarten und eine tendenziell kritischere Verbraucherhaltung in der modernen Gesellschaft. PatientInnen erwarten von ihren ÄrztInnen in zunehmendem Maße mehr Information und mehr Beteiligung an Entscheidungen, die sie betreffen. Die ÄrztInnen wiederum beziehen ihre PatientInnen immer mehr in die gemeinsame Entscheidungsfindung mit ein, dabei wird die Verantwortung geteilt. Wobei die ÄrztIn immer noch die hauptsächliche Verantwortung trägt. Die ExpertInnen sind der Meinung, dass Shared Decision Making in Österreich noch nicht den gewünschten Stellenwert einnimmt, wie dies in den angloamerikanischen Ländern der Fall ist. Laut den Experten sollte grundsätzlich in vier Bereichen interveniert werden.

Erstens beim Fortbildungsprogramm für ÄrztInnen - hier müssten die Kommunikationstrainings und spezielle Interaktionstrainings gefördert werden, sowie die Integration von Shared Decision Making in das Curriculum der medizinischen Ausbildung. Zweitens durch die Entwicklung von Entscheidungshilfen, so genannten Decision Aids für die PatientInnen.

Drittens müssen vermehrt PatientInnenschulungen angeboten werden.

Und viertens sollte das Thema der PatientInnenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen mehr durch Öffentlichkeitsarbeit publik gemacht werden.



## Inhaltverzeichnis

<b>1. Einleitung .....</b>	<b>3</b>
1.1 Ausgangslage und Problemstellung .....	4
1.2 Aufbau der Arbeit.....	5
1.3 Methodisches Vorgehen .....	6
<b>2. Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>8</b>
2.1 Begriffsdefinition .....	8
2.1.1 Paternalismus.....	8
2.1.2 Shared Decision Making (SDM) = partizipative Entscheidungsfindung ..	9
2.1.3 Paternalistisches und Partnerschaftliches Modell.....	10
2.2 Überblick über die derzeitigen Rahmenbedingungen .....	14
2.2.1 Entwicklung der Medizin .....	14
2.2.2 Ethische Fragen der Patientenaufklärung .....	16
2.2.3 Grundlagen der Kommunikationstheorie .....	16
2.3 Arzt-PatientInnen-Beziehung .....	19
2.3.1 Patientenrechte.....	23
2.3.2 Patientenbeteiligung .....	25
2.3.3 Patientenschulung.....	27
2.3.4 Ärztliche Konsultation.....	29
2.3.5 Ärztliche Fortbildung .....	33
2.4 Rollenverhalten.....	34
2.5 Informationsverarbeitung .....	36
2.6 Soziale Rolle.....	39
<b>3. Studiendesign .....</b>	<b>43</b>
3.1 Zielgruppe und Stichprobe .....	43
3.2 Leitfaden.....	44
3.3 Datenerhebung.....	46
3.4 Durchführung und Auswertungsverfahren .....	49

<b>4.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>52</b>
4.1	Ergebnisse der Einstiegsfragen.....	52
4.2	Ergebnisse der Standortbestimmungsfragen .....	53
4.3	Ergebnisse der zukunftsorientierten Wegweiserfragen .....	62
4.4	Demographische Daten .....	69
4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	70
<b>5.</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>72</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>77</b>
<b>7.</b>	<b>Schlussfolgerung .....</b>	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>82</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>86</b>

# 1. Einleitung

Es hat sich eine Änderung der Arzt-PatientInnen-Beziehung in unserer Gesellschaft abgezeichnet. Noch vor einiger Zeit waren ÄrztInnen die „Götter in Weiß“, denen bedingungsloses Vertrauen geschenkt wurde. In den letzten Jahren wendete sich dieses Blatt. PatientInnen stellen Meinungen und Ratschläge der ÄrztInnen häufiger in Frage, sie sind generell besser informiert und erwarten mehr Information von den ÄrztInnen. Vor allem übernehmen PatientInnen mehr Verantwortung für ihre Gesundheit/Krankheit (Felder-Puig, 2006).

Um zu einer Shared Decision zu kommen, müssen sich der Patient und der Arzt Wissen und Wertvorstellungen gegenseitig mitteilen. Ein wichtiger Aspekt der ärztlichen Kunst ist beim Shared Decision Making, einem Patienten zu helfen seine Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche zu konkretisieren. Der Arzt bleibt Experte für das Wissen, der Patient wird als Experte für seine Präferenzen anerkannt. Eine Therapieentscheidung wird zwischen beiden „Experten“ einvernehmlich gesucht, die Verantwortung wird geteilt (Feuerstein und Kuhlmann, 1999).

Über viele Jahrtausende war die Arzt-Patienten-Beziehung geprägt durch eher magisch-religiöse Handlungsmuster. Doch schon in der hippokratischen Schule der klassischen griechischen Kultur – mit wichtigen Vorläufern in China und Ägypten – bildeten sich Ansätze einer Berufsethik der Ärzteschaft als einer zentralen Profession von Heilern aus. Neben dem Handlungsprogramm wurden dabei auch normative Regeln für das Arzt-Patienten-Verhältnis festgelegt. Trotz der seitdem eingetretenen rasanten Entwicklung einer wissenschaftlich begründeten Medizin und der Etablierung einer sozialstaatlich institutionalisierten Form gesundheitlicher Vorsorge lässt sich doch eine weitreichende Kontinuität bestimmter grundlegender Merkmale der Arzt-Patienten-Beziehung feststellen. Hierzu zählt das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das außergewöhnliche Eingriffsrecht des Arztes in den persönlich-körperlichen Integritätsbereich, der Moment von Risiko und Unsicherheit in der Behandlungssituation. In soziologischer Perspektive ist dabei vor allem auf die Bildung von Expertendominanz in der Ärzteschaft und den damit einhergehenden Professionalisierungsprozess hinzuweisen.

Industrialisierung, zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft und Institutionalisierung eines sozialstaatlich orientierten Krankenversicherungssystems führten dazu, dass der Ärzteschaft gleichsam ein staatlich sanktioniertes Definitionsmonopol über Krankheit bzw. Gesundheit zuwuchs. Eine solche Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht bewirkt zugleich, dass die Arzt-Patienten-Beziehung strukturell eine asymmetrische ist. Die Asymmetrie nimmt zu – die Möglichkeit der Einflussnahme durch die Patienten nimmt ab - je instrumentell-technischer ärztliches Handeln wird. Gegenläufig zu dieser Entwicklung ist ein gesellschaftlicher Modernisierungs- und Liberalisierungsprozess zu beobachten, der autoritative und paternalistische Einstellungen und Verhaltensweisen zurückdrängt. Der Patient wird zunehmend als Klient behandelt und beraten, und soll in eine therapeutische Beziehung eingebunden werden. Indes sind in jüngster Zeit wiederum kontrapunktische Entwicklungen zu beobachten, die die gegenwärtige Diskussion um Rationierung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems begleiten (Feuerstein und Kuhlmann, 1999).

## **1.1 Ausgangslage und Problemstellung**

Folgende Fragen werden in dieser Arbeit untersucht:

- PatientInnenbeteiligung:
1. Wie ist die PatientInnenbeteiligung, aus Sicht der ÄrztInnen und aus Sicht der PatientInnen?
  2. Welche Chancen und Gefahren sind von verstärkter PatientInnenbeteiligung zu erwarten?
  3. Wie wird mehr PatientInnenbeteiligung erreicht?

### Der Weg von der paternalistischen Arzt-PatientInnen-Beziehung zu Shared Decision

- Making:
1. Wo befinden wir uns auf dem Weg von der paternalistischen Arzt-PatientInnen-Beziehung zu Shared Decision Making?
  2. Wie kommen wir in Richtung Shared Decision Making? Wegweiser partizipativer Arzt-PatientInnen-Beziehung.

Shared Decision Making (SDM) sieht vor, dass ÄrztInnen und PatientInnen in gleichberechtigter Weise zu Behandlungsentscheidungen beitragen. Die ÄrztInnen mit ihrem professionellen Fachwissen und ihrer Erfahrung haben dabei die zusätzliche Aufgabe, eine Gesprächssituation herzustellen, die die PatientInnen zur Entwicklung einer eigenen Sichtweise befähigt. Die PatientInnen hingegen bringen ihre persönliche Lebenssituation, Präferenzen, Ängste, Bedenken und Erwartungen bezüglich Behandlungsergebnis bzw. Risiken oder unerwünschte Nebenwirkungen ein, aber auch (insbesondere die chronisch Kranken) ein großes spezielles Wissen und Krankheitsverständnis, das oft nicht mit dem der BehandlerInnen übereinstimmt. Nach einem Abgleich der unterschiedlichen Perspektiven ist gemeinsam eine Entscheidung über den einzuschlagenden Behandlungsweg zu treffen, ohne dass den PatientInnen die ärztliche Sichtweise aufgedrängt wird.

Die vorliegende Arbeit soll in erster Linie den Stand der aktuellen Arzt-PatientInnen-Beziehung (in Oberösterreich) erheben und Wegweiser in Richtung Shared Decision Making aufzeigen.

Ziel der Arbeit ist es, das Thema PatientInnenbeteiligung zu erörtern, die Ist-Situation darzustellen und daraus einige Schlussfolgerungen für die Zukunft festzulegen.

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit ist in folgende Abschnitte unterteilt:

Die Einleitung, in der die Ausgangslage und die daraus folgenden Problemstellungen definiert werden, weiters wird in diesem Abschnitt das methodische Vorgehen erläutert.

Im Anschluss erfolgt der theoretische Teil, mit den Begriffsdefinitionen, dem Überblick über die derzeitigen Rahmenbedingungen, sowie der Arzt-PatientInnen-Beziehung, welche mit diversen Studien und Publikationen unterlegt wird.

Im dritten Abschnitt wird das Studiendesign des empirischen Teils, welcher anhand von Interviews durchgeführt wurde beschrieben.

Die Ergebnisse der Befragung werden im vierten Abschnitt aufgezeigt um damit die theoretischen Fakten zu überprüfen.

Die letzten Kapitel bilden die Diskussion, die Zusammenfassung und die Schlussfolgerung.



### **1.3 Methodisches Vorgehen**

Die Basis der Arbeit stellt eine grundlegende Literaturrecherche dar. Darauf aufbauend werden problemzentrierte Interviews mit ÄrztInnen, PatientInnen und ExpertInnen über die Arzt-PatientInnen-Beziehung, die PatientInnenbeteiligung und die gemeinsame Entscheidungsfindung (SDM) durchgeführt.

Die verwendete Literatur umfasst verschiedene Bücher, Internetseiten und Publikationen. Es wurde sowohl in den vorgegebenen Datenbanken (Ebsco, Pubmed) recherchiert, als auch in einigen frei zugänglichen Datenbanken (Google, Google scholar, UMIT-Bibliothek, Landesbibliothek Bregenz). Die gesamte Literatur wurde geprüft, ob sie inhaltlich der Fragestellung entspricht und die Validität hinsichtlich der Evidenzstufen beurteilt.

In Selektionsschritten wurden die Publikationen in den jeweiligen Datenbanken gesichtet, durchgelesen und analysiert, diejenigen die nicht den Kriterien entsprachen wurden ausgeschieden.

Anhand problemzentrierter Interviews wurde die aktuelle Arzt-PatientInnen-Beziehung, hinsichtlich des derzeitigen Standpunktes der gemeinsamen Entscheidungsfindung und zukünftige Wegweiser bezüglich Chancen und Gefahren, Ansätze und Schritte der Umsetzung von Shared Decision Making erhoben.

Es wurden 11 Interviews mit vier AllgemeinmedizinerInnen, vier PatientInnen und drei ExpertInnen geführt.

Problemzentrierte Interviews sind in diesem Falle zu bevorzugen, da bei diesen die interviewte Person eigene Antworten formulieren kann, was eine Voraussetzung beim Thema Arzt-PatientInnen-Beziehung ist, da diese von den Meinungen und Erfahrungen der PatientInnen/ÄrztInnen/ExpertInnen abhängig ist (Mayring, 2002).

In dieser Arbeit wird die einseitige Formulierung, welche beiden Geschlechtern entspricht verwendet, d.h. ÄrztInnen wird immer gleichermaßen für Ärzte und Ärztinnen verwendet. Dies gilt ebenfalls für PatientInnen, StudentInnen usw. Falls eine Geschlechtertrennung bezüglich Arzt oder Ärztin konkret angesprochen wird, wird dies dem Geschlecht nach unterteilt.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

Arzt zu sein, wird oft nicht nur als Beruf, sondern als Berufung bezeichnet. Mit den hohen Anforderungen an die Arztrolle sind aber auch Belastungen verbunden, die bewältigt werden müssen. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat sich zudem in den letzten Jahrzehnten verändert. Während früher die Einflussmöglichkeiten innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung ziemlich einseitig verteilt waren, wird heute eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung angestrebt. Hierzu benötigt der Arzt grundlegende Kompetenzen der Gesprächsführung (Faller und Lang, 2006).

### **2.1 Begriffsdefinition**

In der angloamerikanischen Forschung zur Arzt-Patienten-Interaktion ist der Begriff Shared Decision Making schon seit den siebziger Jahren etabliert. Im Gegensatz zu einem paternalistischen Verständnis, bei welchem der Arzt alle Entscheidungen stellvertretend für den Patienten trifft, soll im Rahmen des Shared Decision Making der Patient in bestimmte Entscheidungen verantwortlich einbezogen werden (Scheibler, 2004).

Zum besseren Verständnis werden nun die Begriffe „Paternalismus“ und „Shared Decision Making“ näher erläutert.

#### **2.1.1 Paternalismus**

Für die paternalistische Methode spricht Parsons Konzeptualisierung der Krankenrolle (Parsons, 1951, zitiert aus Scheibler und Pfaff, 2003). Danach ist der Patient angehalten, die Hilfe eines Experten zu suchen und sich nach den medizinischen Anweisungen zu richten. Bei diesem Beratungsstil unternimmt der Arzt das, was er für den Patienten für am besten hält, ohne unbedingt dessen Präferenzen in Erfahrung zu bringen.

Gekennzeichnet ist diese paternalistische Orientierung, auch „benevolenter Paternalismus“ genannt, dadurch, dass sie nach Art einer „väterlichen Fürsorge“ das Wohl des Kranken als

zentrale Begründung für Handlungen betrachtet, die so wichtig ist, dass ihr Fragen nach der Freiheit oder Selbstbestimmung des Patienten untergeordnet werden (Peintinger, 2003).

### **2.1.2 Shared Decision Making (SDM) = partizipative Entscheidungsfindung**

„Shared Decision Making ist eine Form der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an Entscheidungsprozessen beteiligt sind.“

(Scheibler et al., 2005, S. 23)

Charles et al. (1994, zitiert aus Scheibler, 2004, S. 35) definieren, dass im Falle von Shared Decision Making folgende vier Bedingungen erfüllt sein müssen:

- “Shared decision making involves at least two participants – the physician and patient
- Both parties (physicians and patients) take steps to participate in the process of treatment decision making
- Information sharing is a prerequisite to shared decision making
- A treatment decision is made and both parties agree to the decision”

Die Autoren (Charles et al., 1994) legen besonderen Wert auf den gemeinsamen Prozess der Entscheidungsfindung und die Tatsache, dass eine Entscheidung getroffen wird, mit der nicht nur beide Parteien einverstanden, sondern auch zu ihrer tatsächlichen Umsetzung bereit sind (Scheibler, 2004).

### **2.1.3 Paternalistisches und Partnerschaftliches Modell**

#### **Paternalistisches Modell**

Im paternalistischen Modell, das der traditionellen Sichtweise der Arzt-Patienten-Beziehung entspricht, entscheidet der Arzt im wohlverstandenen Interesse des Patienten. Der Patient verhält sich passiv. Angesichts der vielfältigen Informationsmöglichkeiten, die Patienten heute besitzen, wirkt dieses Modell nicht mehr zeitgemäß, insbesondere weil es die Patientenautonomie nicht ausreichend respektiert. Berechtigung kann es aber in Situationen haben, in denen die Fähigkeit des Patienten, autonome Entscheidungen zu treffen, stark eingeschränkt ist (Notfall, akute Psychose) oder er sich angesichts der schwer überschaubaren Tragweite einer Entscheidung überfordert fühlt (Faller und Lang, 2006).

#### **Partnerschaftliches Modell**

Heutzutage gilt das partnerschaftliche Modell als eines der Gängigsten. Arzt und Patient diskutieren gemeinsam das Problem und ihre Ziele. Der Patient teilt seine Präferenzen mit, der Arzt die vorliegende medizinische Evidenz. Darüber hinaus soll der Arzt aber durchaus auch seine eigenen Empfehlungen abgeben. Der Patient soll dadurch im Sinne vom Empowerment in die Lage versetzt werden, zwischen alternativen Behandlungsmöglichkeiten auszuwählen. Damit der Patient seine Wertvorstellungen, Ziele, Erwartungen und Befürchtungen äußern kann, ist es erforderlich, dass eine Gesprächsatmosphäre geschaffen wird, die ihm die Wichtigkeit seiner eigenen Sichtweise vermittelt und ihn ermutigt, seine subjektiven Krankheitstheorien und Präferenzen zu äußern. Hier muss der Arzt die vom Patienten gewünschte Rolle bei der Entscheidungsfindung explorieren. Nicht alle Patienten wollen in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Auch der Prozess der Abwägung und Diskussion möglicher Behandlungsoptionen ist als interaktiver Prozess zu gestalten. Aufgabe des Experten ist es, dem Patienten auf der Basis der von ihm gesichteten empirischen Evidenz die möglichen Behandlungsoptionen vorzustellen. Aufgabe des

Patienten ist es, seine eigenen Präferenzen mit den präsentierten Behandlungsoptionen abzugleichen. In dem darauf folgenden Verhandlungsprozess darf der Experte zwar durchaus den Patienten zu überzeugen versuchen, er muss jedoch auch akzeptieren können, wenn der Patient sich anders entscheidet, als der Experte es für optimal erachtet. Beide Partner treffen dann gemeinsam eine Entscheidung, für die sie sich verantwortlich fühlen, auch wenn sie für den einzelnen möglicherweise nicht das jeweils denkbare Optimum darstellt. Nachdem eine gemeinsame Entscheidung getroffen wurde, wird ein Handlungsplan erarbeitet, für dessen Einhaltung beide Partner einstehen (Faller und Lang, 2006).

Je nach Wahl des Modells verlaufen Informationsvermittlung, Entscheidungsprozess und Verantwortungsübernahme recht unterschiedlich. Der genaue Verlauf ist in Abbildung 1 dargestellt.

	<b>Paternalismus</b>	<b>Kooperation (Shared Decision)</b>
<b>Information</b>	Vermittlung	Verbindung von Verständnis mit Wissen
<b>Entscheidung</b>	Instruktion	Vorschlag mit Alternativen ↓ gemeinsame Evaluation ↓ Berücksichtigung von Präferenzen ↓ Aushandlung
<b>Verantwortung</b>	Fremdkontrolle (bis Abhängigkeit)	Gemeinsame Kontrolle in gegenseitigem Vertrauen (Autonomie)

Abb. 1: Charakteristika zwei der drei Beziehungsmodelle (Uexküll, 2003, S. 61)

Während das Gespräch im paternalistischen Modell eher monologisch-linear verläuft, begegnen sich Patient und Arzt im Kooperationsmodell im Sinne einer ergebnisoffenen Beratung als zwar ungleiche, aber gleichberechtigte Partner, die einen vernunftgerechten Konsens auszuhandeln suchen, die Entscheidung und ihre Konsequenzen gemeinsam verantworten. Am einfachsten verläuft der Diskurs im Paternalismusmodell, der komplexere Verlauf insbesondere im Kooperationsmodell kommt durch die vielfältigen Möglichkeiten zu Fragen und Rückversicherungs- bzw. Aushandlungsschleifen zustande. Der genaue Verlauf dieser beiden Modelle ist in Abbildung 2 Paternalismus und Abbildung 3 SDM zu sehen.

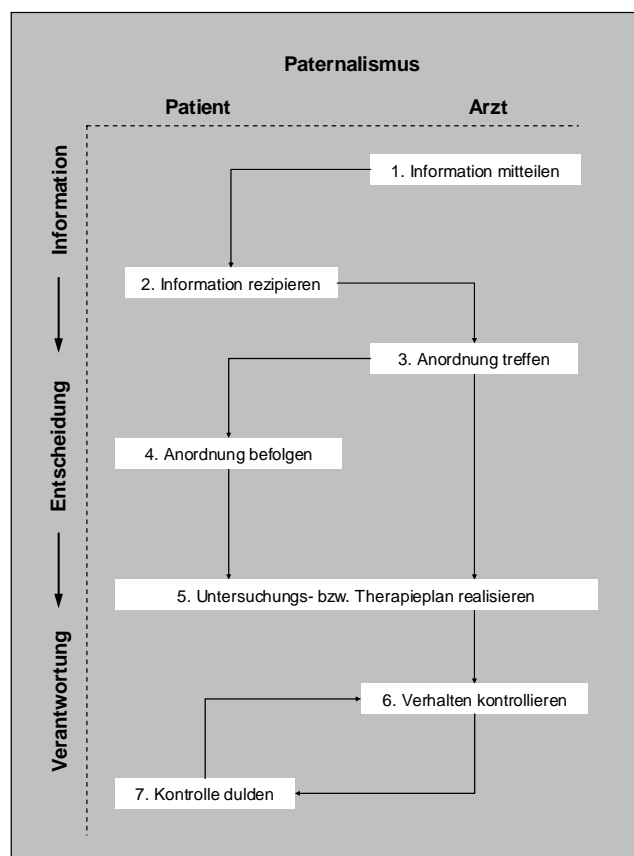


Abb. 2: Paternalismus (Uexküll, 2003, S. 62)

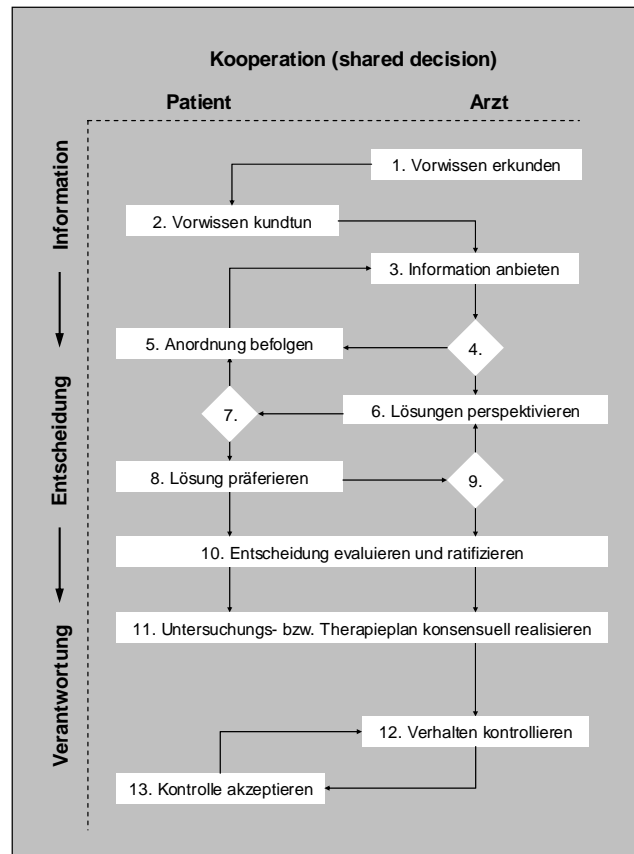


Abb. 3: SDM (Uexküll, 2003, S. 63)

Grundsätzlich wird empfohlen, sich um eine gemeinsame Entscheidungsfindung zu bemühen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Patienten unterschiedliche Präferenzen haben. So wünschen zum Beispiel ältere Patientinnen mit Mammakarzinom, insbesondere solche mit niedrigem Bildungsniveau, eher ein paternalistisches Vorgehen, jüngere und besser ausgebildete Patientinnen eine intensivere Kooperation oder auch eine weitergehende Unabhängigkeit vom Arzt (Uexküll, 2003).



## 2.2 Überblick über die derzeitigen Rahmenbedingungen

Eine Internetbefragung des British Medical Journal aus dem Jahr 1999 zeigt, dass etwa 85 Prozent der PatientInnen eine gemeinsame Entscheidungsfindung bevorzugen würden. Aus den Ergebnissen dieser Studien ergibt sich folgende Tabelle.

Tab. 1: Einflussfaktoren und Effekte von Shared Decision Making (Scheibler, 2005, S. 24)

Einflussfaktoren sind u.a.	Effekte des Shared Decision Making sind u.a.
Die zu erwartende Lebensqualität bei unterschiedlichen Behandlungsalternativen	Zunahme der wahrgenommenen Kontrolle über die Erkrankung durch den Patienten
Die Behandlungsdauer	Höhere Patientenzufriedenheit
Die zu erwartenden Nebenwirkungen von Medikamenten	Verbesserte Lebensqualität
Die Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion	Verbessertes Krankheitsverständnis
Das Partizipationsbedürfnis nimmt mit steigendem Alter und zunehmender Schwere der Erkrankung ab (hierzu gibt es widersprüchliche Forschungsbefunde)	Rückgang der Leiden
	Verbesserung der funktionellen Kapazität
Die soziale Schichtzugehörigkeit scheint beim aktiven Informationssuchverhalten keine Rolle zu spielen	Verringerung von Ängsten
	Höhere Therapietreue

### 2.2.1 Entwicklung der Medizin

Es ist oft beschrieben worden, warum und auf welche Weise die moderne Medizin in Kliniken des frühen 19. Jahrhunderts geboren wurde: Militärhospitäler boten qualifizierten Chirurgen und Ärzten vollbeamtete Stellen, sie ermöglichten aufgrund eines relativ homogenen, häufig behandlungsfähigen Krankengutes die systematische Erfahrung, Datenerhebung und -dokumentation an Patienten und damit die Festigung klinischen Wissens. Sie sahen überdies den klinischen Unterricht von Medizinstudenten vor und sie beschleunigten – wenn auch zunächst in bescheidenem Umfang – die operativen

Verfahren. Mit der Erarbeitung von Symptomatologien und der Analyse organischer Läsionen ging eine Neubewertung der Anatomie einher, deren Ergebnis die Gründung pathologischer Forschungsinstitute und die Ausbreitung der anatomisch-klinischen Methode der Medizin war (Siegrist, 1988).

Der Umstand, dass das „Wissen“ nicht mehr als Machtfaktor angesehen werden kann, trägt zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin bei. Der bislang wirksame Leitsatz „Wissen ist Macht“ wird von jenem neuen abgelöst, der das „Wissen beider Partner als unverzichtbare Voraussetzung für eine eigenständige Entscheidung“ bewertet. Zusätzliches Wissen erhöht die autonome Kompetenz, die eine freie und selbst bestimmte Entscheidung ermöglicht, um eine aktuelle Situation auch tatsächlich in die eigene Lebenswirklichkeit zu integrieren (Peintinger, 2003).

**Gründe für den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung** (nach Charles et al., 1996, zitiert aus Klemperer, 2003, S. 10)

Die Gründe für die weitere Zunahme der Emanzipation der Patienten lauten wie folgt:

- Die wachsende Verbraucherbewegung schlug sich in der Gesetzgebung nieder und untersagt eine Entscheidung ohne umfassende Information des Patienten durch den Arzt. Dem Arzt droht Strafe bei Zuwiderhandeln. Die informierte Entscheidung ist damit ethisch und juristisch als Patientenrecht etabliert und erfordert mit der Zustimmung des Patienten zumindest ein Minimum der Mitentscheidung.
- In einigen Ländern ist das weitergehende Konzept der informierten Auswahl vorgeschrieben, welches eine Information des Patienten über unterschiedliche Behandlungsoptionen erfordert.
- Die Verbraucherrechtsbewegung strebt ein höheres Maß an Autonomie und Kontrolle von Seiten der Patienten an und versucht über Shared Decision Making die Asymmetrie in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu mindern.
- Der Wandel im Krankheitsspektrum von akuten zu chronischen Krankheiten führt dazu, dass Krankheit weniger eine kurze Episode bedeutet, sondern häufiger mit langen Verläufen einhergeht und dementsprechenden Arzt-Patienten-Beziehungen.

- Häufig bestehen unterschiedliche, jedoch gleichwertige Behandlungsoptionen mit variierenden Ergebnissen (Klemperer, 2003).

### **2.2.2 Ethische Fragen der Patientenaufklärung**

Nach Fischer (1993, zitiert aus Feuerstein und Kuhlmann, 1999, S. 43) zeichnen sich drei hauptsächliche Problemfelder ab: „Keineswegs jeder Patient ist in der Lage, eine auch noch so verständlich gegebene Information in unserem Sinne zu „verstehen“. Keineswegs alle Patienten wünschen sich eine eigene Urteilsbildung oder sind dazu in der Lage. Die Art der Entscheidung des Patienten hängt im Übrigen nicht unwesentlich von der Art, dem Inhalt und der Tendenz der ärztlichen Information ab. Eine in diesem Sinne wertfreie Information mit wirklich objektiver Darstellung der Gefahren und Chancen ist ein kaum erreichbares Ideal“.

### **2.2.3 Grundlagen der Kommunikationstheorie**

Eine Befragung von AllgemeinmedizinerInnen ergab, dass ÄrztInnen unter anderem das Gefühl hatten, nicht über die erforderlichen Fertigkeiten zu verfügen, um PatientInnen in die Entscheidung einzubeziehen. Daneben sei Zeitmangel ein großes Problem und PatientInnen empfinden nach Meinung der ÄrztInnen Stress, wenn die ÄrztIn selber unsicher wirke und zu lange herumdiskutiert wird. ÄrztInnen fühlen sich in Kommunikationsfertigkeiten nicht ausreichend ausgebildet und stellen fest, dass sie es nicht gewohnt sind, den Patienten nach seiner Wunschrolle im Entscheidungsprozess zu fragen. Die Einbeziehung des Patienten wird zwar zunehmend gefordert, damit dies auch geschehen kann, muss unter anderem die Kommunikationsfähigkeit der Ärzte gefördert werden (Scheibler, 2003).

Unter Kommunikation versteht man im engeren Sinne die zwischenmenschliche Verständigung durch Verbindungsaufnahme und Informationsaustausch (Watzlawick, 2000).

**Die vier Ebenen einer Nachricht, nach dem „Vier-Ohren-Modell“ von Schulz von Thun** (2005, zitiert aus Leitliniengruppe Hessen, 2007, S. 11) bestehen aus:

- Sachebene: Zum Beispiel die medizinischen Fakten
- Beziehungsebene: Menschliche Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung
- Selbstkundgabe: Offenlegung der persönlichen Wünsche und Bedürfnisse
- Appell: Konkrete Handlungsaufforderung

### **Patienten zentrierte Basis-Techniken**

Diese haben vor allem das Ziel, den Patienten ins Spiel zu bringen, ihm den Raum anzubieten, seine eigene Position darzustellen und ihm gegebenenfalls bei dieser Darstellung zu helfen. Die Basis-Techniken der Patienten zentrierten Kommunikation werden mit dem Akronym WWSZ abgekürzt: Warten, Wiederholen, Spiegeln, Zusammenfassen (Langewitz et al., 2003, zitiert aus Köller und Broda, 2005)

Wann immer es in einem Gespräch darum geht, das eigene Vorgehen an das Tempo des Gegenübers anzupassen, sind diese Techniken hilfreich. Dies gilt besonders auch für Vermittlung von Information, deren Menge und Thematik den Bedürfnissen des Patienten angepasst sein sollte. Ohne eine kleine Pause (Warten) nach der Mitteilung eines Sachverhaltes ist es unmöglich herauszufinden, ob die Information angekommen ist und klar verständlich war (Köller und Broda, 2005).

### Praktisches Vorgehen nach Köller und Broda (2005)

- Warten (> 3 Sekunden) mit Blickkontakt zum Patienten
- Wiederholen
- Spiegeln in Bezug auf das Thema
- Spiegeln im Bezug auf die Emotion
- Zusammenfassen

Eine einheitliche Definition der subjektiven Patientenbedürfnisse stößt auf Schwierigkeiten, weil Patient nicht gleich Patient ist, die Bedürfnisse also individuell stark

verschieden sind – selbst bei ähnlichen Krankheitsbildern. Hinsichtlich des Informationsbedürfnisses lassen sich zwei Grundtypen von Patienten unterscheiden. Die einen suchen und verlangen mehr Information über ihr Problem, die anderen vermeiden eine weitergehende Aufklärung über ihre Krankheit, und zwar besonders, wenn es sich um eine negative Prognose handeln könnte. Dies kann zu der paradoxen Situation führen, dass gerade die Patienten, die sich über mangelnde Information beklagen, in Wirklichkeit besser informiert sind als die Patienten, die die Aufklärung scheuen und deshalb mit ihrem geringeren Informationsstand zufrieden sind. Patienten, die sich ein klares Bild von ihrer Erkrankung und ihren Heilungsaussichten machen möchten, sind aufgeklärte, informationshungrige Personen. Solche Patienten wollen verstehen, in welcher Form ihre Krankheit oder die Behandlung des Arztes ihr Leben berührt, aber sie befürchten, dass ihr behandelnder Arzt ihnen nicht alles erzählt, was er weiß (Schwartz, 1998).

### **Kommunikationshürden**

Von der Therapieempfehlung bis zum aktiven, einsichtig handelnden Patienten ist es ein weiter Weg:

- „Gemeint ist nicht gesagt
- Gesagt ist nicht gehört
- Gehört ist nicht verstanden
- Verstanden ist nicht einverstanden
- Einverstanden ist nicht ausgeführt
- Ausgeführt ist nicht beibehalten“

(Leitliniengruppe Hessen, 2007, S. 27)

Laut Klemperer (2003) ist eine wichtige Voraussetzung für die Verbesserung der Kommunikation von Arzt und Patient die Verfügbarkeit von Instrumenten, mit denen die wichtigsten Aspekte eines Arzt-Patienten-Gesprächs gemessen werden können. Elwyn et al. (2003, zitiert aus Klemperer, 2003) haben solch ein Instrument entwickelt.

OPTION (observing patient involvement) bezeichnet eine Methode zur Beurteilung des Arzt-Patienten-Gesprächs unter den wesentlichen Gesichtspunkten, die dem Shared Decision Making Konzept zu Grunde liegen. Dafür werden Audio oder Video Aufzeichnungen des Gespräches gefertigt und systematisch danach ausgewertet, inwieweit der Arzt erfolgreich mit dem Patienten kommuniziert bezüglich folgender Punkte:

- Problemdefinition und Übereinstimmung in der Problemansicht
- Formulierung von Optionen
- Information
- Evaluation, ob der Patient verstanden hat, was er bevorzugt
- Entscheidung aus der Perspektive des Arztes und des Patienten

### **2.3 Arzt-PatientInnen-Beziehung**

Die größere Nähe von Arzt und Patient ist in der Allgemeinpraxis vor allem zwei Umständen zu verdanken: Die Wohn- und Arbeitsbereiche des Arztes und seiner Patienten berühren sich häufig, sind zumindest nicht weit voneinander entfernt, manchmal überschneiden sie sich. Ein anderer Grund für die Nähe ist darin zu sehen, dass immer wieder derselbe Arzt den Patienten über Jahre und Jahrzehnte hinweg auch mit unterschiedlichen Erkrankungen und in verschiedenen Notlagen behandelt. Dies schafft ein Vertrauensverhältnis besonderer Art (Uexküll, 2003).

Im Durchschnitt kennt ein Allgemeinarzt 75 Prozent seiner Patienten seit mehr als fünf Jahren. Die Summe der Vorinformationen auf Grund langjähriger persönlicher Kenntnis erlaubt häufig mit wenigen diagnostischen Mitteln und kurzen Untersuchungszeiten eine akzeptable Versorgung (Abholz, 1998, zitiert aus Uexküll, 2003).

Klemperer (2003) stellt sich die Frage was Patienten eigentlich wollen, in Bezug auf partnerschaftliche Kommunikation oder umfassendes Informationsangebot. Eine Reihe von Untersuchungen hat sich mit der Patientenperspektive befasst. Little et al. (2001, zitiert aus Klemperer, 2003) haben untersucht, was Patienten von einem Arztbesuch erwarten und

worauf sie Wert legen. Die Patienten wurden im Wartezimmer vor dem Arztgespräch befragt. Am häufigsten wurden genannt:

- Kommunikation (88 – 99 Prozent)
- Partnerschaft (77 – 87 Prozent)
- Gesundheitsförderung (85 – 89 Prozent)

Der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung (63 Prozent) und nach einer Medikamentenverschreibung (25 Prozent) war weit weniger ausgeprägt.

### **Veränderung in der Arzt-Patienten-Beziehung**

Kommunikation war immer ein wichtiges Element der Medizin, aber neuere Veränderungen der Arzt-Patienten-Beziehungen haben ihre Bedeutung noch zusätzlich vergrößert. Dafür sind drei wenig offenkundige revolutionäre Veränderungen verantwortlich:

- Epidemiologische Veränderungen in der Morbidität
- Veränderungen im Machtgefälle zwischen Arzt und Patient und
- Veränderungen in den Möglichkeiten, Zugang zu medizinischen Informationen zu erhalten (Uexküll, 2003).

Es ist jedoch wichtig, sich darüber klar zu werden, dass diese Veränderungen nicht in jeder Konsultation, für jeden Patienten, jedes Gesundheitsproblem und in jedem situativen Kontext ihre Gültigkeit haben (Uexküll, 2003).

Ein wesentliches, die Arzt-Patienten-Beziehung betreffendes Problem ergibt sich daraus, dass die Grundbedürfnisse der Patienten keineswegs nur biologischer, sondern auch psychischer und sozialer Art sind. Letztere werden in der medizinischen Versorgung in der Regel aber nur unzureichend oder gar nicht wahrgenommen (Schwartz, 1998).

## **Soziologie der Arzt-Patienten-Beziehung (Information und Kommunikation)**

Sprache ist ein zentrales Element der Arzt-Patienten-Beziehung. Anamneseerhebung, Erkundung der Befindlichkeit, Mitteilung von Information über die Krankheit und ihre Behandlung (Aufklärungspflicht), Beratung, Motivierung zur Mitarbeit, Aussprechen von Trost und Mitgefühl – dies sind wesentliche ärztliche Aufgaben, deren Erfüllung von der Bereitschaft und Befähigung zur Kommunikation mit Patienten abhängt. Sowohl die Form bisheriger Arbeitsorganisation wie auch die durchschnittliche Ausbildung von Ärzten lassen diesbezüglich deutliche Defizite erkennen. Es ist daher nicht erstaunlich, dass Medizinsoziologen und -psychologen diesem Thema größte Beachtung geschenkt haben (Siegrist, 1988).

Aus soziologischer Sicht (Siegrist, 1998) ist die Arzt-Patienten-Interaktion aus folgenden Gründen eine strukturell asymmetrische Beziehung:

- Unterschiedliche Wissensverteilung führt dazu, dass der Arzt in der Regel Experte, der Patient in der Regel Laie ist. Die daraus resultierende Informations- und Handlungsmöglichkeiten geben dem Arzt Expertenmacht.
- Unterschiedliche soziale Rollen bedingen, dass der Arzt gesellschaftliche Definitionsmacht hat (Diagnosestellung, Krankschreibung, Recht zur Behandlung etc.), während der Patient als Hilfesuchender die Verpflichtung zu Inanspruchnahme des Arztes und zur Befolgung ärztlicher Anordnungen besitzt (Krankenrolle).
- Funktional-spezifische Kompetenz und Imperative des instrumentellen Handelns (Technik) geben dem Arzt in der konkreten Interaktionssituation Steuerungsmacht (Beginn, Wartezeit, Verlauf und Ende des Kontakts, Recht auf Initiativen, Unterbrechung etc.). Steuerungsmacht schließt auch das Aussprechen von Sanktionen (Sanktionsmacht) sowie das Gewähren oder Vorenthalten besonderer Vergünstigungen (z.B. zeitlicher Aufwand pro Patient) mit ein.

Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht konstituieren eine prinzipiell ungleichrangige (asymmetrische) Beziehung. Der Begriff „Macht“ wird hier im soziologischen Sinne gebraucht. Er bezeichnet die erhöhte Chance des Arztes, einerseits Quellen der Unsicherheit des Gegenübers zu kontrollieren, andererseits knappe, erstrebte Güter



(ärztliche Dienstleistungen) unterschiedlich zu gewähren. Es gibt zusätzlich Bedingungen, welche diese Asymmetrie verschärfen oder abmildern können. Zu den wichtigsten, die soziale Asymmetrie moderierenden Faktoren gehören die organisatorisch-institutionellen Rahmenbedingungen der Arzt-Patienten-Beziehung sowie die sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Merkmale von Patienten (Siegrist, 1988).

### **Der organisatorisch-institutionelle Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung**

Es ist unmittelbar einleuchtend, dass die freie Arztpraxis einen geringeren Spielraum für soziale Asymmetrie zulässt als das Krankenhaus. In der ambulanten Versorgung haben Patienten in der Regel mehr Wahlmöglichkeiten und Verhandlungsmacht (Behandlungsabbruch, Arztwechsel) als im Krankenhaus. Darüber hinaus gilt aber auch: je größer die Konkurrenz unter den Ärzten um einen Stamm von Patienten, desto größer sind deren Einflusschancen zumindest auf die Steuerungsmacht des Arztes. Je stärker die ambulanten ärztlichen Dienste unter finanziellen Wettbewerbsbedingungen organisiert sind, desto stärker ist die „Klientenzentrierung“ der Ärzte. Das Prinzip der individuellen Wahlfreiheit ärztlicher Dienstleistungen garantiert diese Klientenzentrierung so weitgehend, dass Standortwahl der Praxis, Sprechzeiten und Bereitschaft des Arztes zur sozialen Anpassung an „seine“ Umgebung dadurch beeinflusst sind. Dies gilt umso mehr, je geringer der Spezialisierungsgrad des Arztes, d.h. je weniger knapp die von ihm angebotenen Ressourcen sind (Siegrist, 1988).

### **Der soziokulturelle Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung**

Nicht nur die stichwortartig erwähnten unterschiedlichen organisatorisch-institutionellen Bedingungen ärztlicher Arbeit, sondern auch soziokulturelle Merkmale der Patienten beeinflussen die Gestalt der Arzt-Patienten-Beziehung. Zwar sollen die ärztlichen Rollenerwartungen der Kollektivitätsorientierung, der affektiven Neutralität und der funktional-spezifischen Kompetenz verhindern, dass soziokulturelle Patientenmerkmale

die Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen, aber medizinsoziologische Untersuchungen haben übereinstimmend folgende Tatsachen dokumentiert:

- Ärzte verwenden im Allgemeinen einen elaborierten Sprachcode. Patienten, die diesen Sprachcode nicht beherrschen, erfahren im Durchschnitt mehr Erwartungsenttäuschungen bei der Inanspruchnahme des Arztes. Ihnen gelingt es weniger gut, ihre Absichten und Informationsbedürfnisse sprachlich angemessen zu artikulieren. Mit sinkender sozialer Schichtzugehörigkeit verringern sich Dauer der Konsultation und Zahl der ungefragt und freiwillig gegebenen Informationen von seitens des Arztes. Je niedriger der soziale Status, desto geringer ist die Chance, dass Patienten von sich aus Fragen stellen und Erwartungen äußern.
- Ärzte sind eher geneigt, Diagnosen mit negativen sozialen Wirkungen bei Patienten mit geringen sozioökonomischem Status zu stellen als bei höherrangigen Personen.

Nicht nur die soziale Schichtzugehörigkeit, sondern auch ethnische Unterschiede und Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Sprachgemeinschaften können ungünstige Voraussetzungen für die Arzt-Patienten-Beziehung bilden und damit die soziale Asymmetrie verstärken (Siegrist, 1988).

### **2.3.1 Patientenrechte**

#### **Rechte der Patienten im Gesundheitswesen**

Patientenorientierung im Gesundheitswesen hat ihren Niederschlag in Patientenrechten gefunden. Zugleich fördern diese eine verstärkte Patientenorientierung auf Seiten der Anbieter von Gesundheitsgütern. Patientenrechte sollen einerseits den Patienten vor unautorisierten Eingriffen schützen. Auf diese Weise soll das strukturelle Ungleichgewicht aufgrund des Informations- und Kompetenzdefizits des Patienten gegenüber dem Arzt ausgeglichen werden. Neben dieser Schutzfunktion verkörpern die Patientenrechte auch eine Mitgestaltungsfunktion. Damit soll der Patient in die Verantwortung für seine Gesundheit einbezogen werden (Bürger, 2003).

## **Das Recht des Patienten auf Information**

Die Gewährleistung von Patientenselbstbestimmung im Sinne einer Befähigung des Patienten zu einer rationalen Entscheidung über die Auswahl von Versorgungsangeboten im Gesundheitswesen und das Ob und Wie einer ärztlichen Behandlung setzt Transparenz und damit Informationen voraus. Der Patient hat ein Recht auf adäquate Information, um rationale Entscheidungen treffen und damit Verantwortung im Gesundheitswesen übernehmen zu können. Dem Patienten stehen Informationsrechte nicht nur während, sondern auch vor und nach einer medizinischen Behandlung zu. Zunächst benötigt der Patient zur Erhaltung seiner Gesundheit und zur Früherkennung von Krankheiten Informationen über die Gesundheitsvorsorge und Krankheitsprävention sowie Informationen über das Gesundheitswesen allgemein. Der Patient muss wissen wie er Zugang zum Gesundheitswesen findet, wenn er medizinischer Versorgung bedarf. Er muss über die Organisation und die Struktur des Systems informiert werden. Der jeweilige Informationsbedarf steigt mit der Komplexität des Gesundheitswesens. Während der Behandlung hat der Patient das Recht auf umfassende Aufklärung über seinen Gesundheitszustand. Der Patient hat einen Anspruch auf Information darüber, was mit ihm geschieht, und auf wahrheitsgetreue Beantwortung seiner Fragen (Bürger, 2003).

Aufgrund der Patientenrechtsdeklaration der WHO (World Health Organization), lauten die wichtigsten Grundrechte des Patienten wie folgt:

- Everyone has the right to self-determination.
- Information about health services and how to use them is to be made available to the public in order to benefit all those concerned.
- Patients have a collective right to some form of representation at each level of the health care system in matters pertaining to the planning and evaluation of services, including the range, quality and functioning of the care provided.
- Patients have the right to choose and change their own physician or other health care provider and health care establishment, provided that it is compatible with the function of the health care system.
- Patients must have access to such information and advice as will enable them to exercise the rights set forth in this document.

Die Patientenselbstbestimmung ist ein grundsätzliches Recht, zu dessen Ausübung Information und Beratung gehören (WHO, 1994).

### **2.3.2 Patientenbeteiligung**

Nach Meinung von Klemperer (2003) wirkt sich die Beteiligung der Patienten an der Entscheidungsfindung günstig auf die Behandlungsergebnisse aus. Die Beteiligung der Patienten geht mit der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse einher. Ärzte verbessern ihre Behandlungsergebnisse, wenn sie die Bedürfnisse der Patienten nach Information, nach Angstminderung und nach Empathie befriedigen. Die Wirksamkeit ist in erster Linie für psychologische Parameter von Behandlungsergebnissen belegt. Einige Erkenntnisse liegen aber auch für physiologische Maße vor. Die „wirksamen“ Komponenten der Arzt-Patient-Kommunikation sind: aktives Zuhören, Empathie, klare Information und Einigkeit über das Vorgehen.

Die auf dem Prinzip der Autonomie aufgebaute, grundlegende Änderung der Arzt-Patienten-Beziehung steht ganz im Zeichen der Wahrnehmung der individuellen Wertvorstellungen, in der Verringerung ihrer Asymmetrie und im Zeichen einer partnerschaftlichen Orientierung im gemeinsamen Entscheidungsprozess. Damit wird letztlich die Aufmerksamkeit des therapeutischen Partners auf jene Aufgabe gelenkt, die ursprünglich die einzige Hilfe angesichts einer weitgehenden Ohnmacht der Medizin darstellte, nämlich die des Begleiters in einer schwierigen Lebenslage, die darauf ausgerichtet war, den Kranken auf seinem Weg zu stärken. Diese Begleitung braucht heute nicht mehr nur als „Trostpreis“ für das Fehlen von medizinischen Handlungsmöglichkeiten verstanden, sondern muss als eigenständiger Beitrag zum Heilungsprozess aufgefasst werden. Sie lässt sich im heutigen medizinischen und gesellschaftlichen Kontext folgendermaßen charakterisieren. Begleiten heißt, dem Kranken beizustehen, seine Wertvorstellungen angesichts möglicherweise dramatisch veränderter Gegebenheiten zu ergründen, und gegebenenfalls zu adaptieren. Indem dieser Reflexprozess dazu beiträgt, dass Entscheidungen in Kongruenz zur individuellen Werthierarchie getroffen werden

können, liegt in der Begleitung die Möglichkeit, die Kompetenz zur Ausübung der Selbstbestimmung des kranken Menschen zu fördern (Schwartz, 1998).

Die Verbindung von Selbst-Effizienz mit professioneller Arzt-Patienten-Kommunikation ist kein typisches Thema in der gängigen Literatur. Die Begriffe, unter denen dieses thematische Feld am ehesten abgehandelt wird, sind „Patientenbeteiligung bei Entscheidungen“ (Shared Decision Making) und „Patient Empowerment“ (Stärkung der Position des Patienten). Letztlich sind diese Begriffe aber durchaus mit dem Konzept der Selbst-Effizienz in Einklang zu bringen, da ihnen die Annahme zugrunde liegt, dass ein kompetenter Patient im Gespräch mit Vertretern des Gesundheitssystems besser für seine Interessen eintreten kann und dass er eher in der Lage ist, Verantwortung für seine Erkrankung zu übernehmen (Köller und Broda, 2005).

Um zu gewährleisten, dass die Behandlungsempfehlung des Arztes vom Patienten auch umgesetzt wird, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Kooperation erforderlich. Nur wenn der Patient aufgrund seiner eigenen Krankheitsvorstellungen nachvollziehen kann, dass eine Behandlungsmaßnahme sinnvoll ist, wird er diese auch im Alltag verwirklichen. Die Mitarbeit bei der medizinischen Behandlung bezeichnet man als Compliance. Nicht nur medikamentöse Behandlungsempfehlungen, sondern auch Empfehlungen, den Lebensstil zu verändern, werden jedoch häufig nicht befolgt (Faller und Lang, 2006).

### **PatientInnenbeteiligung durch Gesundheitsinformation - Gesundheits-Informations-Zentrum (GIZ) – ein Modellprojekt der Salzburger Gebietskrankenkasse**

Bei diesem Projekt wird deutlich, dass PatientInnen relativ unabhängig von soziökonomischen und demographischen Merkmalen einen hohen Informationsbedarf bezüglich ihrer Erkrankung, den zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie dem damit verbundenen Nutzen und den Risiken haben. Den Frauen liegt das Thema Gesundheit besonders am Herzen, sie sind auch Vermittler der Informationen an den Lebenspartner und andere Familienmitglieder. Männer sind noch nicht sehr aktiv in der Auseinandersetzung mit ihrer Gesundheit, es

werden jedoch zukünftig Maßnahmen gesetzt, um die Männer stärker einzubinden, aktuelle Männerthemen behandelt und Informationen dazu angeboten. Weiters erfüllt die Gesundheitsinformation vor allem die Funktion, den/die PatientInnen zu motivieren an Entscheidungen mitzuwirken, seine/ihre Interessen wahrzunehmen und seinen/ihren Präferenzen Ausdruck zu verleihen. Es ist erwiesen, dass jene PatientInnen, die aktiv an Behandlungsentscheidungen beteiligt sind, zu besseren gesundheitlichen Ergebnissen kommen als PatientInnen, die dies nicht sind. PatientInnen möchten stärker in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Das GIZ verschafft interessierten Menschen die Möglichkeit zur Selbstinformation und Eigenständigkeit in einem Bereich, der für jeden der wichtigste ist: Die eigene Gesundheit oder die Gesundheit eines nahe stehenden Menschen. Das Informationsbedürfnis außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung ist groß und steigt kontinuierlich. Die PatientInnen suchen verlässliche Angaben zu medizinischen Fragen und zur Struktur der medizinischen Versorgung. Der Weg zur individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit/Krankheit und die Umsetzung von Vorbeugung und gesundem Lebensstil ist noch weit, und nicht nur durch sozioökonomische Einflüsse, sondern auch durch unterschiedliche Ausprägung des Gesundheitsbewusstseins, des Gesundheitsverhaltens selbst und durch das Lebensalter geprägt. Durch das individuelle Informationsangebot des GIZ wird der/die PatientIn auf diesem Weg gestärkt und die Übernahme von mehr Eigenverantwortung gefördert, um auf diese Weise das Ziel eines/r „mündigen PatientIn“ zu erreichen (Deutschmann, 2003).

### **2.3.3 Patientenschulung**

Patientenschulung ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung bei chronischen Erkrankungen. Chronische Krankheiten nehmen in den Industriegesellschaften aufgrund des steigenden Anteils älterer Menschen, aber auch bedingt durch die Erfolge der Akutmedizin immer mehr zu. Ziel der Patientenschulung ist es, die Folgen chronischer Krankheiten für den Betroffenen zu mildern und einer weiteren Verschlechterung vorzubeugen (tertiäre Prävention). Traditionellerweise werden Patientenschulungen während einer stationären Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt. Aktuell sind in vermehrtem Maße Anstrengungen zu verzeichnen, Schulungsprogramme auch in die

ambulante und die stationäre akutmedizinische Versorgung einzubeziehen (z.B. im Rahmen von Disease-Management-Programmen). Patientenschulung ist umfassend angelegt. Sie enthält sowohl Informationsvermittlung als auch aktives Einüben und Training von Verhaltensweisen und Fertigkeiten. In Abgrenzung zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind Patientenschulungen nicht primärpräventiv, sondern für Patienten mit einer bereits bestehenden, meist chronischen Erkrankung konzipiert (Faller und Lang, 2006).

Anhand Faller und Lang (2006) verfolgen Patientenschulungen folgende Ziele:

- Differenziertes Krankheits- und Behandlungswissen,
- verbessertes Krankheitsverhalten,
- verbesserte Körperwahrnehmung,
- verbesserte Compliance,
- Änderung von Einstellungen,
- erhöhte Lebensqualität,
- günstigerer Krankheitsverlauf,
- Entlastung von Bezugspersonen,
- reduzierte Krankheitskosten.

Die Erarbeitung von individuellen Zielsetzungen für die einzelnen Schulungsteilnehmer sollte dem Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung folgen (Shared Decision Making). Hierzu ist es erforderlich, dass in der Schulungssituation eine Atmosphäre geschaffen wird, die dem Patienten die Wichtigkeit seiner eigenen Sichtweise vermittelt und ihn ermutigt, seine subjektiven Krankheitstheorien und Präferenzen zu äußern. Durch Schulungen sollen Patienten zu Experten für ihre Krankheit werden. Sie sollen Kompetenzen und Fertigkeiten erwerben, um eigenverantwortlich mit der Erkrankung umgehen zu können (Selbstmanagement). Patienten sollen durch die Schulung in die Lage versetzt werden, die Bewältigung ihrer Krankheit in eigener Regie zu übernehmen, die Inanspruchnahme professioneller Hilfe selbst zu steuern und informierte Entscheidungen über ihren Lebensstil zu treffen (Empowerment) (Faller und Lang, 2006).

### **2.3.4 Ärztliche Konsultation**

Nach Meinung von Bürger (2003) ist die ärztliche Konsultation ganz grundsätzlich der Ort, an dem Arzt und Patient einander begegnen und an dem ein Großteil der gesundheitlichen Versorgung eingefordert und geleistet wird. Nur wenige Ärzte und Laien sind sich über die wesentliche Rolle der Kommunikation bei diesem Prozess im Klaren. Der Großteil der Aufmerksamkeit von Ärzten und Patienten richtet sich auf die technische Seite der Medizin. Ärzte wissen oft sehr gut, dass ein Großteil der technischen Interventionen, die sie ihren Patienten anbieten, von begrenztem Wert sind. Dies führt allerdings nicht dazu, dass sie ihr Verhalten verändern, was letztlich zu einer übermäßigen Inanspruchnahme von Interventionen führt, die nicht hilfreich sind, manchmal dem Patienten Schaden zufügen und zudem unnötige Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Es ist sehr wichtig, sich darüber klar zu werden, dass dies nicht nur ein kognitives Problem darstellt, das sich schlicht durch das Vermitteln empirischer Erkenntnisse über den wirklichen Wert oder die Kosten-Nutzen-Relation dieser Interventionen lösen ließe. Es ist eher hilfreich den Versuch zu unternehmen, den Mechanismus zu verstehen, der hinter diesem Prozess steckt, und dieser Mechanismus ist komplex. Neben dem Einfluss ökonomischer Faktoren und der nachvollziehbaren professionellen Faszination, die von den rasanten Entwicklungen der modernen Biomedizin ausgeht, finden sich auch Erklärungen auf einem „Mikrolevel“, in der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Technische Interventionen sind eben nicht nur schlicht technische Interventionen, sondern sie fungieren auch als Zeichen, die dem Patienten die Bedeutung einer Konsultation vermitteln. Aus dieser theoretischen Perspektive betrachtet ist eine diagnostische Untersuchung nicht nur eine Möglichkeit, Blut oder Urin zu untersuchen, sondern es ist auch ein Zeichen dafür, dass der Arzt die Symptome des Patienten ernst nimmt, dass der Patient nicht für nichts kommt, dass er durch seine Anwesenheit nicht die knapp bemessene Zeit des Arztes missbraucht. Dadurch, dass der Arzt eine Untersuchung anordnet, vermittelt er auch, dass er alles tut, um die wirkliche Ursache hinter der Erkrankung des Patienten zu entdecken. Von daher kann eine diagnostische Untersuchung oder eine therapeutische Intervention zwar nur wenig Sicherheit geben oder nur einen geringen positiven Einfluss auf den Verlauf der Erkrankung haben und dennoch ein Anzeichen dafür sein, dass der Arzt sich wirklich um den Patienten kümmert. Es könnte hilfreich sein, die Überbetonung technischer



Verhaltensweisen in der medizinischen Konsultation zurückzunehmen und an ihre Stelle kommunikatives Verhalten zu setzen. Kommunikatives Verhalten wäre allein deshalb vorzuziehen, weil es sich sehr viel direkter an den Zielen der Konsultation orientiert. Während also die technische Seite der Medizin tendenziell überschätzt wird, wird die Potenz eines guten Dialogs zwischen Ärzten und Patienten nicht mit der Aufmerksamkeit und mit der Achtung behandelt, die ihr eigentlich zukäme. Kommunikation hat nicht wahrgenommene Auswirkungen in der Medizin, obwohl sie auf bewusstem oder unbewusstem Niveau eine ganz entscheidende Rolle spielt: beim Aufbau der Arzt-Patienten-Beziehung, in der Bedeutung, die bestimmten Symptomen gegeben wird, und in der Behandlung einer Erkrankung. Manchmal ist diese Rolle positiv und führt zu einem besseren Verständnis und zu einem besseren Umgang mit der Erkrankung, zu besseren therapeutischen Entscheidungen und zu compliantem Verhalten. Manchmal ist die Rolle der Kommunikation allerdings negativ und führt zu Missverständnissen, Unzufriedenheit, falschen Entscheidungen und womöglich zu Kunstfehlerprozessen. Es ist sehr wichtig, dass Ärzte selber die Auswirkungen ihrer Kommunikation verstehen lernen und dass sie in der Lage sind, sie als mächtiges Werkzeug zu benutzen (Bürger, 2003).

Laut Uexküll (2003) wird dem Arzt im Einzelnen folgendes Vorgehen im Umgang mit seinen PatientInnen vorgeschlagen:

**Konzept (evidenzbasiert) entwickeln, auf Seiten des Arztes**

- Prüfen der therapeutischen Optionen. Gibt es gleichwertige Alternativen?

**Erwartungen des Patienten klären**

- Die Therapie bezogenen Erwartungen des Patienten sorgfältig eruieren.
- Klären, welches Beziehungsmodell der Patient bevorzugt.
- Das Vorgehen soll flexibel den Patientenerwartungen angepasst werden.

**Strategie vorschlagen**

Dem Patienten evidenzbasierte Behandlungsmöglichkeiten vorschlagen. Diesen Vorschlag und mögliche Alternativen detailliert erläutern im Hinblick auf ihre Wirkung, mögliche Nebenwirkungen und Risiken sowie die wahrscheinlichen Folgen für die Lebensqualität.

### **Reaktionen beachten**

- Beobachten der verbalen und nichtverbalen Reaktionen des Patienten auch daraufhin, ob er das Konzept verstanden hat.
- Rückfragen fördern.

### **Konsens anstreben**

- Einen Aushandlungsprozess fördern (Shared Decision Making)
- Dabei die Präferenzen des Patienten im Falle gleichwertiger therapeutischer Alternativen berücksichtigen.
- Bedenken detailliert äußern gegenüber nicht gleichwertigen Alternativvorschlägen von Patienten.
- Beachten, dass solche „Aushandlungsschleifen“ neben der rationalen Klärung auch dem Abbau von Ängsten dienen können – Shared Decision Making kann Zeit benötigen, wird aber die Compliance verbessern.
- Den Patienten bitten, die ausgehandelte gemeinsame Entscheidung noch einmal zu ratifizieren.

### **Besprechung zusammenfassen**

- Das Gespräch und die getroffene Vereinbarung noch einmal kurz und verständlich zusammenfassen.

### **Unerledigte Probleme zulassen**

Abschließend sollen noch eventuelle Fragen des Patienten abgeklärt werden: „Gibt es noch etwas, was wir besprechen sollten?“ „Haben Sie noch Fragen...?“

### **Terminabsprache treffen**

Es sollte immer noch ein Folgetermin vereinbart werden. Der Arzt vermittelt dem Patienten so Sicherheit.

### **Dokumentation vervollständigen**

Der Gesprächsverlauf, die vereinbarten Entscheidungen, eventuelle Verordnungen sowie der vereinbarte Folgetermin sollte vom Arzt immer dokumentiert werden (Uexküll, 2003).

Wie ein Arzt dem Patienten (in unterschiedlichen Situationen) begegnet, wie er eine Tätigkeit in Angriff nimmt, zu einer bestimmten Entscheidung gelangt und Anordnungen trifft, wie er Fehler vermeidet, notfalls auch eingesteht, wie er Kollegen zu Rate zieht,

Mitarbeiter lobt oder tadelt – all dies wird nicht aus Lehrbüchern gelernt, sondern aus vielfältigen Beobachtungen an klinisch Lehrenden gespeichert und im Verlaufe der Ausbildung zu einem persönlichen „Stil“ beruflichen Handelns generiert, so die Meinung von Siegrist (1988). Am ehesten wird die Verinnerlichung ärztlicher Rollennormen in der Ausbildung selbst zu einem Thema gemacht, vor allem deshalb, weil es Übergänge zu berufsrechtlichen, arztrechtlichen Wissensbeständen gibt, die teilweise Gegenstand des Unterrichtsprogramms sind. Der Soziologe Talcott Parsons (1951, zitiert aus Siegrist, 1988, S. 220) hat einige der grundlegenden ärztlichen Rollennormen, deren Verinnerlichung in der beruflichen Sozialisation angestrebt wird, wie folgt beschrieben:

- Ärztliches Handeln soll affektiv neutral sein. Die Ausübung beruflichen Wissens und Könnens soll ohne Behinderung durch persönliche Vorlieben und Gefühlsregungen des Arztes erfolgen. Dies bedeutet nicht, dass der Arzt ohne Empathie und Anteilnahme auf den Patienten eingehen soll, ganz im Gegenteil. Es bedeutet jedoch, dass er sich ausschließlich auf seine Expertenrolle beschränken muss und andere Motive seiner Person (z.B. Ausdrücken von Vorurteilen, Glaubensüberzeugungen, persönliches Machtstreben, erotische Regungen gegenüber PatientInnen) nicht zur Geltung kommen lassen darf.
- Ärztliches Handeln soll funktionspezifisch sein. Es soll innerhalb der ihm zugewiesenen Grenzen bleiben und damit sowohl Patienten wie Berufskollegen Orientierungssicherheit geben. Nur durch die funktionale Spezifität lässt sich im Übrigen der professionelle Expertenstatus aufrechterhalten.
- Ärztliches Handeln soll von einer Kollektivitätsorientierung und von einer universalistischen Einstellung geprägt sein. Nicht das eigene, z.B. finanzielle Interesse soll im Vordergrund stehen, sondern das allgemeine Wohl der Behandelnden (Siegrist, 1988).

### **2.3.5 Ärztliche Fortbildung**

Jeder praktizierende Arzt im niedergelassenen Bereich ist verpflichtet, auch nach Erlangen der Berufsberechtigung sein Wissen auf dem neuesten Stand zu halten. Die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung erfolgt auf Basis ethischer Verantwortung aber auch gesetzlicher Verpflichtungen. Es gibt zahlreiche Möglichkeiten sich fortzubilden. Das Angebot geht von Vorträgen, Kongressen, Seminaren, Workshops bis hin zu Qualitätszirkel. Eine der häufigsten Fortbildungsarten von Ärzten ist jedoch das Literaturstudium (Zeitschriften, Bücher, Internet) (Österreichische Ärztekammer, 2007).

#### **Fortbildungsverpflichtung**

Im § 49 Absatz 1 des Österreichischen Ärztegesetzes 2006 in der Novelle 2007 steht:

„... Ärzte sind verpflichtet sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammer in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden...“ Hiermit ist in Österreich die Verpflichtung zur Fortbildung gesetzlich verankert.

Weiters steht im Absatz 2: „Die kontinuierliche fachliche Fortbildung der Ärzteschaft soll unabhängig, auf hohem wissenschaftlichen Niveau, international vergleichbar und frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter gestaltet sein.“ Welche Fortbildungen in welchem Ausmaß gewählt werden unterliegt jedoch keinen Vorschriften (Österreichische Ärztekammer, 2007, S. 1).

## 2.4 Rollenverhalten

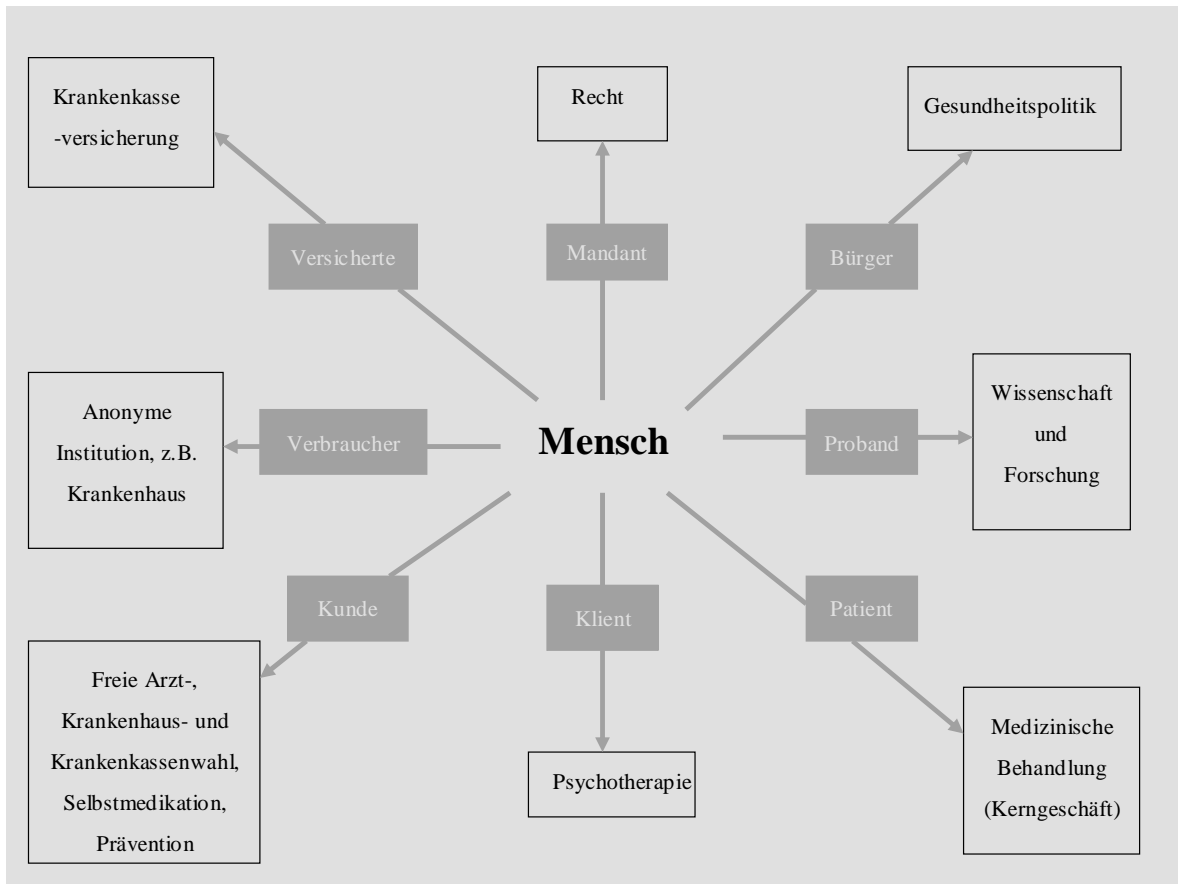


Abb. 4: Die Rolle des Menschen im Gesundheitswesen (Kranich, 2001, S. 3)

Die Grundlage für Leistungsansprüche und zugleich für die Steuerung ihrer Inanspruchnahme ist die ärztliche Definition von behandlungsbedürftiger Krankheit. Insbesondere für den niedergelassenen Arzt führt dies zu oft widersprüchlichen Rollenanforderungen im Widerstreit zwischen Regeln der Medizin, den Erwartungen der Patienten, Kostenfragen und Vorschriften des Sozialrechts. Nicht zuletzt beeinflusst auch das Bemühen um wirtschaftlichen Erfolg die Handlungsweise. Die traditionell an der Behandlung akuter Erkrankungen orientierte klinische Medizin unterscheidet sich also von den Versorgungsanforderungen im ambulanten Sektor, der überwiegend mit vielfältig psychosozial bedingten und chronischen Gesundheitsstörungen konfrontiert ist (Schwartz, 1998).

Die Werte und Vorstellungen der Patienten müssen in medizinische Entscheidungen einbezogen werden, wenn diese dem Patienten nutzen sollen. Dies kann am besten dadurch erfolgen, dass Patienten bei Entscheidungen in gleichberechtigter Weise mitwirken (Shared Decision Making). Für die meisten Patienten ist dies gegenwärtig noch nicht selbstverständlich. Hier müssen häufig erst die Voraussetzungen geschaffen werden. Patienten dazu zu befähigen, bei medizinischen Entscheidungen als gleichberechtigte Partner aktiv zu partizipieren, wird als Empowerment bezeichnet. Patienten sollen zu Experten für ihre Krankheit werden. Sie sollen in die Lage versetzt werden, die Bewältigung ihrer Krankheit in die eigene Regie zu übernehmen und selbst zu entscheiden, wann sie professionelle Hilfe benötigen. Chronisch Kranke sollen die nötige Kompetenzen und Fertigkeiten erwerben, um eigenverantwortlich mit der Erkrankung umzugehen (Selbstmanagement) und informierte Entscheidungen (informed choice) über ihre Lebensführung treffen zu können (Faller und Lang, 2006).

Die gesellschaftliche Reichweite ergibt sich zum einen aus dem Beitrag der Ärzte zur Sicherstellung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit nach Maßgabe medizinischer Erkenntnisse und Handlungsmöglichkeiten, zum anderen aus der ihnen zugestandene Kontrolle über unproduktive Kosten, die jedem Gesellschaftssystem durch Krankheit, mittelbar durch Erwerbsunfähigkeit der Erkrankten, entstehen. Diagnostisches Handeln des Arztes ist zugleich gesellschaftliches Kontrollhandeln. Mit seinem diagnostischen Handeln realisiert der Arzt als Rollenträger die normative Erwartung einer Kontrolle abweichenden (das „Gemeinwohl“ schädigenden) Verhaltens. Diese Kontrolle hat in erster Linie ökonomische Auswirkungen auf die Betroffenen, darüber hinaus kann sie, in seltenen Fällen, die bürgerlichen Freiheiten berühren. Diagnostische Entscheidungen bahnen Patientenkarrieren an und gewähren Teilhabe an entlastenden, rekreativen Maßnahmen des Sozialversicherungssystems. In jedem Fall gilt, dass der erkrankte Bürger lediglich über eine vom Arzt attestierte Diagnose einen Anspruch auf Versicherungsleistungen erwirbt. Der Arzt besitzt mit seinem diagnostischen Instrumentarium ein Entscheidungsmittel über die Zuteilung volkswirtschaftlich unproduktiver Ausgaben. Diagnosen sind somit, aus gesellschaftlicher und ökonomischer Sicht, Schaltstellen einer Verbindung zwischen Versicherten und Leistungsträgern. Der Arzt formt das ihm vom Patienten präsentierte und

von ihm als relevant erkannte Problem in die Sprache einer Diagnose um, somit werden die Kostenträger eingeschaltet (Siegrist, 1988).

## **2.5 Informationsverarbeitung**

### **Arzt als Informationsquelle**

Der Arzt zählt zu den persönlichen Informationsquellen. Ihm kommt eine Schlüsselrolle für die Gesundheits- und Patienteninformation zu. Einerseits hat der Arzt die Pflicht, den Patienten über Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten wahrheitsgetreu aufzuklären. Andererseits hat er auch einen Anreiz, die Patienten im Sinne des Gesundheitsmarketings auf sein Leistungsangebot aufmerksam zu machen. Zu ihrem Arzt haben die Patienten in der Regel großes Vertrauen. Manche Patienten sehen ihren Arzt als alleinige, vollkommene Autorität an. Untersuchungen haben ergeben, dass für die Patienten der Wunsch nach umfassender und verständlicher Information im oberen Drittel der wichtigen Erwartungen an den Arzt steht. Viele Ärzte werden diesen Erwartungen jedoch nur eingeschränkt gerecht. Dem Wunsch der Patienten nach umfassenden Informationen kann auch heute noch ein großer Teil der Ärzteschaft nicht nachkommen (Bürger, 2003).

### **Merkmale des Patienten als Informationsempfänger**

Jede der Parteien im Gesundheitswesen ist auch Informationsempfänger. So erhält z.B. der Arzt vom Patienten Informationen über seine Krankheitssymptome, die Krankenversicherung wird über Diagnose und Behandlungskosten informiert. Eine an alle Patienten gerichtete und unspezifische Information kann den unterschiedlichen Informationsbedürfnissen und -präferenzen der Patienten nicht optimal gerecht werden. Es ist daher sinnvoll, Patientengruppen gezielt anzusprechen. Als Basis einer gezielten Ansprache ist die Gesamtheit der Patienten daraufhin zu untersuchen, ob sich Patientengruppen mit ähnlicher Präferenzstruktur bezüglich Informationsinhalten, -quellen und -medien finden lassen. Eine Identifizierung solcher Patientensegmente ist

Voraussetzung für eine an den Patientenbedürfnissen ausgerichtete Information und Kommunikation im Gesundheitswesen (Bürger, 2003).

### **Verhalten der Krankenversicherungen als Informationsanbieter**

Krankenversicherungen stehen dem Wandel hin zu mehr Information für Patienten zunehmend positiv gegenüber. Sie verstehen sich nicht mehr nur als reine Kostenverwalter, sondern als innovative Service-Einrichtungen. In dieser Rolle bieten sie ihren Versicherten Informationen zur Gesundheitsvorsorge, Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Leistungserbringer und Einrichtungen, Beratung bei der Auswahl effektiver Therapien und Versorgungswege sowie die Begleitung von chronischen und Langzeit-Patienten im Versorgungsgeschehen. Die neue Leistung „Gesundheitsinformation und -beratung“ der Krankenversicherungen versucht der Forderung der Patienten und Versicherten nach Transparenz, Partnerschaft und Integration Rechnung zu tragen (Bürger, 2003).

### **Decision Aids = medizinische Entscheidungshilfen**

In den letzten Jahren wurden immer mehr solcher Decision Aids, sprich technischer bzw. medizinischer Entscheidungshilfen entwickelt. Diese unterscheiden sich von den allgemeinen Informationsmaterialien im Wesentlichen darin, dass sie eine ausführliche Information über die Diagnose und die jeweiligen Behandlungsalternativen aufzeigen und somit dem Patienten Wegweiser bieten, wie er sich an der Therapieentscheidung beteiligen kann. Eine Liste der evidenzbasierten Decision Aids wird auf der Homepage der Cochrane Library zur Verfügung gestellt.

Die wesentlichen Ziele von Entscheidungsprogrammen bestehen darin,

- Patienten in strukturierter Form über Risiken und Chancen zu informieren,
- die Herausbildung individueller Präferenzen zu erleichtern,
- den weiteren Bedarf der Patienten zu ermitteln und
- das Gespräch während der Visite zu strukturieren (Scheibler et al., 2005).



Entscheidungshilfen werden entwickelt, um Menschen, die vor einer persönlichen gesundheits- oder krankheitsbezogenen Entscheidung stehen, beim Abwägen der individuellen Entscheidungsmöglichkeiten zu helfen. Die Entscheidungen können präventive, therapeutische oder diagnostische Maßnahmen betreffen. Ziele und Gestaltungsmöglichkeiten von Decision Aids sind vielfältig. Sie können z.B. als Broschüren, Arbeitsbögen, Videos, Computerprogramme oder Entscheidungstabellen realisiert werden. Entscheidungen werden letztlich auch ohne Decision Aids getroffen. Von der Verwendung von Decision Aids verspricht man sich eine Verbesserung der Entscheidungsqualität durch Stärkung der Autonomie und Informiertheit der Patienten. Eine „gute Entscheidung“ hat unterschiedliche Aspekte, wobei im Sinne des Shared Decision Making, die Entscheidungen informiert und auf Basis persönlicher Wertvorstellungen getroffen werden. Decision Aids sollen Wissen verbessern, realistische Erwartungen über Nutzen und Schaden von Interventionen erzeugen, den Abwägungsprozess unterstützen, Entscheidungskonflikte reduzieren und die Zufriedenheit mit der Entscheidung erhöhen (Kasper und Lenz, 2005).

In einer Übersichtarbeit aus dem Jahr 1999 befassen sich O'Connor et al. (zitiert aus Klemperer, 2003, S. 33) mit den möglichen Verbesserungen der Entscheidungsfindung durch Entscheidungshilfen. Im Vergleich zu den Kontrollgruppen bewirkten Entscheidungshilfen auf Seiten des Patienten

- einen höheren Wissensstand
- eine höhere Aktivität bei der Entscheidungsfindung
- keine Unterschiede in der Angst, in der Zufriedenheit mit der Entscheidung und im Entscheidungsfindungsprozess.

Entscheidungshilfen verbessern somit das Wissen, mindern Konflikte bei der Entscheidung und verbessern die Beteiligung der Patienten an der Entscheidung ohne die Angst zu erhöhen (Klemperer, 2003).

## **2.6 Soziale Rolle**

Therapie heißt Antworten geben, die dem Patienten zeigen, dass die Zeichen, die er auf einer körperlichen, psychischen oder sozialen Ebene sendet, verstanden werden und ihn in die Lage versetzen, seine Wirklichkeit in zunehmendem Maße salutogenetisch zu gestalten. Das unterstreicht die wichtige Feststellung, dass Gesundheit kein Zustand ist, sondern ein Prozess, der ständig erzeugt werden muss (Antonowsky, 1979, zitiert aus Faller und Lang, 2006).

### **Bedürfnis nach Mitentscheidung**

Der Wunsch, an medizinischen Entscheidungen beteiligt zu sein und dadurch auch Verantwortung zu übernehmen, ist jedoch nicht in gleicher Weise durchgängig stark ausgeprägt, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle Patienten am Entscheidungsprozess über ihre Behandlung einbezogen werden wollen. Als Einflussfaktoren auf den Wunsch zur Partizipation werden unter anderem Persönlichkeitseigenschaften, bisherige Erfahrungen und soziodemographische Merkmale diskutiert. Ältere Patienten und Patienten mit niedrigerem Einkommen und Bildungsgrad scheinen eine geringere Bereitschaft zur Partizipation zu besitzen. Auch der gegenwärtige Krankheitszustand und der Schweregrad der Erkrankung scheinen eine Rolle zu spielen (Faller und Lang, 2006).

### **Soziologische Modelle**

Soziologische Modelle befassen sich mit dem Einfluss von Merkmalen der Sozialkultur auf Gesundheit und Krankheit. Innerhalb einer Gesellschaft sind die Chancen z.B. für Bildung als Voraussetzung des Gesundheitsverhaltens ungleich verteilt. Der Zugang zu den gesellschaftlichen Ressourcen, wie Bildung, Arbeit und soziale Integration, wird als soziale Opportunitätsstruktur bezeichnet. Der wichtigste zusammenfassende Indikator der Opportunitätsstruktur ist die soziale Schichtung (Faller und Lang, 2006).

Die soziale Schichtung wird anhand der so genannten meritokratischen Triade bestimmt:

- Bildung
- Beruf
- Einkommen

Im Begriff „meritokratisch“ wird zum Ausdruck gebracht, dass der soziale Status durch Leistung verdient wurde (Faller und Lang, 2006).

Im Sozialisierungsprozess eines Menschen kann man primäre und sekundäre Anteile unterscheiden. Die primäre Sozialisation ist der Erwerb derjenigen Werte, Kenntnisse und Fertigkeiten, die das Individuum zu einem Mitglied seiner Familie oder engsten Bezugsgruppe werden lässt. Die sekundäre Sozialisation bestimmt die Entwicklung als Mitglied einer professionellen Gruppe und ist daher eng mit deren Werten und Zielsetzungen verbunden. Sie läuft überwiegend in unbewussten Lernprozessen und sichert die Aufrechterhaltung professioneller Normen. Diese weisen in der Medizin eine ungewöhnlich hohe Homogenität auf, was wiederum auf einen starken Sozialisationsdruck schließen lässt (Schuller, 1997, zitiert aus Uexküll, 2003).

Die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung mit Distanz zum Patienten (siehe Abbildung 5) kann einer erweiterten Professionalität weichen, in der die existenzielle Beziehung zum Patienten als Mitmenschen nicht mehr geleugnet, sondern – und das macht die Professionalität aus – reflektiert wird. Es entsteht die für professionelles Handeln notwendige Distanz zur Beziehung, aber nicht zum Patienten (siehe Abbildung 6) (Uexküll, 2003).

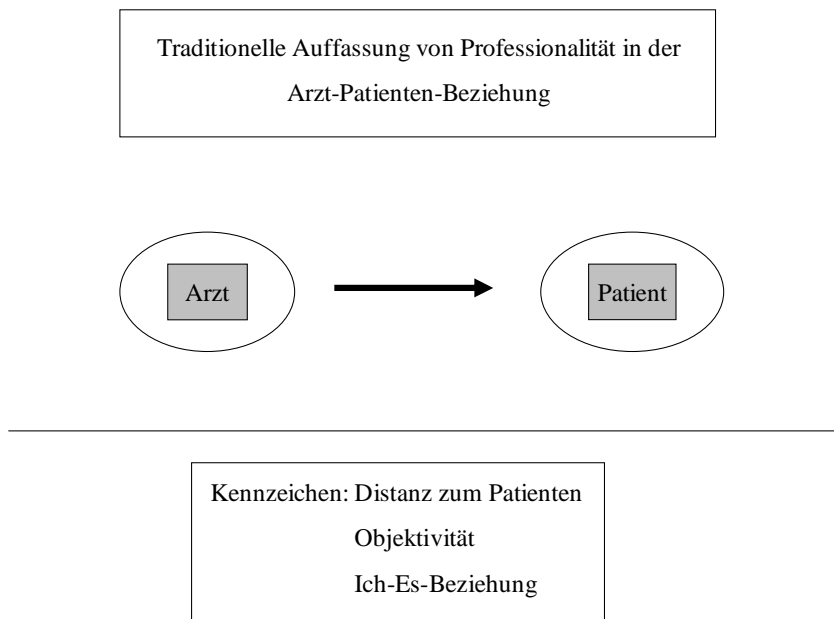


Abb. 5: Die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung mit Distanz zum Patienten (Uexküll, 2003, S. 1314).

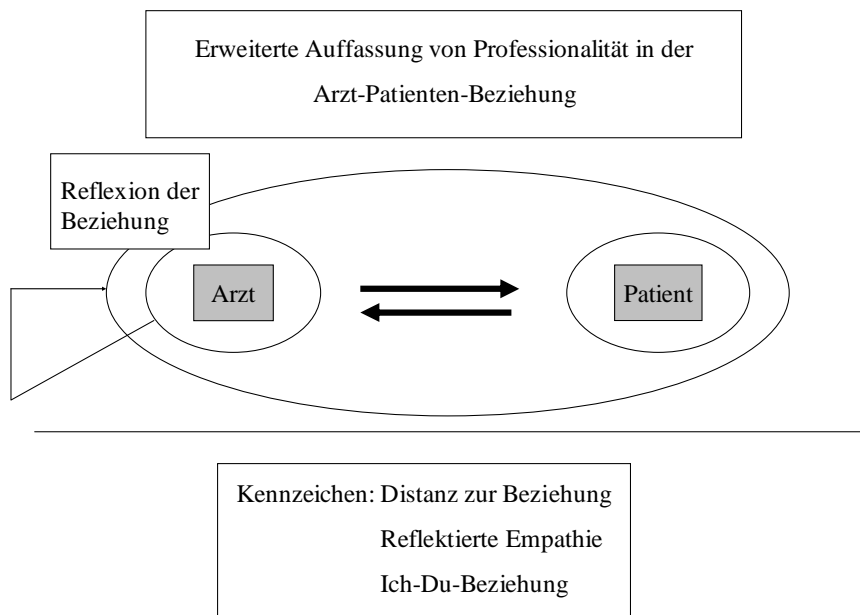


Abb. 6: Die erweiterte Arzt-Patienten-Beziehung mit notwendiger Distanz zur Beziehung, aber nicht zum Patienten (Uexküll, 2003, S. 1314).

## **Möglichkeiten der Patientensegmentierung**

Eine einheitliche Definition von Patientenpräferenzen ist schwierig, weil Patient nicht gleich Patient ist und die individuellen Bedürfnisse sich selbst bei ähnlichen Krankheitsbildern stark unterscheiden. Patienten kommen mit den verschiedensten Problemen zum Arzt. Sie unterscheiden sich nicht nur nach soziodemographischen Merkmalen, sondern auch nach gesunden Patienten und schon kranken Patienten, akut und chronisch Kranken. Es ist schwierig, jedem Typus in der Kommunikation gerecht zu werden. Die Kunst liegt darin, den jeweiligen Patienten richtig zu erkennen und in entsprechender Weise mit ihm zu kommunizieren. Die Segmentierungskriterien sollten verhaltensrelevante Unterschiede umfassen und aussagefähig hinsichtlich des Einsatzes der Informationsinhalte, -quellen und -medien sein (Bürger, 2003).

### **3. Studiendesign**

Qualitative Interviews zeichnen sich dadurch aus, dass es keine Antwortvorgaben gibt und dass die Befragten ihre Ansichten und Erfahrungen frei artikulieren können. Die geringe Standardisierung der Fragen und der Verzicht auf Antwortvorgaben ermöglichen es, den Menschen mit seinen Sinnbezügen, Sichtweisen und Interpretationen zu Wort kommen zu lassen, soziale und individuelle Prozesse zu beschreiben sowie Problemstellungen empirisch zu überprüfen oder induktiv aus den Daten zu entwickeln. In der Gesundheitsforschung kann das problemzentrierte Interview vorteilhaft eingesetzt werden. Mit dem problemzentrierten Interview können z.B. bei der Durchführung von Patientenbefragungen sowohl patientenbezogene Strukturdaten (mittels Kurzfragebogen) als auch patientenbezogene Prozessdaten (mittels Leitfadeninterview) erfasst werden. Beim Experteninterview ist der Interviewte als Experte und nicht als Person von Interesse (Schwartz, 1998).

#### **3.1 Zielgruppe und Stichprobe**

Der empirische Teil dieser Masterarbeit besteht aus problemzentrierten Interviews mit PatientInnen, ÄrztInnen und ExpertInnen.

Die Befragung der ÄrztInnen und PatientInnen fand in Oberösterreich, im Großraum Steyr und Umgebung (Kirchdorf, Linz, Waldneukirchen, Wels) statt.

Es wurden zwei Allgemeinmediziner und zwei TurnusärztInnen befragt. Von den angefragten AllgemeinmedizinerInnen sagten viele ab, mit der Begründung: „Danke, aber ich habe kein Interesse.“ Oder: „Es tut mir leid, ich habe keine Zeit.“

Bei den PatientInnen wurde quer durch die Bank befragt – weiblich/männlich, ältere/jüngere Personen - um so eine weit gestreute Stichprobe zu erlangen.

Für die Befragung der ExpertInnen nahmen sich zwei WissenschaftlerInnen des Ludwig Boltzmann Institut Wien für mich Zeit und ein Arzt welcher in der Lehre an der medizinischen Universität Wien tätig ist gab ebenfalls seine Zustimmung für ein Interview.

Die Interviews wurden entweder am Arbeitsplatz oder zu Hause bei den Interviewpartnern durchgeführt, was zur Folge hat, dass alle interviewten Personen in ihrer gewohnten Umgebung waren. Sieben Personen wurden am Arbeitsplatz, sprich in der Ordination, im Büro oder im Besprechungszimmer interviewt. Vier Personen wurden direkt bei sich zu Hause befragt.

### **3.2 Leitfaden**

Die Interviewleitfäden setzen sich alle aus den gleichen Themenbereichen zusammen, jedoch wurden sie für die PatientInnen, ÄrztInnen und ExpertInnen unterschiedlich formuliert.

Die Leitfäden bestehen aus Allgemeinen Daten, wie Interviewnummer, Interviewdatum, Ort des Interviews und Dauer des Interviews. Weiters gibt es bei den PatientInnen und ÄrztInnen Einstiegsfragen, betreffend allgemeine medizinische Fakten. Anschließend gibt es noch den Hauptteil mit den Standortbestimmungs- und Wegweiserfragen und zum Abschluss werden noch einige demographische Daten zur befragten Person erhoben.

Die Standortbestimmungsfragen beziehen sich auf den derzeitigen Stand bezüglich Arzt-PatientInnen-Beziehung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Ausmaß der Beteiligung und den momentanen Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten.

Die Wegweiserfragen sind zukunftsorientiert bezüglich Wünsche und Erwartungen, Chancen und Gefahren gemeinsamer Entscheidungsfindung, Ansätze und Schritte der Umsetzung von Shared Decision Making. Die genaue Einteilung der Kategorien erfolgt im nächsten Absatz.

Die **Standortbestimmungsfragen** lassen sich bei den **PatientInnenbefragungen** in folgende Themenbereiche einteilen:

Medizinische Behandlung, Verhältnis zum Arzt, gemeinsame Entscheidungsfindung, Vor- und Nachteile der gemeinsamen Entscheidungsfindung, mitbestimmen bei der Behandlung/Therapie, Ausmaß der Beteiligung, derzeitiger Zeitaufwand für ein Arzt-Patienten-Gespräch, Gefühl der Überforderung, Erfahrungen mit verschiedenen ÄrztInnen, Alter der ÄrztIn, Unterschied Arzt oder Ärztin

Die **Wegweiserfragen** werden bei den **PatientInnenbefragungen** in folgende Bereiche unterteilt:

Erwartungen eines Arztbesuches, Zeitaufwand für ein Arzt-PatientInnen-Gespräch, gemeinsame Entscheidungsfindung, wichtige Aspekte um mitbestimmen zu können, Entscheidungshilfen, wichtige Punkte, Wünsche für die Zukunft

Bei den **ÄrztInnenbefragungen** werden die **Standortbestimmungsfragen** folgendermaßen eingeteilt:

Derzeitiger Standpunkt Arzt-PatientInnen-Beziehung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Verantwortung teilen, Vor- und Nachteile der gemeinsamen Entscheidungsfindung, Zeitaufwand gemeinsame Entscheidungsfindung, Faktor „Alter“ für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, Faktor „Bildung“ für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, Faktor „Geschlecht“ für eine gemeinsame Entscheidungsfindung, Ausmaß der Beteiligung, Gefühl der Überforderung, vorinformierte Patienten, Unterschied Arzt oder Ärztin, Alter/Erfahrung der ÄrztIn, ärztlich-therapeutisches Gespräch in der Praxis, Kommunikation und Arzt-PatientInnen-Beziehung im Medizinstudium, Kommunikation in der Fort- und Weiterbildung

Die **Wegweiserfragen** bei den **ÄrztInnenbefragungen** werden wie folgt unterteilt:

Gemeinsame Entscheidungsfindung - Schritte der Umsetzung, Entscheidungshilfen, Faktor Zeit, Änderungen im Medizinstudium, wichtige Punkte bei der Fort- und Weiterbildung



Die **Standortbestimmungsfragen** lassen sich bei den **ExpertInnenbefragungen** in folgende Schwerpunkte einteilen:

Paternalistische Arzt-PatientInnen-Beziehung, gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), ärztlich-therapeutisches Gespräch in der Praxis, derzeitiger Standpunkt Arzt-PatientInnen-Beziehung, Arzt-PatientInnen-Kommunikation im Medizinstudium, Alter/Erfahrung der ÄrztIn

Bei den **ExpertInnenbefragungen** werden die **Wegweiserfragen** in folgende Bereiche unterteilt:

Chancen und Gefahren von Shared Decision Making (gemeinsame Entscheidungsfindung), gemeinsame Entscheidungsfindung - Schritte der Umsetzung, Änderungen im Medizinstudium, Änderungen bei der Fort- und Weiterbildung, wichtige Punkte

Die bei der Befragung verwendeten Gesprächsleitfäden sind im Anhang hinterlegt.

### **3.3 Datenerhebung**

Anhand der Themenausschreibung waren Interviews bezüglich der vorgesehenen Zielsetzung, die bevorzugte Datenerhebungsvariante. Besonders eignen sich problemzentrierte Interviews dafür, da hier der Befragte die Möglichkeit hat offene Antworten zu formulieren. Unter problemzentriertem Interview versteht man alle Formen der offenen, halbstrukturierten und qualitativen Befragung. Die befragten Personen sollen dabei möglichst frei zu Wort kommen und die Interviewsituation soll einem offenen Gespräch nahe kommen. Ein weiterer Schwerpunkt dieser Befragungsform ist es, eine Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer und Befragten zu schaffen, um auch bei heiklen Themen ehrliche Antworten zu erhalten. Das Interview ist jedoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert und so liegt es am Interviewer, immer wieder darauf zurückzukommen, falls der oder die Befragte vom Thema abkommen. Die gewählte Problemstellung wurde von vornherein festgelegt, die wesentlichen Aspekte wurden daraus bearbeitet. Im Gesprächsleitfaden werden die für dieses Thema relevanten Bereiche zusammengestellt und im Gesprächsverlauf angesprochen (Mayring, 2002).

Die drei Grundprinzipien dieser Vorgehensweise, nach Witzel (1982), bestehen aus den Merkmalen Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung.

Die **Problemzentrierung** soll an gesellschaftliche Problemstellungen ansetzen, deren wesentliche Aspekte sich der Forscher bereits vor der Interviewphase erarbeitet hat. Bei der **Gegenstandsorientierung** muss die konkrete Gestaltung auf den spezifischen Gegenstand bezogen sein und nicht aus der Übernahme von fertigen Instrumenten bestehen. In der **Prozessorientierung** geht es schließlich um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes. Eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei sich der Zusammenhang und die Beschaffenheit der einzelnen Elemente erst langsam und im wiederkehrenden Bezug auf die dabei verwendeten Methoden herauschälen. Hier handelt es sich eindeutig um ein qualitatives Verfahren, wobei für die Interviewdurchführung weiters noch die **Offenheit** von Bedeutung ist. Damit ist gemeint, dass der/die Befragte frei antworten kann, ohne aus vorgegebenen Antwortalternativen wählen zu müssen. So können die subjektiven Bedeutungen der Antworten besser erfasst werden. Die Überprüfbarkeit des Verständnisses für die Fragen ist dabei möglich. Zielt die gegebene Antwort nicht auf die Frage ab, besteht das Problem, dass die Frage falsch verstanden wurde und der Interviewer die Möglichkeit hat, nachzufragen oder die Frage anders zu formulieren.

Mayring (2002) formuliert folgende Grundgedanken:

- Das problemzentrierte Interview wählt den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren.
- Dazu soll eine Vertrauenssituation zwischen Interviewer und Interviewten entstehen.
- Die Forschung setzt an konkreten gesellschaftlichen Problemen an, deren objektive Seite vorher analysiert wird.
- Der Interviewte wird zwar durch den Interviewleitfaden auf bestimmte Fragestellungen hingelenkt, soll aber offen, ohne Antwortvorgaben, darauf reagieren.

Beim problemzentrierten Interview soll die Formulierung und die Analyse des Problems immer am Anfang stehen. Daraus werden die zentralen Forschungsaspekte für den Interviewleitfaden zusammengestellt. Dieser enthält die verschiedenen Gesprächsaspekte in einer genauen Reihenfolge, nach Themenbereichen sortiert.

In der Pilotphase werden Probeinterviews durchgeführt, diese dienen dazu Schwachstellen des Gesprächsleitfadens heraus zu finden. Diese Schwachstellen können bei der Formulierung der Fragen oder in der Struktur auftreten. Anschließend werden diese Mängel behoben, um sicherzustellen, dass auch das erfasst wird, was erfasst werden soll. Weiters dienen die Probeinterviews noch zur Interviewschulung, die InterviewerIn bekommt dadurch mehr Sicherheit (Mayring, 2002).

Nach der Pilotphase beginnt die eigentliche Interviewphase. Mayring (2002) unterscheidet bei den Gesprächen zwischen folgenden drei Teilen:

- Sondierungsfragen sind ganz allgemein gehaltene Einstiegsfragen in eine Thematik.
- Leitfadenfragen sind diejenigen Themenaspekte, die als wesentlichste Fragestellungen im Interviewleitfaden festgehalten sind.
- Ad-hoc-Fragen werden vom Interviewer spontan formuliert, wenn sie für die Themenstellung oder für die Erhaltung des Gesprächsfadens bedeutsam sind.

Anwendungsgebiete des problemzentrierten Interviews sind überall dort, wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist und spezifische Fragestellungen im Vordergrund stehen. So können theoretische und praktische Informationen in die Fragestellung eingebaut werden. Ein wichtiger Punkt von problemzentrierten Interviews liegt in der teilweisen Standardisierung des Leitfadens. Dadurch wird die Vergleichbarkeit von verschiedenen Interviews erleichtert, da sich das gewonnene Datenmaterial von vielen Gesprächen auf die jeweiligen Fragen des Leitfadens zurückführen lässt. Die Auswertung wird durch die teilweise Standardisierung vereinfacht (Mayring, 2002).

### 3.4 Durchführung und Auswertungsverfahren

Die Daten wurden anhand des Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet, wobei Aussagen der Befragten generalisiert wurden um Kategorien zu bilden, nach denen eine eindeutige Zuordnung möglich war. Das heißt, der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse ist die systematische Analyse von Texten und sprachlichem Material. Dabei wird das Ausgangsmaterial gegliedert und schrittweise bearbeitet. Weiters wird ein Kategoriensystem erstellt, in dem die Analyseaspekte festgelegt werden. Die drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse sind die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung.

In der qualitativen Inhaltsanalyse wird auch auf den Kontext von Textbestandteilen eingegangen und markante Einzelfälle werden übernommen um aus dem gesammelten Datenmaterial Strukturen herauszufiltern.

Durch die **Zusammenfassung** wird das Datenmaterial so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte bestehen bleiben und ein abstraktes, aber überschaubares Abbild des Grundmaterials geschaffen wird.

Bei der **Explikation** wird zu einzelnen fraglichen Textstellen Zusatzmaterial gesucht, um das Verständnis zu erhöhen und eine Erklärung zu finden.

Bei der **Strukturierung** ist das Ziel der Analyse, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern bzw. das Datenmaterial aufgrund bestimmter, vorher festgelegter Kriterien, einzuschätzen (Mayring, 2002).

Eine präzise und angemessene Beschreibung des Forschungsgegenstandes ist wesentlich. In der qualitativen Forschung ist dabei die Datenaufbereitung ein wichtiges Kriterium. Das erhobene Material muss festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor man mit der Auswertung beginnen kann (Mayring, 2003).

Vor dem Interview wurden die Befragten von der Interviewerin über allgemeine Informationen betreffend des Arbeitsthemas informiert. Die Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet, natürlich mit dem Einverständnis der befragten Personen. Dadurch können auch größere Datenmengen korrekt aufgezeichnet werden.

Im Anschluss wurden die Tonbandaufnahmen transkribiert, wobei das gesprochene Wort in normales Schriftdeutsch übertragen wurde. Der Dialekt wurde weitestgehend bereinigt und eventuelle Satzbaufehler wurden korrigiert. Einige beschreibende Aussagen wurden originalgetreu übernommen, um dies dem Leser gleichermaßen übermitteln zu können.

Der nächste Schritt besteht in der Zusammenfassung der einzelnen Gesprächsprotokolle. Der Grundgedanke dieser inhaltsanalytischen Methode ist, das Allgemeinniveau des Materials erst zu vereinheitlichen und dann schrittweise höher zu setzen, da sich mit steigendem Abstraktionsgrad der Materialumfang verringert. Dies läuft methodisch kontrolliert ab, indem einzelne Bedeutungseinheiten integriert, gebündelt oder auch weggelassen werden. Mayring (2002) formuliert sechs mögliche reduktive Prozesse zur Erstellung von Zusammenfassungen:

**Auslassen:** Propositionen, die wiederholt vorkommen, werden weggelassen

**Generalisation:** Propositionen werden durch eine begrifflich übergeordnete ersetzt

**Konstruktion:** Aus mehreren spezifischen Propositionen wird eine globale konstruiert, die den Sachverhalt als Ganzes kennzeichnet.

**Integration:** Eine Proposition, die in einer bereits durch Konstruktion gebildeten, globaleren aufgeht, kann wegfallen.

**Selektion:** Bestimmte zentrale Propositionen werden unverändert beibehalten, da sie wesentliche, bereits generelle Textbestandteile darstellen.

**Bündelung:** Inhaltlich eng zusammenhängende, im Text aber weit verstreute Propositionen werden als Ganzes, in gebündelter Form wiedergegeben (Mayring, 2002).

Aus diesen Aktivitäten lässt sich das Ablaufmodell zusammenstellen. Zu Beginn muss das Abstraktionsniveau bestimmt werden und das Material auf dieses Niveau hin generalisiert werden (Generalisierung). Dann werden Bedeutungseinheiten, die bereits vorgekommen sind, weggelassen (Auslassen) und unverändert zu übernehmenden Textstellen markiert (Selektion). Schließlich werden ähnliche oder zusammenhängende Bedeutungseinheiten gebündelt, integriert und umfassende Einheiten werden konstruiert (Bündelung, Konstruktion, Integration) um den Text weiter zu reduzieren. Die sich daraus ergebenden

neuen Aussagen werden in einem Kategoriensystem zusammengestellt und mit dem Ausgangsmaterial rücküberprüft (Mayring, 2002).

Die qualitative Inhaltsanalyse nutzt die Vorteile dieses systematischen und methodischen Vorgehens bei dem das Material schrittweise analysiert wird und in Einheiten zerlegt wird, welche nacheinander bearbeitet werden. Im Zentrum steht dabei ein entwickeltes Kategoriensystem, in dem noch vor der eigentlichen Analyse die Aspekte festgelegt werden, die aus dem Material herausgefiltert werden sollen.

Um eine eindeutige Zuordnung von Textmaterial zu bestimmten Kategorien zu ermöglichen, muss erstens explizit definiert werden, welche Textbestandteile in eine Kategorie fallen. Zweitens werden konkrete Textstellen angeführt, die als Beispiele für diese Kategorie gelten. Drittens werden dort, wo Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien bestehen, Regeln formuliert, um eindeutige Zuordnungen zu ermöglichen. Das Durchgehen des Materials unterteilt sich dann in zwei Arbeitsschritte. Zuerst werden jene Textstellen im Material bezeichnet, die einer bestimmten Kategorie zuzuordnen sind. Danach wird das gekennzeichnete Material herausgefiltert, zusammengefasst und aufgearbeitet (Mayring, 2002).

Die Auswertung und Codierung erfolgte mit dem Computerprogramm MAXQDA 2007. Die gewonnen Erhebungsdaten werden verbal dargestellt. Die jeweiligen Kategorien werden einerseits allgemeingültig bezeichnet und andererseits durch konkrete Aussagen noch näher erläutert. Diese Aussagen sind kursiv gekennzeichnet.

## **4. Ergebnisse**

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den ausgewerteten Ergebnissen der problemzentrierten Interviews. Die empirischen Ergebnisse beruhen auf den Aussagen der PatientInnen, der ÄrztInnen und der ExpertInnen.

Die Abschnitte sind unterteilt in allgemeine Informationen bezüglich der Interviewdauer, Einstiegsfragen, welche den PatientInnen und ÄrztInnen gestellt wurden, betreffend Häufigkeit von Arztbesuchen, Art der Krankenversicherung und Erläuterung ob eine chronische Erkrankung vorliegt. Bei den ÄrztInnen wurde als Einstiegsfrage der tägliche PatientInnendurchschnitt erfragt. Der Hauptteil ist untergliedert in Standortbestimmungs- und zukunftsorientierte Wegweiserfragen, welche wieder in die drei Gruppen - PatientInnen, ÄrztInnen und ExpertInnen - unterteilt sind. Im letzten Abschnitt werden die demographischen Daten, wie Alter, Geschlecht und dergleichen dargestellt. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einer Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse.

### **Interviewdauer**

PatientInnen: zwischen 20 und 40 Minuten

ÄrztInnen: zwischen 25 und 35 Minuten

ExpertInnen: zwischen 30 und 45 Minuten

### **4.1 Ergebnisse der Einstiegsfragen**

#### **PatientInnenbefragung**

Die befragten Personen gehen im Jahr zwischen 3 und 15 Mal zum praktischen Arzt (Allgemeinmediziner). Zwei der befragten Personen leiden an einer chronischen Erkrankung. Alle befragten Personen sind gesetzlich krankenversichert.

### **ÄrztInnenbefragung**

Im Durchschnitt haben die Allgemeinmediziner zwischen 100 und 180 Patienten pro Tag in der Ordination, davon sehen sie persönlich zwischen 60 und 100, von diesen wiederum sind 5 bis 10 Hausbesuche (Visiten außerhalb der Ordination).

## **4.2 Ergebnisse der Standortbestimmungsfragen**

### **PatientInnenbefragung**

#### Medizinische Behandlung

Alle vier befragten Personen sind mit der derzeitigen medizinischen Behandlung ihres Hausarztes (Allgemeinmediziner) zufrieden, sie erwarten von ihrem Arzt, dass er die richtigen Untersuchungen durchführt, um so heraus zu finden was der PatientIn fehlt. Eine PatientIn sagt: *„Bis jetzt hat alles für mich soweit gepasst.“*

#### Verhältnis zum Arzt

Die vier befragten Personen haben alle ein gutes Verhältnis zu ihrer ÄrztIn, zwei der vier Befragten kennen die ÄrztIn schon seit Kindesalter, was für die zwei Personen sehr wichtig erscheint, da die ÄrztIn alle Vorerkrankungen kennt und sie somit vollstes Vertrauen zu Ihm/Ihr haben. Eine PatientIn beschreibt das ganze so: *„Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Hausarzt, da er ein unheimlich guter Diagnostiker ist und das gibt einem Sicherheit.“*

#### Gemeinsame Entscheidungsfindung

Drei der vier befragten Personen sind von einer gemeinsamen Entscheidungsfindung überzeugt, eine Person sieht darin ein Problem der Überforderung bei so manchen PatientInnen, schließt sich selbst davon jedoch aus. Eine PatientIn formuliert das folgendermaßen: *„Ich halte viel von gemeinsamer Entscheidungsfindung, wenn man ausreichend über die Konsequenzen aufgeklärt wird, weiß ich was sein könnte oder was sein wird. Dadurch fühle ich mich besser betreut und das Vertrauen zu meinem Arzt steigt. Und Vertrauen wirkt sich auf den Erfolg der Behandlung aus.“*



### Vor- und Nachteile der gemeinsamen Entscheidungsfindung

Alle Vier sehen einen Vorteil darin, dass sie mit eingebunden werden, dass sie dadurch genau wissen worum es geht und die verschiedenen Abläufe kennen. Ein Nachteil könnte sein, dass für einige der Druck eine Entscheidung zu finden zu viel ist. Eine PatientIn formuliert ihren Vorteil ganz bestimmend: *„Ich weiß genau was für mich gut ist oder auch nicht so gut ist und somit kann ich schon mal entscheiden, ob ich etwas machen will oder eine Alternative will.“*

### Mitbestimmen bei der Behandlung/Therapie

Alle Vier wollen bei der Behandlung oder Therapie mitbestimmen können. Sie sind auch alle Vier der Meinung, dass der Therapieerfolg besser verläuft, wenn sie mitbestimmen können.

### Ausmaß der Beteiligung

Die vier Befragten haben das Gefühl gut an der Entscheidungsfindung beteiligt zu sein. Sie spüren jedoch oft den Zeitdruck des Arztes, was sich oft in kürzeren Gesprächen äußert. Eine PatientIn sieht das ganze so: *„Ich bin sehr interessiert und möchte vieles ganz genau wissen. Der Arzt geht immer auf mein Fragen ein und versucht diese zu klären bzw. hilft mir mit Informationen weiter. Jedoch hat er dabei oft etwas Zeitdruck, da im Wartezimmer noch viele andere Patienten warten. Wenn jedoch weniger Leute im Wartezimmer sitzen, nimmt er sich mehr Zeit, da ist die Behandlung ganz anders, als wenn das Wartezimmer gesteckt voll ist.“*

### Derzeitiger Zeitaufwand für ein Arzt-PatientInnen-Gespräch

Momentan sehen alle vier Befragten den Zeitaufwand für ein Arzt-PatientInnen-Gespräch sehr kurz, alle Vier gaben rund 5 – 10 Minuten an. Eine PatientIn sagt etwas sarkastisch dazu: *„So rund 10 Minuten, dass ist eh schon gut, wenn sich der Arzt so viel Zeit nimmt.“*

### Gefühl der Überforderung

Alle Vier fühlen sich nicht überfordert, wenn sie mitentscheiden können. Einer/Eine sagt folgendes dazu: *„Ich fühlte mich bis jetzt noch nie überfordert, falls dies jedoch einmal der Fall sein sollte, kann man sich das ja mit dem Arzt ausreden.“*

### Erfahrungen mit verschiedenen ÄrztInnen

Zwei der vier Befragten sehen einen Unterschied in der Freundlichkeit, der Begrüßung, der Information und den Ratschlägen. Sie sind der Meinung, dass dies manchmal etwas abflacht, umso länger man eine ÄrztIn kennt. Die ÄrztIn wird vom „Alltagstrott“ eingeholt. *„Meine Erfahrung ist, dass es leider auch immer wieder unaufgeschlossene ÄrztInnen gibt, die nur ihre Meinung akzeptieren und keine Zeit zum reden haben. Gut ist es, dass es auch einige aufgeschlossene ÄrztInnen gibt, die auch zu alternativen Methoden greifen, zur Ergänzung zur Schulmedizin. Natürlich braucht es auch einiges an Eigeninitiative, dass es dann wirklich besser wird“* so die Meinung einer befragten Person.

### Alter der ÄrztIn

Für zwei der vier befragten Personen spielt das Alter der ÄrztIn eine Rolle. Sie sind beide der Meinung, dass eine jüngere ÄrztIn noch genauer bei der Untersuchung ist, dass er/sie sich noch mehr Gedanken macht und somit nicht so oberflächlich reagiert. Eine befragte Personen, für welche(n) das Alter keinen Unterschied macht sagte folgendes: *„Wenn die Chemie zwischen uns nicht stimmt ist es vollkommen egal wie Alt der Arzt ist.“*

### Unterschied Arzt oder Ärztin

Für drei der vier Befragten macht es keinen Unterschied, ob sie von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt werden. Sie finden das Einfühlungsvermögen, die Aufgeschlossenheit und sich Zeit für die PatientIn nehmen viel wichtiger, was für sie jedoch nicht geschlechterspezifisch ist. Für eine Befragte gibt es schon Unterschiede: *„Es spielt schon oft eine Rolle, vor allem in der Gynäkologie oder auch meine Hautärztin. Mit den beiden kann ich viel besser reden, das ist viel persönlicher, aber ich denke, das ist auch die Frau zu Frau Basis.“*

## **ÄrztInnenbefragung**

### Derzeitiger Standpunkt Arzt-PatientInnen-Beziehung

Für die vier ÄrztInnen kommt es auf den Bereich an, AllgemeinmedizinerInnen, welche die PatientInnen meist schon lange kennen, die eventuell sogar die ganze Familie kennen,

haben einen ganz anderen Bezug zu den PatientInnen, als ÄrztInnen im Krankenhaus. Allgemeine Erfahrung einer ÄrztIn: *„Wenn ein Patient mitbekommt, dass man sich für ihn interessiert und nachfragt, dann hört der Patient oft nicht mehr auf zu reden. Wenn man hingegen jedoch missmutig schaut und einsilbige Antworten gibt, dann fragt der Patient meistens auch nicht nach und das Gespräch ist schnell abgehandelt. Das ist die Sache!“* (Lacht!)

#### Gemeinsame Entscheidungsfindung, Verantwortung teilen

Die vier befragten Personen sehen eine gemeinsame Entscheidungsfindung als selbstverständlich an, sie sehen dies als eine Art Kooperation zwischen ÄrztIn und PatientIn. Eine ÄrztIn meint dazu: *„Wenn ein Patient kommt und mich fragt was er tun soll und meine Meinung hören will, ist das auch okay, dann ist das für mich auch partnerschaftlich.“*

#### Vor- und Nachteile der gemeinsamen Entscheidungsfindung

Als Vorteil sehen die ÄrztInnen, dass die PatientIn mitentscheiden kann, dass er/sie aktiv beteiligt ist. Nachteile erkennen alle Vier keinen, da die meiste Verantwortung immer noch die ÄrztIn trägt. Bezüglich Verantwortung übernehmen sagte eine ÄrztIn: *„Schlussendlich trage immer noch ich die meiste Verantwortung, so zu 80 Prozent, aber das ist so, und deshalb kommt der Patient auch zu mir, zudem bin ich auch der Fachmann.“*

#### Zeitaufwand gemeinsame Entscheidungsfindung

Der Zeitfaktor ist hier nicht ausschlaggebend für die befragten Personen. Aussage eines Arztes: *„Die einfache Zielerklärung, das ist das Wesentliche.“*

#### Faktor „Alter“ für eine gemeinsame Entscheidungsfindung

*„Das Alter des Patienten spielt eine gewisse Rolle, da es bei den alten Leuten oft eine gewisse Hochachtung und Obrigkeitsdenken gibt, denn wenn der Herr Doktor das sagt, dann wird das natürlich befolgt.“* Sagte eine ÄrztIn.

Drei der vier Befragten sind der Meinung, dass das Alter gelegentlich schon einen Einfluss hat, vor allem wenn ältere Menschen dement werden, kann man sie nicht mehr mit einbeziehen. Aber grundsätzlich sind alle Vier davon überzeugt, dass eine gemeinsame

Entscheidungsfindung bei jedem möglich ist, Voraussetzung ist natürlich die Bereitschaft der PatientIn.

#### Faktor „Bildung“ für eine gemeinsame Entscheidungsfindung

Mit einem besser gebildeten, kann man nach der Erfahrung dreier der Befragten, auf einem anderen Niveau einsteigen, als mit einem weniger gebildeten. Eine ÄrztIn sagt wörtlich: *„Ich glaube, dass ich mit einem Straßenkehrer, der einen guten Hausverstand hat, genau so gut diskutieren kann, wie mit einem vertrottelten Akademiker.“*

#### Faktor „Geschlecht“ für eine gemeinsame Entscheidungsfindung

Zwei der Befragten sind der Meinung, dass es keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen gibt. Eine ÄrztIn sieht einen Unterschied darin, dass Männer sich eher über technische Details informieren oder auch Operationstechniken genau wissen möchten. Frauen hingegen möchten alles ausdiskutieren und anschließend alles in Ruhe überlegen. Eine ÄrztIn hat folgende Erfahrung gemacht: *„Männer nehmen die Entscheidung oft so hin und sind froh, dass damit alles erledigt und vorbei ist.“*

#### Ausmaß der Beteiligung

Alle Vier sind der Meinung, dass eine ÄrztIn erkennen muss was er/sie seiner PatientIn zumuten kann, wie viel Information er/sie ihm/ihr geben muss und wie die PatientIn diese aufnimmt und weiters auch umsetzen kann. Wenn es mehrere Möglichkeiten gibt werden diese der PatientIn mitgeteilt, es muss auch die Reihung der Wertigkeit klar dargestellt werden, nur so kann die PatientIn für sich die bestmögliche Entscheidung treffen, da sind sich alle Vier einig.

#### Gefühl der Überforderung

*„Wenn Patienten überfordert sind, dann habe ich etwas falsch gemacht.“* So das Statement einer ÄrztIn. Die zwei befragten Allgemeinmediziner sehen das als eine Art ärztliche Kunst, die PatientIn soweit einschätzen zu können, um zu merken, dass man ihn/sie überfordert, anhand der Körpersprache und Mimik. In so einem Fall muss die ÄrztIn abwägen was machbar und sinnvoll ist.

### Vorinformierte PatientInnen

Diesen Punkt sehen die vier ÄrztInnen mit gemischten Gefühlen, einerseits finden sie es gut, wenn PatientInnen sich vorinformieren, weil man dann gleich auf einem höheren Level einsteigen kann und der PatientIn die Basics nicht mehr erklären muss. Andererseits kommt es dann vor, dass PatientInnen mit einer falschen, vorgefertigten Meinung zur ÄrztIn kommen und es für die ÄrztIn anschließend sehr schwer ist, der PatientIn diese wieder auszureden. Eine ÄrztIn sagt dazu folgendes: *„Ich habe kein Problem damit, es ist ihr gutes Recht.“*

### Unterschied Arzt oder Ärztin

Drei der befragten Personen sind der Meinung, dass es für die PatientInnen keinen Unterschied macht ob sie von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt werden. Eine ÄrztIn glaubt schon, dass es einen Unterschied für so manchen Patienten macht: *„Ich habe einen Patienten gekannt, der hat mir erzählt, dass er immer zur Frau Doktor X geht, weil das ist eine fesche Frau.“*

### Alter/Erfahrung der ÄrztIn

Zwei der vier Befragten glauben, dass das Alter der ÄrztIn und damit die Erfahrung eine wichtige Rolle spielt im Umgang mit der PatientIn, da die PatientIn das (un)sichere Auftreten der ÄrztIn spürt. Zwei der befragten Personen sind wiederum der Meinung, dass das alles nichts mit dem Alter zu tun hat, sie formulieren das ganze so: *„Ich denke entweder kann ich mit Leuten umgehen oder nicht.“* Sie sind der Meinung, dass es eher von der Persönlichkeit abhängt und nicht vom Alter und der Erfahrung.

### Ärztlich-therapeutisches Gespräch in der Praxis

Das ärztlich-therapeutische Gespräch ist eine Möglichkeit die Arzt-PatientInnen-Gespräche im Praxisalltag abzurechnen, beide Allgemeinmediziner verwenden diese Möglichkeit bei der Abrechnung.

Im österreichischen Kassenarztrecht hat das **ärztlich-therapeutische Gespräch** die Positionsbezeichnung „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache zwischen Arzt und Patient als integrierter Therapiebestandteil“. Damit soll grundsätzlich eine

Erweiterung und Vertiefung der Therapie erreicht werden, die Anamnese ist davon jedoch ausgenommen. Das Gespräch soll im Allgemeinen zwischen 10 und 15 Minuten dauern und grundsätzlich in der ärztlichen Ordination und nach Tunlichkeit außerhalb der festgesetzten Ordinationszeiten geführt werden (Felder-Puig, 2006).

### Kommunikation und Arzt-PatientInnen-Beziehung im Medizinstudium

Alle vier befragten Personen hatten keine speziellen Vorlesungen zum Thema Arzt-PatientInnen-Beziehung. Gesprächsführung und Kommunikationstechniken sind Teil der Psychologie Vorlesung. Einer schildert dies wie folgt: *„In der Psychologie Vorlesung geht es eher um theoretische Sachen, es gibt keine Patienten, da werden psychologische Grundlagen durchgesprochen.“*

Die beiden TurnusärztInnen können sich daran erinnern, dass es ein Freifach gab, bei dem man Patientenbeispiele und Rollenspiele durchmachte.

### Kommunikation in der Fort- und Weiterbildung

Die befragten Allgemeinmediziner haben bereits an Kommunikationsseminaren teilgenommen, in den Seminaren wurden verschiedene Rollenspiele mit alltäglichen Themen eines praktischen Arztes durchgespielt. In diesen Seminaren wird auch viel mit Körpersprache gearbeitet und auch einiges analysiert. Ziel der meisten Schulungen ist, die Grundlagen einer guten Arzt-PatientInnen-Kommunikation zu vermitteln und eine adäquate Anwendung im medizinischen Alltag zu gewährleisten. Beide sind mit dem momentanen Angebot an Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zufrieden.

Einer der Allgemeinmediziner erzählte: *„In Oberösterreich gibt es auch einen Qualitätszirkel für Kassenpraktiker. Da trifft man sich einmal im Monat, für circa zwei Stunden und jedes Mal wird ein Thema festgelegt über das man dann mit den Kollegen diskutiert. Es werden Tipps und Tricks ausgetauscht, Guidelines und Leitlinien für den Alltag erstellt und so weiter.“*

Die niedergelassenen Allgemeinmediziner gründeten „**Qualitätszirkel**“, dabei handelt es sich um regelmäßige Treffen von ÄrztInnen zum Erfahrungsaustausch. Mittlerweile gibt es in Oberösterreich 18 solcher Qualitätszirkel (Ärztliches Qualitätszentrum, 2008).

## **ExpertInnenbefragung**

### Paternalistische Arzt-PatientInnen-Beziehung

Zwei der drei befragten Personen halten die paternalistische Arzt-PatientInnen-Beziehung für eine traditionelle Beziehung, welche sich mittlerweile geändert hat, da die ÄrztInnen nicht mehr als „die Götter in weiß“ gesehen werden und die PatientInnen immer gebildeter und informierter werden. Eine(r) meinte dazu: *„Am Anfang des vorigen Jahrhunderts haben die Ärzte untereinander Latein gesprochen, damit der Patient sie nicht verstehen konnte. Der Patient sollte nicht wissen was los ist.“*

### Gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)

*„Die Grundidee ist: Der Arzt bringt seine fachliche Weltansicht ein und der Patient bringt seine Lebenserfahrung und seine Kenntnisse, seiner eigenen Person, seines Umfeldes ein und gemeinsam findet man die optimale Lösung.“* So die Ansicht einer befragten Person. Alle drei Befragten sind der Meinung, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung einen immer größeren Stellenwert in Österreich einnimmt, da es auch von einigen PatientInnen verlangt wird. Jedoch gibt es auch Studien darüber, die belegen, dass PatientInnen nicht mitentscheiden wollen, dazu zählen die besonders Alten und die besonders Kranken. Somit ist die gemeinsame Entscheidungsfindung stark problemabhängig. Eine weitere Meinung ist: *„Shared Decision Making ist wunderbar in der Theorie, wenn es von den Patienten gefordert wird ist es auch okay, aber es ist wahnsinnig schwierig in der Praxis umzusetzen, weil die Ressourcen dafür fehlen.“*

### Ärztlich-therapeutisches Gespräch in der Praxis

Zwei der drei befragten Personen sind der Ansicht, dass es schon einige ÄrztInnen im praktischen Alltag anwenden, jedoch immer noch zu wenig, da es nicht so gut honoriert wird, wie eine Blutabnahme, ein EKG oder andere technische Interventionen.

### Derzeitiger Standpunkt Arzt-PatientInnen-Beziehung

Laut der befragten WissenschaftlerInnen gibt es momentan noch keine Forschung dazu in Österreich. Österreich ist einige Jahre hinterher. Die Meinung einer befragten Person lautet

wie folgt: „Das ist eine Frage der Zeit. Die Information des Patienten hat bei uns noch nicht diesen Stellenwert, den es in den angloamerikanischen Ländern schon hat.“

### Arzt-PatientInnen-Kommunikation im Medizinstudium

Zwei der drei befragten Personen sind darüber informiert, dass im Medizinstudium so einiges umgestellt wurde und auch somit mehr Augenmerk auf Kommunikation gelegt wurde. Es gibt Pflichtseminare in Gesprächsführung, wo es darum geht Gesprächsführung mit PatientInnen zu lernen – einfache Gesprächsführung, Gesprächsführung mit schwierigen PatientInnen und Überbringung schlechter Nachrichten. Weiters gibt es ein Praktikum für StudentInnen ohne PatientInnen, nur theoretisch, in denen Filme gezeigt werden und Rollenspiele durchgespielt werden. Und dann gibt es noch das Explorationspraktikum mit simulierten PatientInnen. Die verschiedenen Rollen der PatientInnen wurden von SchauspielerInnen eingeübt und können auf Knopfdruck abgespielt werden. So kann die StudentIn richtige Gesprächsführung üben, ohne Angst haben zu müssen, der PatientIn eventuell damit zu schaden.

### **Explorationspraktikum mit simulierten PatientInnen am AKH Wien**

Es ist eine gute Möglichkeit für die StudentInnen die Basistechniken (Gesprächsführung und Anamneseerhebung) einzuüben und durch zu spielen, weiters fällt die Belastung weg an „richtigen“ PatientInnen etwas falsch machen zu können. Dies ist ein großer Vorteil eines solchen Kommunikationstrainings, da es in einem „geschützten“ Rahmen stattfindet, die Realitätsnähe ist hierbei auch sehr wichtig, da die SchauspielerInnen ihre Krankheitsbilder sehr identisch nachspielen. Für die StudentInnen ist vor allem die Rückmeldung der simulierten PatientInnen, sprich der SchauspielerInnen sehr wichtig, um somit das Gespräch zu analysieren. Weiters besteht die Möglichkeit durch die Time-out/Time-in Technik den Seminarleiter um Hilfe zu bitten, wenn man nicht mehr weiter weiß. Am Ende jedes Gespräches bekommen die StudentInnen Feedback vom Seminarleiter, den SchauspielerInnen und natürlich auch von den StudienkollegInnen (Lenz, 2007).



### **Daten zum Praktikum** (Lenz, 2007)

- 1-stündiges Seminar, wird meistens als Blockpraktikum angeboten (seit 1994)
- ca. 12 – 15 StudentInnen pro Praktikum
- schriftliche Unterlagen (z.B. Explorationsleitfaden mit 12 wichtigen Symptombereichen)

### Alter/Erfahrung der ÄrztIn

Zwei der drei befragten Personen sind der Ansicht, dass es davon abhängig ist, wie voreingenommen man ist und um was es sich handelt. Eine(r) meint dazu: *„Blut abnehmen würde ich mir von einem jüngeren Arzt schon lassen, wenn es jedoch um ernstere, schwerwiegendere Dinge geht, würde ich die Erfahrung eines älteren Arztes schon bevorzugen.“*

Unter anderem wurden die Explorationsseminare mit simulierten PatientInnen auch mit erfahrenen ÄrztInnen in ganz Österreich ausprobiert. Dabei kam heraus, dass so manche Vorurteile haben und dies den PatientInnen auch spüren lassen, eher unbewusst, jedoch spürten die SchauspielerInnen (simulierte PatientInnen) dies bei manchen ÄrztInnen sehr wesentlich.

## **4.3 Ergebnisse der zukunftsorientierten Wegweiserfragen**

### **PatientInnenbefragung**

#### Erwartungen eines Arztbesuches

Alle vier befragten Personen erwarten sich, dass die ÄrztIn sich für sie Zeit nimmt, dass er/sie ihnen alles verständlich erklärt und eine genaue Untersuchung vornimmt. Falls er/sie die Untersuchung nicht in seiner/ihrer Praxis durchführen kann, sollte er/sie eine Überweisung zu einer FachärztIn ausstellen. Eine PatientIn formuliert es sehr konkret: *„Ich erwarte mir eine intensive, sprich genaue Untersuchung und vor allem eine Ursachenbehandlung und nicht nur eine Symptombehandlung.“*

### Zeitaufwand für ein Arzt-PatientInnen-Gespräch

Die befragten Personen wünschen sich alle mehr Zeit für Gespräche mit ihrer ÄrztIn. Insgesamt wünschen sie sich eine Behandlungszeit von 15 – 20 Minuten, aufgeteilt auf rund 10 Minuten für die Untersuchung und rund 10 Minuten für ein Gespräch. Eine PatientIn ist folgender Meinung: *„Ich bin der Meinung, dass ein intensives Gespräch viele Untersuchungen einsparen würde. Es wäre oft wichtiger ein ausführliches, klärendes Gespräch zu führen, jedoch reicht die Zeit oft nicht aus. Ich vermute auch, dass die Gesprächszeit nicht so gut verrechnet werden kann, als die diagnostischen Verfahren.“*

### Gemeinsame Entscheidungsfindung

Alle vier befragten Personen legen auch in Zukunft Wert auf eine gemeinsame Entscheidungsfindung.

Eine PatientIn formuliert das folgendermaßen: *„Gemeinsame Entscheidungsfindung finde ich gut, es soll nicht immer nur heißen: Nehmen Sie jetzt das! Es wäre gut, wenn der Arzt einem ein paar Möglichkeiten aufzählt und dann fragt: Was möchten Sie?“*

### Wichtige Aspekte um mitbestimmen zu können

*„Ich muss ausführlich aufgeklärt werden, damit ich rund um Bescheid weiß und alle negativen und positiven Dinge abwägen kann. Um somit, für mich, die beste Entscheidung treffen kann.“* Die vier befragten Personen wollen ausführlich aufgeklärt und informiert werden, alle eventuellen Vor- und Nachteile kennen und das braucht ihrer Meinung auch etwas Zeit, damit die PatientIn das Gefühl hat gut betreut zu sein.

### Entscheidungshilfen

Alle Vier würden Broschüren, Zeitschriften oder auch Informationsmaterial zu bestimmten Erkrankungen durchblättern. Wichtig ist jedoch auch allen, dass es Verweise auf verschiedene Internetseiten gibt, um zu Hause, in aller Ruhe noch weitere Informationen zu sammeln. Eine PatientIn erwähnt auch folgendes: *„Als Entscheidungshilfe würde ich auch im Internet nachschauen, da es dort auch Portale gibt, in denen man Erfahrung mit Leuten austauschen kann, die auch schon einmal das gleiche gehabt haben.“*

Weiters haben zwei der vier Befragten gesagt, dass sie mit Freunden und Bekannten reden würden und diese im Erfahrungsaustausch als Entscheidungshilfen beteiligen würden.

### Wichtige Punkte, Wünsche für die Zukunft

*„Im allgemeinen sollte der Arzt meines Vertrauens Zeit für mich haben, dass vermisse ich öfters. Es wird sehr viel über die Sprechstundenhilfe abgewickelt.“*

*„Ich würde mir wünschen, dass der Arzt mehr Zeit für mich hat und ich nicht nach zwei Minuten schon wieder hinaus geleitet werde.“*

*„Wenn ich erkältet bin oder mich krank melden möchte brauche ich nur kurze Zeit, wenn ich jedoch etwas schwerwiegendes zu besprechen habe, möchte ich schon mehr Zeit haben, um in Ruhe all meine Anliegen besprechen zu können.“*

*„Ich möchte einfach gut beraten und informiert werden. Falls es mehrere Behandlungsmöglichkeiten gibt, möchte ich mitentscheiden und das auswählen was für mich das Beste ist.“*

### **ÄrztInnenbefragung**

#### Gemeinsame Entscheidungsfindung - Schritte der Umsetzung

*„Der Weg dorthin ist schlichtweg, miteinander reden! Und natürlich die Information.“*

*„Sich auf einer Ebene zu begegnen ist für mich der Zugang. Dann rede ich in einer Sprache die er versteht und nicht in irgendeinem Fachchinesisch, das er nicht versteht.“*

*„Ich glaube schon, dass sich das mit den Patientengesprächen immer mehr im Praxisalltag durchsetzen wird. Wenn man dann noch mehr dafür bezahlt bekommt, ist natürlich der Anreiz größer, dass man das ganze vernünftig umsetzt und sich mehr Zeit dafür nimmt.“*

#### Entscheidungshilfen

Die vier befragten Personen würden ihren PatientInnen krankheitsspezifische Broschüren und diverses Informationsmaterial mitgeben, jedoch nur solche welche sie persönlich durchgelesen haben und somit auf die allgemeine Verständlichkeit kontrolliert haben. Für

die jüngere Generation könnten sie sich auch etwaige Hinweise auf geprüfte Internetseiten vorstellen, da das Dilemma am Internet immer die große, unüberschaubare Informationsflut ist. Eine ÄrztIn meinte auf die Frage, welche Entscheidungshilfen er/sie sich so vorstellen könnte: *„Ich biete dem Patienten meine Information an, mein Wissen.“*

### Faktor Zeit

Die beiden Allgemeinmediziner sehen beim Zeitfaktor kein Problem, da sie immer wieder PatientInnen haben, die nur ein paar Minuten brauchen und dann gibt es wiederum PatientInnen, die eine halbe Stunde im Besprechungszimmer sind. Für solche länger angesetzten und geplanten Gespräche nehmen sich die Ärzte dann lieber in der Nachmittagsordination Zeit. Einer der beiden meint dazu: *„Ich halte von dieser Zeitdiskussion original gar nichts, weil das ist schlicht und ergreifend meine Aufgabe herauszufinden wie viel Zeit dieser Patient braucht.“*

Die beiden TurnusärztInnen schätzen im Krankenhaus den Faktor Zeit schon als problematisch ein, da eigentlich bei den meisten ÄrztInnen der Wille da ist. Die Erfahrung einer befragten Person lautet folgendermaßen: *„Es gibt jedoch immer Ausnahmen, zum Beispiel der Chirurgie-Oberarzt, der Chirurg geworden ist um nicht mit den Patienten reden zu müssen.“ (Lacht!)*

### Änderungen im Medizinstudium

Die befragten Personen sind der Meinung, dass man bei der Ausbildung ansetzen muss, denn wenn man in der Grundlagenausbildung einen respektvollen, wertschätzenden Umgang mit dem Patienten gelehrt bekommt, kann man bei der darauf folgenden Kommunikation im Arztalltag nichts mehr falsch machen. Weiters vertreten sie die Meinung, dass man unter dem Motto „learning by doing“ am meisten lernt.

Alle vier Befragten haben ihr Medizinstudium noch im Rahmen des alten Studienplans absolviert, sie kennen jedoch auch den neuen Studienplan, welcher das Explorationspraktikum an simulierten PatientInnen beinhaltet und finden dieses für sehr sinnvoll und wichtig.

## Wichtige Punkte bei der Fort- und Weiterbildung

*„Man muss immer am laufenden bleiben.“*

*„Ich habe das Gefühl, ich komme ganz gut zurecht, so wie es momentan ist.“*

*„Die Fortbildungen sind freiwillig, es gibt endlos viele Möglichkeiten auf allen Gebieten. Vor allem für Allgemeinmediziner, das wird immer schwieriger da es immer mehr Angebote gibt.“*

*„Bei den Fort- und Weiterbildungen bin ich ganz ehrlich gesagt momentan nicht auf dem laufenden, da ich gerade in Karenz bin.“*

## **ExpertInnenbefragung**

### Chancen und Gefahren von Shared Decision Making (gemeinsame Entscheidungsfindung)

Zwei der drei befragten Personen sind der Ansicht, dass es in verschiedenen Studien Hinweise darauf gibt, dass es etwas bringt, jedoch so viel wie man möchte, bringt es doch wieder nicht. Sollte man daher mehr Geld und Zeit investieren, jedoch ohne Sicherheit, die gewünschten Erfolge damit erzielen zu können? Es könnte der PatientIn mehr Zufriedenheit bringen, da die ÄrztIn mehr Zeit für ihn/sie hat, jedoch ist unsicher ob die PatientIn deshalb gesünder ist.

*„Ausbildende Ärzte müssen hier Vorbild sein, den wichtigen Stellenwert zu vermitteln, es ist aber auch eine Wechselwirkung, da es von den Patienten auch gefordert wird.“* So die Stellungnahme einer befragten Person.

### Gemeinsame Entscheidungsfindung - Schritte der Umsetzung

Alle Drei sind sich einig darüber, dass die Umsetzung nur funktioniert, wenn mehr Zeit zur Verfügung gestellt wird, dies wird im Krankenhaus schwierig, wenn nicht gleich unmöglich sein. Da es in Dienstplänen verankert sein muss, Räumlichkeiten müssen dafür zur Verfügung stehen und vieles mehr, was große Umstellungen erfordert. Eine Aussage

dazu ist: *„Es ist alles schön in der Theorie, aber wie soll das dann in der Praxis möglich sein.“*

Alle drei Befragten sind der Ansicht, dass bei den Honorarpositionen der ÄrztInnen noch einiges getan werden muss, damit diese die gemeinsame Entscheidungsfindung und die dafür notwendigen Arzt-PatientInnen-Gespräche mehr umsetzen können.

Weiters wird die Meinung vertreten, dass das öffentliche Bewusstsein geweckt werden muss, da könnte ein Ansatz bei Kampagnen für PatientInnen sein, da diese relativ sensibel auf massenmediale Botschaften reagieren.

Ein weiterer Vorschlag war, die chronisch Kranken mit diversen PatientInnenschulungen mit ein zu beziehen. Dazu folgende Anmerkung: *„Es gibt auch Studien, die sagen dass es effektiver ist die Patienten zu schulen, als die Ärzte. Weil die Ärzte das schnell vergessen, während ein Patient ein Leben lang daran hängen bleibt.“*

#### Änderungen im Medizinstudium

Die Meinung einer befragten Person ist folgende: *„Da muss man schon in der Ausbildung und Fortbildung ansetzen, damit das umgesetzt werden kann.“*

Zwei der drei befragten Personen finden die neuen Ansätze im Medizinstudium sehr positiv und würden sich wünschen, dass in diesem Bereich weitere Veränderungen erfolgen. Wenn jedoch die Ausbildungsrichtlinien weiter verändert werden sollen, braucht man die Unterstützung des Gesundheitsministeriums, um neue Ausbildungskonzepte erstellen zu können. Die StudentInnen müssen lernen praxisorientierte Gespräche zu führen, zu zuhören und Kommunikationstechniken umzusetzen.

#### Änderungen bei der Fort- und Weiterbildung

*„Die Frage ist nur, wie viele Seminare und Fortbildungen muss man machen? Einer der dafür talentiert ist wird dies schneller umsetzen, ein anderer kann noch so viele Fortbildungen machen und wird es nie lernen.“* So das Statement einer befragten Person zum Thema Weiterbildung für ÄrztInnen.

Die Meinung einer befragten Person geht dahin, dass die bereits ausgebildeten ÄrztInnen auch Kommunikationsweiterbildungen machen müssen, denn wenn nur bei den jetzigen MedizinstudentInnen angesetzt wird, dann brauchen wir noch sehr lange bis dies in der Praxis umgesetzt werden kann. Zwei Möglichkeiten solcher Kommunikations- und

Gesprächführungsseminare sind einerseits eine PSY-Diplomfortbildung (psychosoziale Medizin-Diplomfortbildung) oder andererseits die Balintgruppen Veranstaltungen.

**Balint-Gruppen** sind Arbeitsgruppen in der Aus- und Weiterbildung, von ca. acht bis zwölf ÄrztInnen, die sich unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig treffen, um über Problempatienten aus ihrer Praxis zu sprechen. Das Ziel ist eine verbesserte Arzt-Patienten-Beziehung, die schließlich zu einem verbesserten Verständnis und einer verbesserten Behandlung des Patienten führen soll (Österreichische Balintgesellschaft, 2007).

Bei **PSY-Diplomen** stehen die Theorie und die Praxis des ärztlichen Gesprächs und die Arzt-Patienten-Beziehung vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells (Psychosoziale Medizin, 2008).

#### Wichtige Punkte

*„Es ist so wunderbar in der Theorie, es klingt so super, sich Zeit nehmen, aber wenn man sich die praktischen Strukturen vor Augen führt, die verschiedenen Charaktere die involviert sind und die verschiedenen Bedürfnisse auf beiden Seiten, dann ist das wahnsinnig schwierig.“*

Wiederum sind sich alle Drei einig, dass das Bemühen und Bestreben vorhanden ist.

*„Als Forscher kann ich sie nur bitten, dass sie vermerken, dass es zu wenig Grundlagenforschung darüber gibt.“*

*„Ich glaube, dass die PSY-Diplome und die Balintgruppen etwas sehr wichtiges sind, vor allem aber die Ausbildung und Praxis im Medizinstudium ganz etwas Wichtiges ist. Die Ausbildung im Medizinstudium ist das allerwichtigste. Die Haltung, die hier vermittelt wird, ist natürlich ganz entscheidend.“*

## **4.4 Demographische Daten**

### **PatientInnenbefragung**

Die befragten Personen sind zwischen 26 und 54 Jahre alt. Es wurden zwei Frauen und zwei Männer befragt. Zwei der befragten Personen gaben als letzte schulische Ausbildung „Mittlere Reife oder Matura“ an, eine/r besuchte zuletzt eine „Universität oder Fachhochschule“ und eine/r beendete ihre/seine Ausbildung mit der „Pflicht- bzw. Berufsschule“. Alle befragten Personen leben in einer Partnerschaft.

### **ÄrztInnenbefragung**

Die befragten Personen sind zwischen 26 und 52 Jahre alt. Es wurden drei Männer und eine Frau befragt, davon sind zwei Allgemeinmediziner, einer ist Turnusarzt und eine ist Turnusärztin. Sie haben ihr Medizinstudium zwischen 1980 und 2006 abgeschlossen.

Die beiden TurnusärztInnen arbeiten seit einem bzw. seit zwei Jahren im Krankenhaus. Die beiden Allgemeinmediziner sind in ihrer Praxis tätig seit 20 Jahren bzw. seit 24 Jahren. Beide sind Kassen-Vertragsärzte.

### **ExpertInnenbefragung**

Die befragten Personen sind zwischen 46 und 62 Jahre alt. Es wurden zwei Männer und eine Frau befragt, davon zwei SozialwissenschaftlerInnen und ein Universitätsprofessor. Sie sind in ihren Berufen tätig seit 1977, 1984 und 1994.



## 4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die PatientInnen sind mit ihren HausärztInnen im Großen und Ganzen zufrieden. Die meisten PatientInnen kennen ihre AllgemeinmedizinerIn schon seit Kindesalter. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung wird von den PatientInnen als gut und wichtig empfunden. Sie fühlen sich bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung nicht überfordert, könnten sich dies jedoch bei so manch älteren Personen vorstellen. Weiters legen die befragten Personen großen Wert darauf ausführlich aufgeklärt und informiert zu werden. Hier würden die PatientInnen auch Entscheidungshilfen zur Hand nehmen. Solche Entscheidungshilfen könnten zum Beispiel Broschüren oder auch ausgewählte Internetseiten sein. Momentan ist das Arzt-PatientInnen-Gespräch meist kurz bemessen, rund fünf bis zehn Minuten nimmt sich die ÄrztIn Zeit. Die PatientInnen würden sich jedoch rund zehn bis zwanzig Minuten für ein Arzt-PatientInnen-Gespräch wünschen. Das Alter der ÄrztInnen spielt grundsätzlich keine Rolle, obwohl die eine oder andere befragte Person schon die Erfahrung gemacht hat, dass jüngere ÄrztInnen noch genauer sind. Ob PatientInnen von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt werden ist großteils egal, wobei eine gewisse Frau zu Frau Basis in der Gynäkologie von den Patientinnen als angenehm empfunden wird.

Für die ÄrztInnen ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung selbstverständlich. Sie sehen einen großen Vorteil der Allgemeinmedizin darin, dass sie meist die gesamte Familie kennen und so einen besonderen Zugang zu ihren PatientInnen haben. In der Praxis spielt der Zeitfaktor keine wesentliche Rolle, im Krankenhaus hingegen ist die Zeit oft knapp bemessen und hemmt somit die Arzt-PatientInnen-Gespräche. Im Bezug auf das Alter, die Bildung und das Geschlecht gibt es für die ÄrztInnen keine relevanten Unterschiede, außer wenn im Alter eine PatientIn demenz wird ist eine gemeinsame Entscheidungsfindung nicht mehr möglich.

Im Medizinstudium hatten die ÄrztInnen keine speziellen Vorlesungen im Bereich der Arzt-PatientInnen-Kommunikation, sie finden dies jedoch sehr wichtig. Das Thema Arzt-PatientInnen-Beziehung kommt in den verschiedensten Fortbildungsmöglichkeiten immer wieder vor und wird von den ÄrztInnen weitest gehend in Anspruch genommen.

Die ExpertInnen finden die paternalistische Arzt-PatientInnen-Beziehung für veraltet und sehen die Zukunft in der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Sie erkennen jedoch auch das ein oder andere Problem bei der Umsetzung von Shared Decision Making in Österreich, da dieses Konzept in Österreich noch nicht den gewünschten Stellenwert einnimmt. Ein erster Schritt dafür ist bereits in der medizinischen Ausbildung getan, da hier das Kapitel der Arzt-PatientInnen-Kommunikation anhand von Explorationspraktiken mit simulierten PatientInnen umgesetzt wird. Weiters wird in der Ärztefortbildung das Angebot der diversen Kommunikationstrainings immer mehr in Anspruch genommen. Das ärztlich-therapeutische Gespräch wird im Praxisalltag jedoch noch nicht so oft verwendet, da es im Vergleich zu einer Blutabnahme nicht so gut honoriert wird.

Die Ergebnisse der vorliegenden Befragung werden im nachfolgenden Kapitel vor dem Hintergrund der aktuellen Forschung diskutiert.

## 5. Diskussion

Der Umstand, dass das „Wissen“ nicht mehr als Machtfaktor angesehen werden kann, trägt zu einem Paradigmenwechsel in der Medizin bei. Der bislang wirksame Leitsatz „Wissen ist Macht“ wird von jenem neuen abgelöst, der das „Wissen beider Partner als unverzichtbare Voraussetzung für eine eigenständige Entscheidung“ bewertet. Zusätzliches Wissen erhöht die autonome Kompetenz, die eine freie und selbst bestimmte Entscheidung ermöglicht (Peintinger, 2003). Hier setzt die neue Selbständigkeit der PatientInnen an. Die PatientIn wird immer mehr zur „KundIn“, die sich umschaute und genau prüft, was für sie das Passende ist. Das gilt nicht nur für chronisch Kranke, sondern auch für jene, die sich vorbeugend informieren möchten. Das bedeutet für die ÄrztIn, dass sie es immer öfter mit vorinformierten „KundInnen“ zu tun hat, welche sich ihre eigene Meinung gebildet haben und so die ärztlichen Diagnosen oft hinterfragen. Weiters ist der Wunsch nach autonomer Entscheidung davon abhängig in welcher Behandlungsphase man sich gerade befindet. In der diagnostischen Phase überlassen die PatientInnen die Verantwortung eher der ÄrztIn, während bei der Entscheidung über Alternativen oder das weitere Vorgehen einer Behandlung, die PatientInnen aktiv mitentscheiden möchten.

Nicht jede PatientIn ist in der Lage, eine auch noch so verständlich gegebene Information zu verstehen. Weiters möchten nicht alle PatientInnen selber entscheiden, bzw. sind nicht in der Lage selbst zu entscheiden (nach Fischer, 1993, zitiert aus Feuerstein und Kuhlmann, 1999). Diese Meinung vertreten auch die interviewten ÄrztInnen, sie sind weiters der Meinung, dass genau in diesem Bereich die Kunst der ärztlichen Handlung liegt. Indem die ÄrztIn entscheiden muss, wie viel sie der PatientIn zumuten kann.

Die Entscheidung der PatientIn hängt im Übrigen nicht unwesentlich von der Art und dem Inhalt der ärztlichen Information ab (nach Fischer, 1993, zitiert aus Feuerstein und Kuhlmann, 1999). Diese Aussage bestätigen wiederum die interviewten PatientInnen, da die ÄrztIn mit ihrer ganzen Art und Weise eine große Rolle in der Arzt-PatientInnen-Beziehung spielt. Die ÄrztIn kann somit die PatientIn in eine gewisse Richtung lenken, diese kann bewusst von der ÄrztIn eingesetzt werden und von der PatientIn unbewusst befolgt werden.

Das Konzept des Shared Decision Making sollte künftig im Kontext unterschiedlicher Erkrankungen untersucht werden. Aus bisherigen Studien ist bekannt, dass der Wunsch der

Patienten, aktiv an der Entscheidungsfindung zu partizipieren, mit zunehmender Schwere der Erkrankung abnimmt. Bisher existieren jedoch noch keine Studien, die mit identischen Messinstrumenten Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen befragen (Scheibler, 2004). Hier besteht eine Herausforderung für die künftige Forschung, eingehend zu untersuchen, wie unterschiedlich Charakteristika des Patienten, des Professionellen und der medizinischen Situation auf die Interaktion einwirken, um diese Erkenntnisse dann in der Praxis der Arzt-Patienten-Interaktion anwenden zu können (Scheibler und Pfaff, 2003).

Little et al. (2001, zitiert aus Klemperer, 2003) haben untersucht, was Patienten von einem Arztbesuch erwarten und worauf sie Wert legen. Die Patienten wurden im Wartezimmer vor dem Arztgespräch befragt. Am häufigsten wurden genannt:

- Kommunikation (88 – 99 Prozent)
- Partnerschaft (77 – 87 Prozent)
- Gesundheitsförderung (85 – 89 Prozent)

Der Wunsch nach einer klinischen Untersuchung (63 Prozent) und nach einer Medikamentenverschreibung (25 Prozent) war weit weniger ausgeprägt.

Diese Studienergebnisse werden durch meine Interviewbefragungen ebenfalls bestätigt, da auch bei diesen Ergebnissen die Arzt-PatientInnen-Gespräche, das Zeit nehmen für die PatientIn und die Vertrauensbasis zur ÄrztIn immer genannt wurde.

PatientInnen wollen informiert werden. Sie möchten verstehen, was nicht in Ordnung ist, dadurch lernen weitere Folgen zu verhindern. Sie versuchen das Arztgespräch bestmöglich für sich zu nutzen, um die Ergebnisse der Untersuchungen und deren Behandlungsfolgen zu verstehen. Sie wollen unterstützt werden, unterstützt werden selber etwas zu tun. Dieses selber etwas tun, zeichnet sich immer mehr dahin gehend ab, dass viele PatientInnen ihre Informationen von diversen Internetseiten herunter laden, was auch verständlich ist, da dies der schnellste und einfachste Zugang ist. Viele PatientInnen lesen im Internet nach, bevor sie eine ÄrztIn aufsuchen, um somit für sich eine gewisse Ausgangsbasis zu schaffen. Dann gibt es wiederum solche PatientInnen, die nach einem Arztbesuch im Internet recherchieren, um dadurch die Aussagen der ÄrztIn überprüfen zu können. Personen, die nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet suchen, müssen den

angebotenen Informationen vertrauen können. Es wäre daher sehr nützlich, wenn es Institutionen gäbe, die für Gesundheitsinformationen im Internet Gütesiegel vergeben. Oder auch Internetportalen und Suchmaschinen, die nur auf qualitätsgesicherte Informationen zugreifen würden. Jedoch zeigt sich, dass PatientInnen das Internet nur zur Informationssuche und zur Überprüfung von Informationen nutzen und grundsätzlich immer eine ÄrztIn aufsuchen. So bleibt es immer die Aufgabe der ÄrztIn, den jeweiligen Informations- und Partizipationswunsch ihrer PatientIn richtig einzuschätzen und die Arzt-PatientInnen-Beziehung entsprechend (paternalistisch oder partnerschaftlich) zu gestalten. ÄrztInnen wollen die PatientInnen informieren und aufklären, ein hemmender Faktor liegt hier oft in der Zeit. Einerseits am Zeitmangel der ÄrztIn und dem routinierten Ablauf, andererseits auch im Denken der PatientInnen, die im vollen Wartezimmer einen gewissen Stressor des Arzt-PatientInnen-Gesprächs sehen.

Das Konzept des Shared Decision Making fand bisher in der europäischen Forschung zu Arzt-Patienten-Interaktion kaum Beachtung, so die Ergebnisse einer Studie von Scheibler (2004). Gleichwohl zeigen internationale Studien die Bedeutung des Shared Decision Making im Hinblick auf wesentliche Gesundheits-Outcomes der Patienten. Insbesondere im Fall von Diagnosen, bei denen keine eindeutige Behandlungsalternative indiziert ist, sondern zwischen mehreren Optionen mit jeweils unterschiedlichen Vor- und Nachteilen gewählt werden muss, scheint die Einbeziehung der Patienten in Behandlungsentscheidungen unabdingbar zu sein. Auch um dem aktuellen gesundheitspolitischen Anspruch gerecht zu werden, die Interessen der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, besteht ein erheblicher Forschungs- und Handlungsbedarf in dieser Richtung (Scheibler, 2004). Hier setzt der Ansatz in Punkto Öffentlichkeitsarbeit an, da im Gesundheitsbereich viel über die PatientInnen erreicht und verändert werden kann. In diesem Falle sind die PatientInnen die betroffenen Personen, welche an einer Krankheit leiden oder noch im Gesundheitsförderungsbereich ansetzen wollen. Menschen reagieren allgemein gut auf massenmediale Informationen. Wenn zum Beispiel etwas über eine neue Behandlungsmöglichkeit bei der Erkrankung „X“ in der Zeitung steht, was für die PatientIn in ihrer momentanen Lebenssituation von Bedeutung ist, wird diese den Artikel aufbewahren und ihre ÄrztIn beim nächsten Arztbesuch darauf ansprechen.

Meiner Meinung nach sind sich viele StudentInnen am Anfang ihres Studiums noch nicht bewusst, dass ein Großteil der ärztlichen Tätigkeit aus Kommunikation besteht. Zu Beginn ist alles sehr theoretisch, jedoch nach dem ersten PatientInnen-Kontakt wird vielen klar, dass die Kommunikation, ein wichtiger Bestandteil der Arzt-PatientInnen-Beziehung ist. So sehen dies auch die befragten ÄrztInnen, sie sind der Meinung, dass man diesen Umgang mit der PatientIn nur durch „learning by doing“ lernen kann. Siegrist (1988) beschreibt dies wie folgt: Wie ein Arzt dem Patienten begegnet, wie er eine Tätigkeit in Angriff nimmt, zu einer bestimmten Entscheidung gelangt und Anordnungen trifft, wie er Fehler vermeidet, notfalls auch eingesteht, wie er Kollegen zu Rate zieht, Mitarbeiter lobt oder tadelt – all dies wird nicht aus Lehrbüchern gelernt, sondern aus vielfältigen Beobachtungen an klinisch Lehrenden gespeichert und im Verlaufe der Ausbildung zu einem persönlichen „Stil“ beruflichen Handelns generiert.

Manche sind jedoch der Meinung, dass man ärztliche Kommunikation nicht lernen kann. Sie sind der Meinung, dass man es im Gefühl hat und so passend agiert oder eben auch nicht. Es würde jedoch niemand behaupten, dass z.B. chirurgische Fähigkeiten nicht erlernt werden können, da sich keiner von einer ÄrztIn operieren lassen würde, welche keine medizinische Ausbildung abgeschlossen hat.

Daher kann man auch Kommunikationstechniken und –verhalten erlernen. Hierbei geht es nicht nur um das Vermitteln von Informationen oder die richtige Technik mit PatientInnen zu kommunizieren, sondern auch um die Spiegelung der eigenen Einstellung und Haltung. Es muss die Kommunikationsfähigkeit der ÄrztInnen gefördert werden, da nur so die Einbeziehung der PatientInnen, welche immer mehr gefordert wird, erfolgen kann.

Im Grunde beruht die Arzt-PatientInnen-Beziehung darauf, dass die ÄrztIn und die PatientIn eine gemeinsame Ebene finden auf der die Kommunikation und der Umgang miteinander stattfindet. Hier ist vor allem das Geschick der ÄrztIn gefragt, die sich bestmöglich auf die PatientIn einstellen muss, um somit das Vertrauen der PatientIn zu gewinnen und dadurch die Basis einer „guten“ Arzt-PatientInnen-Beziehung zu schaffen.

Das folgende Zitat finde ich als sehr gelungen, da es die vergangene, die gegenwärtige und die optimale Arzt-PatientInnen-Beziehung genau definiert.

„Der alte Arzt sprach Latein,  
der junge Arzt spricht Englisch,  
der gute Arzt spricht die Sprache des Patienten.“  
(Leitliniengruppe Hessen, 2007, S. 48)

## 6. Zusammenfassung

Shared Decision Making nimmt eine Mittelstellung ein zwischen der paternalistischen Entscheidungsfindung, bei der die ÄrztIn über Informationen verfügt und Behandlungsentscheidungen trifft und dem Autonomie-Modell, bei dem PatientInnen auf der Grundlage gezielter Informationen eigenständige Entscheidungen treffen.

Im paternalistischen Modell ist die ÄrztIn eine überlegene ExpertIn anhand ihres Fachwissens. Die ÄrztIn darf auf väterlich-fürsorgliche Weise für die PatientIn entscheiden, auch gegen deren Willen. Die PatientIn ist diesem Wissen ausgeliefert und muss somit die Anweisungen der ÄrztIn akzeptieren. Die PatientIn wird als Objekt der Behandlung gesehen und wird dadurch an der Entscheidungsfindung nicht beteiligt.

Beim Shared Decision Making Modell (Partnerschaftsmodell) nimmt die ÄrztIn eine beratende Funktion ein und ermöglicht dadurch der PatientIn eine selbstständige Entscheidung. Die PatientIn wird aus rechtlichen Gründen in die Behandlungsabläufe einbezogen. Dieses Konzept verbessert die Arzt-PatientInnen-Kommunikation, unterstützt die eigene Entscheidungsfähigkeit der PatientIn und schützt die PatientIn vor dem übergeordneten Machtverhältnis der ÄrztIn.

Eine Internetbefragung des British Medical Journal aus dem Jahr 1999 zeigt, dass etwa 85 Prozent der PatientInnen eine gemeinsame Entscheidungsfindung bevorzugen würden.

### **Wo befinden wir uns auf dem Weg von der paternalistischen Arzt-PatientInnen-Beziehung zu Shared Decision Making?**

Shared Decision Making hat in Österreich noch nicht den erwünschten Stellenwert erreicht. Wobei der erste Schritt in der medizinischen Ausbildung bereits getan ist. Mit den Explorationspraktiken und der Erweiterung der Kommunikationstechniken, bezüglich Arzt-PatientInnen-Gespräch, in diversen Vorlesungen wurde schon einiges erreicht. Weiters werden immer mehr Kommunikationstrainings für bereits praktizierende ÄrztInnen angeboten. Diese Fortbildungsprogramme werden von den ÄrztInnen auch zunehmend gut besucht, da die PatientInnen immer mehr Information und Aufklärung fordern.



### **Wann kann Shared Decision Making angewendet werden?**

Nicht jede Erkrankung und nicht jede Phase im Behandlungsprozess sind gleich gut geeignet für den Einsatz von Shared Decision Making. Wenn bei Erkrankungen eindeutige Diagnose- und Behandlungsabläufe vorliegen ist Shared Decision Making eher weniger geeignet. Umso geeigneter ist dieses Konzept für chronische, unspezifische und schwer zu diagnostizierende Erkrankungen, sowie bei Erkrankungen mit mehreren Behandlungsalternativen oder auch bei unterschiedlichen Nebenwirkungen, welche von den PatientInnen für sich selbst abgewogen werden müssen.

### **Umsetzung des Shared Decision Making Konzeptes**

- Die PatientIn sollte am Entscheidungsprozess beteiligt werden.
- Die PatientIn sollte mit der ÄrztIn einer Meinung sein, dass ein Problem besteht für das eine Entscheidung zu treffen ist.
- Die ÄrztIn sollte die Erwartungen und die Ängste der PatientIn erkennen.
- Die ÄrztIn sollte der PatientIn die verschiedenen Behandlungsoptionen erläutern.
- Die ÄrztIn sollte der PatientIn Informationen geben.
- Die ÄrztIn sollte die Reaktion der PatientIn auf die gegebene Information überprüfen.
- Die ÄrztIn sollte akzeptieren, dass die PatientIn mitentscheiden möchte.

### **Welche Probleme verhindern die Anwendung von Shared Decision Making?**

- Zeitmangel
- Die Machtbeziehung zwischen ÄrztIn und PatientIn droht zu kippen.
- Oft beeinflussen frühere Erfahrungen der ÄrztIn oder auch der PatientIn die Behandlungsentscheidung.
- Es fehlen die Erfahrung und Lehrprogramme.
- ÄrztInnen haben meist noch nicht die Fähigkeit, PatientInnen bei der Entscheidung mit einzubeziehen.
- Fehlende Information über den Nutzen und die Risiken.

### **Wie wirkt sich SDM auf die Behandlungsergebnisse aus?**

Nach Meinung von Klemperer (2003) wirkt sich die Beteiligung der Patienten an der Entscheidungsfindung günstig auf die Behandlungsergebnisse aus. Die Beteiligung der Patienten geht mit der Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse einher. Ärzte verbessern ihre Behandlungsergebnisse, wenn sie die Bedürfnisse der Patienten nach Information, nach Angstminderung und nach Empathie befriedigen. Die Wirksamkeit ist in erster Linie für psychologische Parameter von Behandlungsergebnissen belegt. Einige Erkenntnisse liegen aber auch für physiologische Maße vor. Die „wirksamen“ Komponenten der Arzt-Patient-Kommunikation sind: aktives Zuhören, Empathie, klare Information und Einigkeit über das Vorgehen.

### **Wie ist die PatientInnenbeteiligung aus Sicht der ÄrztInnen und aus Sicht der PatientInnen?**

Die ÄrztInnen beteiligen die PatientInnen immer mehr an der Entscheidungsfindung, vorausgesetzt es gibt verschiedene Behandlungsalternativen, die sie den PatientInnen anbieten können und eine weitere Voraussetzung dafür ist, dass die PatientIn auch wirklich mitentscheiden möchte. PatientInnen fordern weitestgehend eine gemeinsame Entscheidungsfindung, da sie aktiv an Behandlungsabläufen mitwirken wollen. Viele PatientInnen informieren sich zusätzlich zum Arztgespräch im Internet oder lesen in diversen Fachzeitschriften nach, um somit die Behandlung auswählen zu können, die für sie am besten geeignet ist.

### **Wie wird mehr PatientInnenbeteiligung erreicht?**

Um zu gewährleisten, dass die Behandlungsempfehlung der ÄrztIn von der PatientIn auch umgesetzt wird, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Kooperation erforderlich. Nur wenn die PatientIn aufgrund ihrer eigenen Krankheitsvorstellungen nachvollziehen kann, dass eine Behandlungsmaßnahme sinnvoll ist, wird er/sie diese auch im Alltag umsetzen.

**Die Ergebnisse dieser Untersuchung ergeben, dass in vier Bereichen interveniert werden sollte:**

- Erstens beim Fortbildungsprogramm für ÄrztInnen, hier müssten die Kommunikationstrainings und spezielle Interaktionstrainings gefördert werden.
- Zweitens durch die Entwicklung von Entscheidungshilfen, so genannten Decision Aids (ausführliche Informationen über die Diagnose und Behandlungsalternativen) für die PatientInnen.
- Drittens müssen vermehrt PatientInnenschulungen angeboten werden.
- Und viertens sollte das Thema der PatientInnenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen mehr durch Öffentlichkeitsarbeit publik gemacht werden.

## **7. Schlussfolgerung**

Da nur elf Personen interviewt wurden ist diese Studie nicht als repräsentativ zu bezeichnen, was auch nicht das Ziel war. Da das Thema „Shared Decision Making“ sehr umfangreich ist hätten für eine repräsentative Umfrage viel mehr Personen mittels Fragebogen und anschließenden Interviews befragt werden müssen. Dies hätte jedoch den Rahmen dieser Arbeit gesprengt und wäre für eine einzelne Person als Interviewerin in der vorgegebenen Zeit problematisch gewesen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bieten jedoch eine Grundlage für die Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen und neuen Ansätzen. Ganz allgemein war es ein Anliegen in dieser Arbeit eine Standortbestimmung der Arzt-PatientInnen-Beziehung aufzuzeigen, um daraus mögliche Umsetzungsschritte für die Zukunft ableiten zu können.

## 8. Literaturverzeichnis

ÄRZTLICHES QUALITÄTSZENTRUM (2008): Ein Service der Ärztekammer für Oberösterreich

<http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/index.htm>?<http://www.aerztliches-qualitaetszentrum.at/de/qualitaetszirkel/qualitaetszirkel.php> (14.02.08)

BÜRGER C. (2003): Patientenorientierte Information und Kommunikation im Gesundheitswesen, Wiesbaden, Deutscher Universitäts-Verlag

COCHRANE (2008): Decision Aids <http://www.cochrane.org/> und <http://decisionaid.ohri.ca/> (4.05.08)

DEUTSCHMANN S. (2003): PatientInnenbeteiligung durch Gesundheitsinformation – das Gesundheitsinformations-Zentrum ein Modellprojekt der Salzburger Gebietskrankenkasse. In: Meggeneder O. (Hrsg.) (2003): Unter-, Über- und Fehlversorgung – Vermeidung und Management von Fehlern im Gesundheitswesen, Frankfurt am Main, Mabuse-Verlag

DFP RICHTLINIEN (2007): Österreichische Ärztekammer  
[http://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/dfpPdfs/DFP\\_Richtlinie.pdf](http://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/dfpPdfs/DFP_Richtlinie.pdf)  
(29.12.07)

FALLER H.; LANG H. (2006): Medizinische Psychologie und Soziologie, 2. Auflage, Heidelberg, Würzburg, Springer Verlag

FELDER-PUIG R. (2006): Das ärztlich-therapeutische Gespräch – Die Effektivität verstärkter Arzt-Patienten-Kommunikation – Ein Kurz-Assessment, Wien, Ludwig Boltzmann Institut

FEUERSTEIN G.; KUHLMANN E. (1999): Neo-paternalistische Medizin – Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patienten-Verhältnis, Bern, Hans Huber Verlag

KASPER J.; LENZ M. (2005): Kriterien zu Entwicklung und Beurteilung von Decision Aids In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 99, S. 359 – 365

KLEMPERER D. (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzept der Arzt-Patient-Kommunikation, Berlin, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health

KÖLLNER V.; BRODA M. (2005): Praktische Verhaltensmedizin, Stuttgart, Thieme Verlag

KRANICH CH. (2001): Der Patient im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Kosten. In: MICHAELIS W. (2001): Der Preis der Gesundheit, Landsberg/Lech, Ecomed

KUCKATZ U. (2007): Lehrbuch – Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten, 2. Auflage, Verlag für Sozialwissenschaften

LAMNEK S. (2005): Qualitative Sozialforschung, Lehrbuch, 4. Auflage, Weinheim, Basel, Beltz Verlag

LEITLINIENGRUPPE HESSEN (2007): Hausärztliche Leitlinien, Hausärztliche Gesprächsführung, Version 1.01

LENZ G. (2007): Explorationspraktikum mit simulierten Patienten in der Psychiatrie. Unveröffentlichtes Vorlesungsmanuskript, Wien

LENZ G.; KATSCHNIG H. (2000): Explorationsleitfaden Psychiatrie für Praktikum und Rigorosum, Version 4.1 (Sommersemester), Universitätsklinik für Psychiatrie Wien

MAXQDA (2007): The Art of Text Analysis

<http://www.maxqda.de/downloads/mxintro.pdf>, <http://www.maxqda.de/service/tutorial>  
(12.05.08)

MAYRING P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 5. Auflage, Weinheim, Basel, Beltz Verlag

MAYRING P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 8. Auflage, Weinheim, Deutscher Studien Verlag

ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER (2007): Diplom-Fortbildungs-Programm der Österreichischen Ärztekammer, Richtlinien zur kontinuierlichen Fortbildung von Ärzten (gemäß § 118 Absatz 2 Z 17 ÄrzteG)

ÖSTERREICHISCHE BALINTGESELLSCHAFT (2007): Balint-Gruppen  
<http://www.oeqmed.at/index.php?id=35> (22.12.07)

PEINTINGER M. (2003): Therapeutische Partnerschaft – Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung, Wien, Springer Verlag

PFEIFFER K. (2002): Gesundheitsinformation im Internet. In: Meggeneder O., Hengl W. (Hrsg.) (2002): Gesundheitswissenschaften, Der informierte Patient – Anspruch und Wirklichkeit, Band 21, Linz, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

PSYCHOSOZIALE MEDIZIN (2008): Psychosoziale Medizin 1  
[http://www.psy-graz.at/Psy1Progr\\_08W.pdf](http://www.psy-graz.at/Psy1Progr_08W.pdf) (22.12.07)

SCHEIBLER F. (2004): Shared Decision Making, Von der Compliance zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung, Bern, Hans Huber Verlag

SCHEIBLER F. (2005): Shared Decision Making, Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK (Die Gesundheitskasse)

SCHEIBLER F.; PFAFF H. (2003): Shared Decision-Making, Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Weinheim, München, Juventa Verlag

SCHEIBLER F.; SCHWANTES U.; KAMPMANN M.; PFAFF H. (2005): Shared Decision Making In: G (Gesundheit) & G (Gesellschaft) Wissenschaft 1/2005, S. 23 – 31

SCHULZ VON THUN F. (2005): Miteinander reden 1 – Störungen und Klärungen, Allgemeine Psychologie der Kommunikation, Hamburg, Rowohlt

SCHWARTZ F. W.; BADURA B.; LEIDL R.; RASPE H.; SIEGRIST J. (1998): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen, München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg

SHARED DECISION MAKING (2008): Patient als Partner <http://www.shared-decision-making.org/> (4.01.08)

SIEGRIST J. (1988): Medizinische Soziologie, 4. Auflage, München, Wien, Baltimore, Urban & Schwarzenberg

UEXKÜLL T. (2003): Psychosomatische Medizin, Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, München, Urban & Fischer

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D. (2000): Menschliche Kommunikation, Bern, Hans Huber Verlag

WITZEL A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung – Überblick und Alternativen, Frankfurt, Campus

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1994): A declaration on the promotion of patient's rights in europe [http://www.who.int/genomics/public/eu\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf) (17.05.08)



## **9. Anhang**

Anhang 1: PatientInneninformation

Anhang 2: Einverständniserklärung

Anhang 3: Interviewleitfäden

# **PatientInneninformation**

Guten Tag!

Herzlichen Dank, dass Sie bereit sind, dieses Gespräch mit mir zu führen.

Mein Name ist Sabine Gollner, ich studiere berufsbegleitend an der UMIT in Hall in Tirol und dieses Interview ist Teil meiner Masterarbeit.

Das Ziel dieser Arbeit ist es die Arzt-PatientInnen-Beziehung zu ermitteln und Wegweiser für die Zukunft in Richtung PatientInnenbeteiligung zu finden.

Sie können mir nun helfen, indem Sie mir Ihre persönliche Meinung als PatientIn/ÄrztIn/ExpertIn zu den Erfahrungen, die Sie bis jetzt im Umgang mit ÄrztInnen/PatientInnen gemacht haben erzählen.

Alles was Sie erlebt, erfahren und beobachtet haben ist mir wichtig. Denn nur, wenn wir Ihre Ansichten genau kennen, können wir dazu beitragen, dass Ihre Sichtweisen und Bedürfnisse stärker im Praxisalltag und somit auch im Gesundheitswesen berücksichtigt werden können.

Mit Ihrer Hilfe können Aussagen darüber getroffen werden, welche weiteren Themenbereiche in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung besonders berücksichtigt werden sollten.

Möchten Sie noch etwas über mich wissen, bevor wir anfangen?

Haben Sie noch eine Frage zum Ablauf des Gesprächs?

Dann können wir anfangen.

## **Einverständniserklärung**

### **Interviewnummer** (auf dem Band vermerken!!!)

---

## **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Masterarbeit „PatientInnenbeteiligung – Der Weg von paternalistischen Arzt-PatientInnen-Beziehung zu Shared Decision Making“ der UMIT in Hall in Tirol in Zusammenarbeit mit der OÖGKK an einem Interview teilnehme.

Dabei wird das Gespräch auf Tonband aufgezeichnet.

Meine Angaben dürfen für die Zwecke dieser Masterarbeit in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden. Dabei muss der Datenschutz gewährleistet sein.

Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person ermöglichen), an Dritte weitergegeben werden.

Diese Einverständniserklärung sowie alle Angaben, die eine Identifizierung meiner Person ermöglichen, werden nach Abschluss dieser Arbeit vernichtet.

### **Ja, ich nehme an dieser Befragung mittels Interview teil**

(Tragen Sie bitte Ihren Namen in Blockbuchstaben ein)

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Interviewleitfaden PatientInnen

Interviewnummer: .....

Datum des Interviews: .....

Ort des Interviews: .....

Dauer des Interviews: von.....Uhr bis .....Uhr

Wie oft pro Jahr gehen Sie zum praktischen Arzt(Allgemeinmediziner)? .....

Haben Sie eine chronische Erkrankung?      ja      nein

Wie sind Sie krankenversichert?    Gesetzliche KV    Privat versichert    beides

### STANDORTBESTIMMUNG

Was erwarten Sie von einem Arztbesuch und wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

Wie würden Sie Ihr Verhältnis zu Ihrem Arzt beschreiben?

Was halten Sie von gemeinsamer Entscheidungsfindung?

Glauben Sie, dass der Therapieerfolg besser verläuft, wenn Sie mitbestimmen?

Welche Vorteile und Nachteile sehen Sie, wenn Sie mitbestimmen können?

In welchem Ausmaß werden Sie von Ihrem Arzt bei der Entscheidungsfindung beteiligt?

Fühlen Sie sich überfordert, wenn Sie mitentscheiden können?

Bei Ihrer Erfahrung mit verschiedenen Ärzten und Ärztinnen, welche Unterschiede sind Ihnen aufgefallen?

Glauben Sie, dass das Alter des Arztes eine Rolle spielt im Umgang mit dem Patienten?

Macht es einen Unterschied, ob Sie von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt werden?

## WEGWEISER

Wie würden Sie den Zeitaufwand für ein Arzt-Patienten-Gespräch und dem diagnostischen Maßnahmen aufteilen?

Wie viel Zeit würden Sie sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung wünschen?

Was ist Ihrer Meinung nach wichtig, um mitbestimmen zu können?

Welche Entscheidungshilfen würden Sie bevorzugen?

Haben wir Ihrer Meinung nach etwas Besonderes vergessen?

Gibt es noch wichtige Punkte, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden?

Vielen Dank für dieses Gespräch!

Alter: .....

Geschlecht:  männlich     weiblich

Ledig     Partnerschaft     Verheiratet

Beruf (oder zuletzt ausgeübter Beruf): .....

Tätig im Beruf seit: .....

Seit wann sind Sie in Pension? .....

Welche Schule oder Ausbildung haben Sie zuletzt absolviert?

Pflichtschule/Berufsschule     Mittlere Reife, Matura     Universität, FH

## **Interviewleitfaden ÄrztInnen**

Interviewnummer: .....

Datum des Interviews: .....

Ort des Interviews: .....

Dauer des Interviews: von.....Uhr bis .....Uhr

Wie viele Patienten haben Sie im Durchschnitt pro Tag? .....

### **STANDORTBESTIMMUNG**

Was halten Sie davon, dass der Arzt und der Patient die Therapieentscheidung gemeinsam treffen und die Verantwortung dabei geteilt wird?

Wie viel Zeit beansprucht die gemeinsame Entscheidungsfindung in Konsultationen mit den Patienten?

In welchem Ausmaß beteiligen Sie Patienten bei der Entscheidungsfindung?

Schlagen Sie dem Patienten verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vor?

Vorteile und Nachteile für Sie, wenn Patienten mitbestimmen?

Wann und bei wem ist Ihrer Meinung nach eine gemeinsame Entscheidungsfindung geeignet?

Welche Faktoren spielen für Sie eine Rolle in der gemeinsamen Entscheidungsfindung?

Glauben Sie, dass Patienten überfordert sind, wenn sie mitentscheiden sollen?

Welche positiven und negativen Aspekte sehen Sie bei vorinformierten Patienten?

Welche Möglichkeiten der Entscheidungshilfe für Patienten finden Sie am effektivsten?

Glauben Sie, dass das Alter des Arztes eine Rolle spielt im Umgang mit dem Patienten?

Unterschied für Patienten Arzt oder Ärztin?

Das ärztlich-therapeutische Gespräch im Praxisalltag, wie wird das angewendet bzw. verrechnet?

Haben Sie während des Medizinstudiums Vorlesungen über Arzt-Patienten-Beziehung oder Kommunikation mit Patienten gehabt?

Haben Sie im Rahmen Ihrer Fortbildungen auch Kommunikationsausbildungen gemacht?

## WEGWEISER

Schritte der Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung?

Wie könnte man die bestehenden Ansätze weiter verstärken?

Wie verhindern die Arbeitsbedingungen die Förderung der Arzt-Patienten-Kommunikation?

Spielt der Faktor Zeit hier eine gewisse Rolle?

Was würden Sie sich als Fortbildungsangebot wünschen?

Was könnte man für junge Ärzte, die jetzt mit dem Studium fertig werden anders bzw. besser machen?

Haben wir Ihrer Meinung nach etwas Besonderes vergessen?

Gibt es noch wichtige Punkte, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden?

Vielen Dank für dieses Gespräch!

Alter: .....

Geschlecht:  männlich     weiblich

Studium abgeschlossen: .....

als Allgemeinmediziner tätig in Ihrer Praxis seit: .....

Vertragsarzt     Wahlarzt

# **Interviewleitfaden TurnusärztInnen und ExpertInnen**

Interviewnummer: .....

Datum des Interviews: .....

Ort des Interviews: .....

Dauer des Interviews: von.....Uhr bis .....Uhr

Welche Kurse/Seminare/Lehrveranstaltungen werden an der Med. Uni Wien/Graz im Rahmen der Arzt-Patienten-Kommunikation angeboten?

Explorationspraktikum mit simulierten Patienten – erzählen Sie mir bitte mehr darüber...

Pflichtfach Medizinische Psychologie, was wird in diesem Fach gelehrt?

Lernen Studierende in diesem Fach etwas über die Arzt-Patienten-Kommunikation?

## **STANDORTBESTIMMUNG**

Wie würden Sie aus beruflicher Erfahrung den derzeitigen Standpunkt in der Arzt-Patienten-Beziehung beschreiben?

Was halten Sie davon, dass der Arzt und der Patient die Therapieentscheidung gemeinsam treffen und die Verantwortung dabei geteilt wird?

Welche Faktoren spielen für Sie eine Rolle in der gemeinsamen Entscheidungsfindung?

Wann und bei wem ist Ihrer Meinung nach eine gemeinsame Entscheidungsfindung geeignet?

Glauben Sie, dass Patienten überfordert sind, wenn sie mitentscheiden sollen?

Welche Möglichkeiten der Entscheidungshilfe für Patienten finden Sie am effektivsten?

Welche positiven und negativen Aspekte sehen Sie bei vorinformierten Patienten?

Glauben Sie, dass das Alter und somit die Erfahrung des Arztes im Umgang mit dem Patienten eine Rolle spielt?



## WEGWEISER

Was würden Sie am Medizinstudium noch ändern um Ärzten bessere Kommunikation mit Patienten zu lehren?

Ärzte Aus- und Fortbildung – Fähigkeiten für SDM vermitteln

Was würden Sie an den Fortbildungen für Ärzte ändern, um die Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern?

Welche Chancen und Gefahren sind von verstärkter Patientenbeteiligung zu erwarten?

SDM in Zukunft?

Schritte der Umsetzung von gemeinsamer Entscheidungsfindung?

Wie verhindern die Arbeitsbedingungen die Förderung der Arzt-Patienten-Kommunikation?

Haben wir Ihrer Meinung nach etwas Besonderes vergessen?

Gibt es noch wichtige Punkte, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden?

Vielen Dank für dieses Gespräch!

Alter: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich

Beruf: .....

in diesem Beruf tätig seit: .....

Wann haben Sie Ihr Studium abgeschlossen? .....

# Interviewleitfaden ExpertInnen

Interviewnummer: .....

Datum des Interviews: .....

Ort des Interviews: .....

Dauer des Interviews: von.....Uhr bis .....Uhr

Was fällt Ihnen zu paternalistischer Arzt-Patienten-Beziehung ein?

Schlagwort Shared Decision Making in Österreich – was fällt Ihnen dazu ein?

Welche Vorteile und Nachteile sehen Sie, wenn Patienten mehr mitbestimmen?

## STANDORTBESTIMMUNG

Wie würden Sie aus beruflicher Erfahrung den derzeitigen Standpunkt in der Arzt-Patienten-Beziehung beschreiben?

Wie sehen Sie das Verhalten des Arztes momentan, eher paternalistisch oder schon Richtung SDM?

Wann und bei wem ist SDM geeignet?

Macht es einen Unterschied, ob Sie von einem Arzt oder einer Ärztin behandelt werden?

Glauben Sie, dass das Alter des Arztes im Umgang mit dem Patienten eine Rolle spielt?

## WEGWEISER

Schritte der Umsetzung von SDM?

Vorteile und Nachteile von SDM?

Sollte man die bestehenden Ansätze weiter verstärken in Richtung SDM?

Um SDM zu ermöglichen müssen die Strukturen des Gesundheitssystems geeignet sein, wie könnten solche Rahmenbedingungen Ihrer Meinung nach aussehen?

Hat SDM in Zukunft eine Chance?

Welche Chancen und Gefahren sind von verstärkter Patientenbeteiligung zu erwarten?

Wie würden Sie den Weg der Arzt-Patienten-Beziehung in den nächsten Jahren einschätzen?

Was würden Sie am Medizinstudium ändern um Ärzte bessere Kommunikation zu lehren?

Was würden Sie an den Fortbildungen für Ärzte ändern, um die Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern?

Haben wir Ihrer Meinung nach etwas Besonderes vergessen?  
Gibt es noch wichtige Punkte, die bisher noch nicht berücksichtigt wurden?

Vielen Dank für dieses Gespräch!

Alter: .....

Geschlecht:  männlich  weiblich

Beruf: .....

Wann haben Sie Ihr Studium abgeschlossen? .....

in diesem Beruf tätig seit: .....