

Patientenperspektiven 2016

Qualitative Studie zu Erfahrungen,
Erwartungen und Nutzungsmustern von
Patientinnen und Patienten in Deutschland

30. August 2016

Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler
Patientenprojekte GmbH

Für die



Kassenärztliche
Bundes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts



© **Patientenprojekte GmbH**

Laerstr. 55 | 33775 Versmold

Tel.: 0800 / 5678 123

E-Mail: schmidt-kaehler@patientenprojekte.de

www.patientenprojekte.de

Amtsgericht Gütersloh | HRB 10343

Geschäftsführer: Dr. Sebastian Schmidt-Kaehler

August 2016

**Für die
Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Inhalt

01	Zu diesem Bericht	4
02	Methodik	5
02.1	Fokusgruppen	5
02.2	Inhalte	5
02.3	Auswertung und Ergebnisdokumentation	7
03	Teilnehmerinnen und Teilnehmer	9
04	Ergebnisse	11
04.1	Wartezeiten auf einen Arzttermin	11
04.2	Versorgungssteuerung durch den Hausarzt	14
04.3	Nutzung von Notfallambulanzen	18
04.4	Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte	21
04.5	Elektronischer Informationsaustausch	23
04.6	Arzt-Patienten-Interaktion	26
04.7	Aufklärung und Verständigung	30
05	Literatur	33

01

Zu diesem Bericht

Seit nunmehr einem Jahrzehnt führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fast jährlich repräsentative Versichertenbefragungen durch, um die gesundheitliche Versorgung aus der Patientenperspektive zu untersuchen. In der Zeit von März bis Mai 2016 hat die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV mehr als 6.000 Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt (vgl. Forschungsgruppe Wahlen 2016). Auch in diesem Jahr wurde die quantitative Studie durch eine qualitative Untersuchung ergänzt. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie werden in diesem Bericht vorgestellt.

Im Rahmen der Untersuchung wurden in vier deutschen Städten Fokusgruppen durchgeführt. Inhaltlich ging es dabei um unterschiedliche Themenblöcke wie Versorgungssteuerung, Digitalisierung oder Arzt-Patienten-Interaktion. Ziel der Untersuchung war es, Erfahrungen, Einstellungen und Handlungsmuster von (potenziellen) Nutzern der gesundheitlichen Versorgung zu erschließen.

Nach erfolgter Transkription wurden die Gruppendiskussionen inhaltsanalytisch ausgewertet und verdichtet. Die Ergebnisse wurden in Form sogenannter ‚Diskussionskarten‘ visualisiert, in Textform zusammengefasst und anhand ausgewählter Originalzitate illustriert. Nach einer Beschreibung der methodischen Vorgehensweise und des Teilnehmerkreises werden die Ergebnisse zu den einzelnen Themenstellungen differenziert vorgestellt.

Die Patientenprojekte GmbH dankt allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fokusgruppen, die mehrere Stunden ihrer Zeit geopfert haben, um Ihre Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland zu teilen. Ihre Schilderungen leisten einen Beitrag zur Gewinnung neuen Wissens und helfen den professionellen Akteuren des Gesundheitssystems, die Versorgung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten.

VORBEMERKUNG

Bezüglich der hier vorgestellten qualitativen Aussagen und Befunde wird keine Repräsentativität für die Bevölkerung in Deutschland beansprucht. Ziel qualitativer Untersuchungen ist nicht die Generierung bevölkerungsrepräsentativer Aussagen, sondern die Gewinnung von Informationen zur Ableitung explorativer Hypothesen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze. Um Argumentationslinien, Meinungsbilder und Einstellungen möglichst umfassend und vollständig beschreiben zu können, werden auch die Positionen und Ansichten einzelner Teilnehmerinnen und Teilnehmer berücksichtigt.

02 Methodik

02.1 Fokusgruppen

Um mittels qualitativer Verfahren vertiefende Informationen zu ausgewählten Themenkomplexen zu ermitteln, wurden für diese Studie Fokusgruppen (Stewart & Shamdasani 1990, Bortz & Döring 2005) eingesetzt. Diese Methode eignet sich gut, um Erfahrungen und Bedürfnisse, Motive, Einstellungen und Handlungsmuster von (potenziellen) Nutzern der gesundheitlichen Versorgung zu erschließen. Die gegenseitige Stimulation von Antworten durch die Teilnehmenden weckt Erinnerungen und produziert unterschiedliche Sichtweisen auf ein Thema. Zudem erweitert sich im kommunikativen Austausch der Reflexionsrahmen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, so dass sich im Ergebnis ein breites Meinungsspektrum herausarbeiten lässt.

Anders als bei quantitativen Verfahren lassen sich auf diesem Wege keine für die Bevölkerung bzw. die Patientinnen und Patienten in Deutschland repräsentativen Aussagen ableiten. Stattdessen schafft der offene Charakter der Fokusgruppe aber Transparenz über die Gedanken- und Erlebniswelt der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und erlaubt die Ableitung explorativer Hypothesen, Erklärungsmuster und Interpretationsansätze. Die Untersuchung ist somit als komplementäres Element der in diesem Jahr durchgeführten, quantitativen Versicherungsbefragung zu verstehen.

Die Durchführung der insgesamt vier Fokusgruppen erfolgte im Mai 2016 in den Städten Berlin, Köln, Leipzig und Frankfurt. Insgesamt beteiligten sich 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Diskussionen, die mittels eines Leitfadens im Sinne eines teilstandardisierten Interviews strukturiert wurden.

Die Moderation der jeweils sechs- bis siebenköpfigen Gruppen erfolgte in allen Fällen durch einen

Moderator und einen Co-Moderator. Ihre Aufgabe war es, das Gespräch mittels Moderations- und Gesprächsführungstechnik auf ein vorgegebenes Thema zu fokussieren und auf die (individuellen) Erfahrungen und Sichtweisen der Teilnehmer zu richten. Die dabei zur Anwendung kommende Methodik folgte den für Fokusgruppen typischen Regeln nach Flick (2006) und Bohnsack (2005), das heißt, die Teilnehmer wurden gebeten, ihre Sichtweisen und Erfahrungen zu den vorgegebenen Themenbereichen darzulegen und miteinander zu diskutieren.

Die jeweils 90-minütigen Fokusgruppen wurden mit Einverständnis aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf Video aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

02.2 Inhalte

Die Inhalte der Gruppendiskussionen orientierten sich an einem einheitlichen Gesprächsleitfaden mit vorgegebenen Themen. Innerhalb dieser Themenblöcke hatten die Moderatoren die Möglichkeit, den Diskussionsverlauf flexibel zu gestalten. Die Festlegung der Themen erfolgte im Vorfeld der Teilnehmerrekrutierung. Dabei sollten die in den Fokusgruppen behandelten Themen die Fragen der quantitativen Versicherungsbefragung aufgreifen und ggf. vertiefen oder ergänzen.

Konkret wurden sieben Einzelthemen aus drei Themenblöcken gesetzt, die sich mit der Organisation der gesundheitlichen Versorgung, der Digitalisierung und der Arzt-Patienten-Interaktion beschäftigten. Der Ablaufplan auf der folgenden Seite listet die einzelnen Themen auf.

Jede Fokusgruppe begann mit der Begrüßung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie mit einer Einführung in den organisatorischen Rahmen und

den Hintergrund der Untersuchung. Nach einer Aufklärung über Datenschutz und Videoaufzeichnung wurden Diskussionsregeln vorgestellt, die sich vor allem auf einen vertraulichen und respektvollen Umgang der Gruppenmitglieder untereinander bezogen. Zum Einstieg wurden Alle gebeten, ihren letzten Berührungspunkt mit dem Gesundheitssystem zu beschreiben. Im Anschluss

wurden die in Abbildung 2 beschriebenen Themenblöcke diskutiert. Zum Abschluss sollten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch einmal beschreiben, welcher Aspekt der Diskussion ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist.

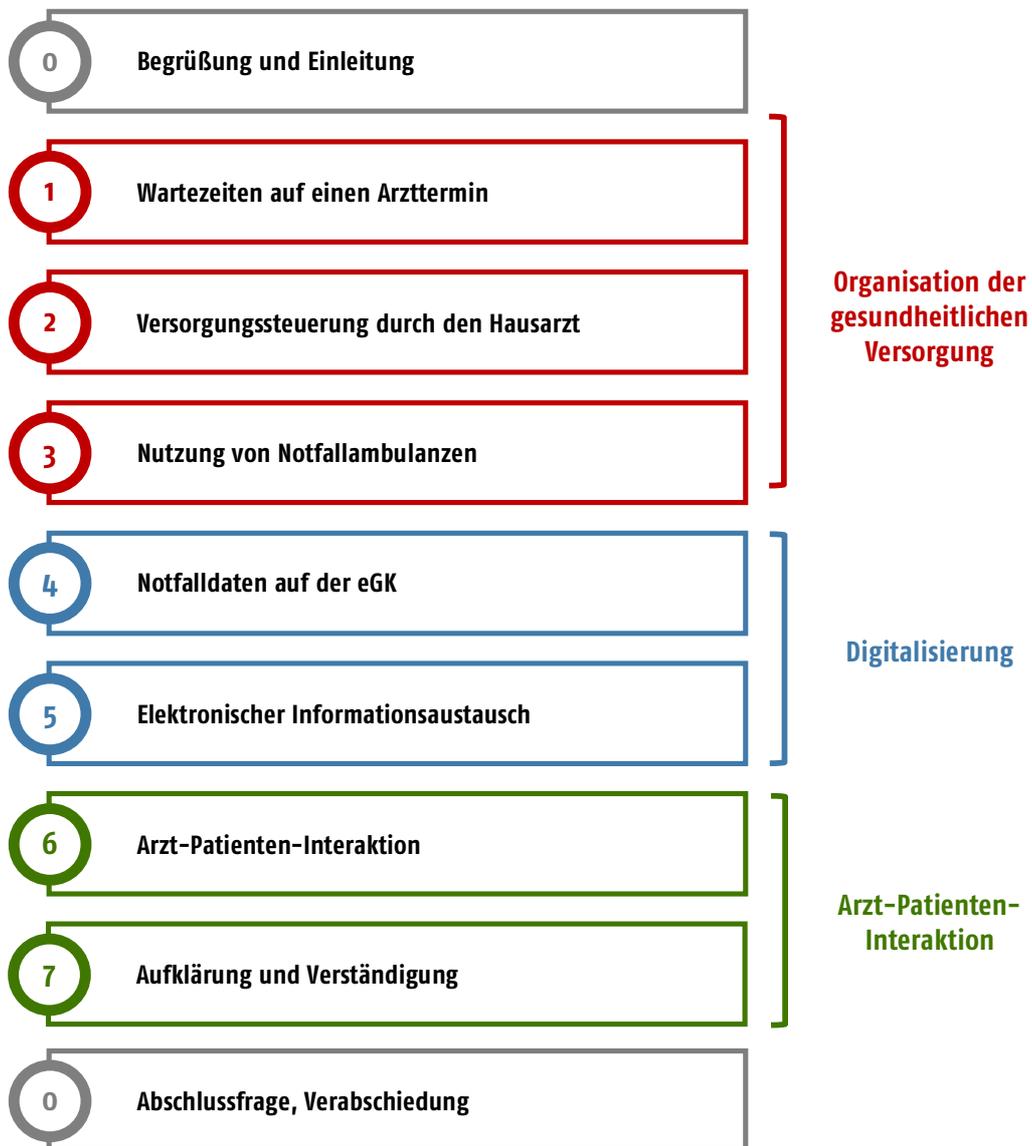


Abbildung 1: Die sieben Themen der Fokusgruppen

02.3 Auswertung und Ergebnisdokumentation

Die vier Fokusgruppen wurden auf Basis der Videoaufzeichnungen vollständig transkribiert. Dabei kam das vereinfachte Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2013) zur Anwendung. Um hohen Ansprüchen an Datenschutz und Datensparsamkeit gerecht zu werden, wurden die Videoaufnahmen im Anschluss an die Transkription gelöscht. Die Auswertung der pseudonymisierten Transkripte erfolgte anschließend gemäß der themenspezifischen Analyse nach Krueger und Casey (2009). Die hierzu erstellte deskriptiv-reduktive Inhaltsanalyse reduziert die Fülle des Datenmaterials und führt zum Informationsgewinn.

Im Rahmen der Analyse wurden die geäußerten Positionen, Argumente und Meinungen systematisch herausgearbeitet, verdichtet und miteinander

in Beziehung gesetzt. Im Interesse einer möglichst multiperspektivischen Analyse wurde die vom Co-Moderator durchgeführte Auswertung in einem Review-Verfahren durch zwei weitere Personen überprüft.

Im Rahmen der Analyse wurden insgesamt 89 Aussagen, Argumente und Positionen identifiziert. Sie wurden den Themenblöcken inhaltlich zugeordnet, in ein hierarchisches Ordnungssystem gebracht und kodiert. Das Ergebnis wurde im nächsten Schritt anhand einer aus dem angelsächsischen Bildungssystem entlehnten Methode visualisiert: Das sogenannte ‚Argument Mapping‘ (Harrel 2010) kann durch die grafische Abbildung einer Debatte helfen, die logische Struktur von Argumentationslinien offenzulegen. Die geäußerten Argumente werden dabei ähnlich den Hierarchien eines Organigramms mit farbigen Kästen und Verbindungslinien in sogenannten Diskussionskarten visualisiert.

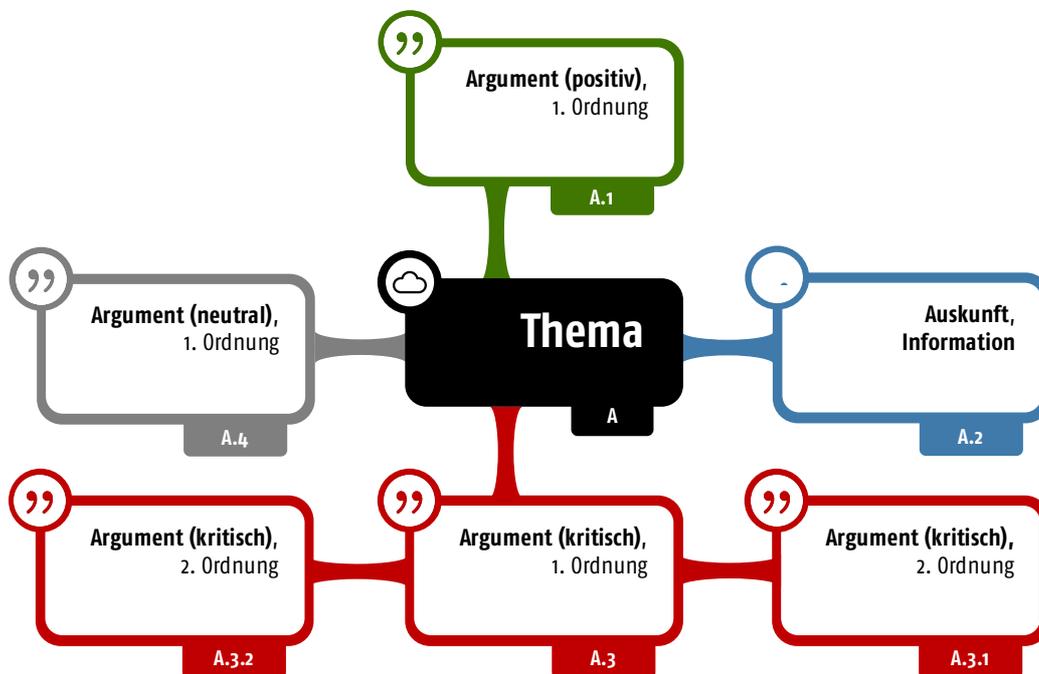


Abbildung 2: Schematische Darstellung einer Diskussionskarte

Wie in Abbildung 2 illustriert, bildet jeweils ein Thema (schwarz) den Kern jeder Diskussionskarte. Jedes einzelne Thema einer Gruppendiskussion wurde in alphabetischer Reihenfolge mit einem Buchstaben kodiert. Jedem Thema wurden Argumente zugeordnet, die wiederum einen Code erhielten, der sich aus dem Buchstaben des Themas und der laufenden Nummerierung des Arguments zusammensetzt (z.B. A.1, A.2, A.2). Neben den eigentlichen Hauptargumenten (1. Ordnung) wurden meist weitere Aspekte benannt, die ein einzelnes Argument stützen, untermauern oder erläutern. Diese Argumente der 2. Ordnung wurden den Hauptargumenten wie in einem Organigramm nachgeordnet und entsprechend durchnummeriert (z.B. A.1.1, A.1.2, A.1.2).

Zum Teil wurden auch Argumente 3. Ordnung identifiziert und entsprechend kodiert (z.B. A.1.1.1). Mittels dieses Verfahrens wurde jedes Argument mit einem Code versehen, über den es sich später eindeutig identifizieren lässt. Der Code gibt außerdem Aufschluss zur Einordnung des Arguments innerhalb einer Argumentationslinie und gibt an, auf welches Thema sich ein Argument bezieht.

Die einzelnen Argumente wurden nach inhaltlicher Einordnung durch den Autor farblich gekennzeichnet: In Bezug auf die Frage- oder Themenstellung kritische, ablehnende und problematisierende Äußerungen sind **rot** gekennzeichnet. Positive, lobende oder bestärkende Äußerungen werden entsprechend in **grüner** Farbe ausgewiesen. Darüber

hinaus lassen sich auch ambivalente oder neutrale Äußerungen beschreiben, die sich aus Sicht des Autors keiner der beiden Kategorien zuzuordnen ließen. Sie sind **grau** gekennzeichnet. Schließlich wurde in den Fokusgruppen nicht nur diskutiert. Zum Teil wurden Informationen von den Moderatoren auch gezielt abgefragt. Solche Auskünfte werden in **blauer** Farbe abgebildet.

ZUR INTERPRETATION DER DISKUSSIONSKARTEN

Die Diskussionskarten dienen der Illustration und Visualisierung von Argumentationssträngen zu einem Thema. Sie schaffen einen schnellen Überblick über die Inhalte und die im Diskussionsverlauf vorgebrachten Argumente.

Im Interesse einer möglichst breiten Abbildung der unterschiedlichen Positionen und Einstellungen finden auch die Positionen kleiner Gruppen Berücksichtigung in den Diskussionskarten. Die Anzahl von Argumenten für oder gegen ein Thema lässt daher keine Rückschlüsse auf die Mehrheitsverhältnisse innerhalb der Fokusgruppen zu.

03

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Um möglichst viele unterschiedliche Meinungen und Einstellungen ermitteln zu können, wurden die Diskussionsgruppen mittels ‚deviant sampling‘ zusammengestellt: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten sich in zentralen Merkmalen wie Alter, Wohnort, Geschlecht aber auch in Hinblick auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung unterscheiden. Dabei wurde berücksichtigt, dass Erfahrungen und Bedürfnisse in Abhängigkeit von diesen Merkmalen stark variieren können.

Gezielte Auswahl über Testpersonen-Panel

Auf dem Wege vorab definierter Unterscheidungskriterien konnten durch die so herbeigeführte Heterogenität der Gruppen Meinungsbilder breit erfasst werden. Die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden über Testpersonen-Panels regionaler Marktforschungsinstitute rekrutiert. Die vorgelagerte Abfrage zentraler Hintergrundvariablen ermöglichte dabei die gezielte Zusammenstellung der Gruppen nach vorgegebenen Merkmalen.

Namen und Kontaktdaten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer verblieben beim Testlabor und wurden dem Studienteam im Interesse des Datenschutzes nicht bekannt gegeben. Um einer spezifischen Selbstselektion entgegenzuwirken, wurden die Mitglieder der Diskussionsgruppen über das Gesprächsthema vorab nicht informiert. Über die regionalen Testinstitute erhielten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 45 Euro (Stadt) bzw. 65 Euro (Land).

Ost, West, jung und alt

Eine ausgewogene Zusammenstellung in Hinblick auf Geschlecht, Alter, Wohnort (Stadt vs. Land) und Gesundheitsstatus wurde in allen vier Gruppen sichergestellt. Aus Datenschutzgründen werden hier jedoch nur die aggregierten Daten genannt: Die

Gruppendiskussionen wurden in Berlin, Köln, Leipzig und Frankfurt und somit in vier unterschiedlichen Städten durchgeführt. Dabei wohnten nur 13 der insgesamt 25 Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer in einer dieser Städte, während knapp die Hälfte aus einer ländlichen Region bzw. einem Wohnort mit weniger als 30.000 Einwohnern stammte.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug 42 Jahre und rangierte zwischen 25 und 72 Jahren (Median 42). Auch in Bezug auf die Geschlechterverteilung ist das Verhältnis aus Männern (12) und Frauen (13) in etwa ausgeglichen. Gleiches gilt für das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Hier berichteten 12 der insgesamt 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einer solchen Diagnose.

Sozialstatus

16 Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren teilweise oder voll erwerbstätig, drei waren Schüler oder Studenten, weitere zwei waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend und vier bezogen eine Rente. Acht Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten Abitur, neun hatte mittlere Reife oder einen vergleichbaren Schulabschluss. Die übrigen acht hatten einen Hauptschul- oder Volksschulabschluss. Zwei Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren privat krankenversichert, die übrigen 23 waren Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung.

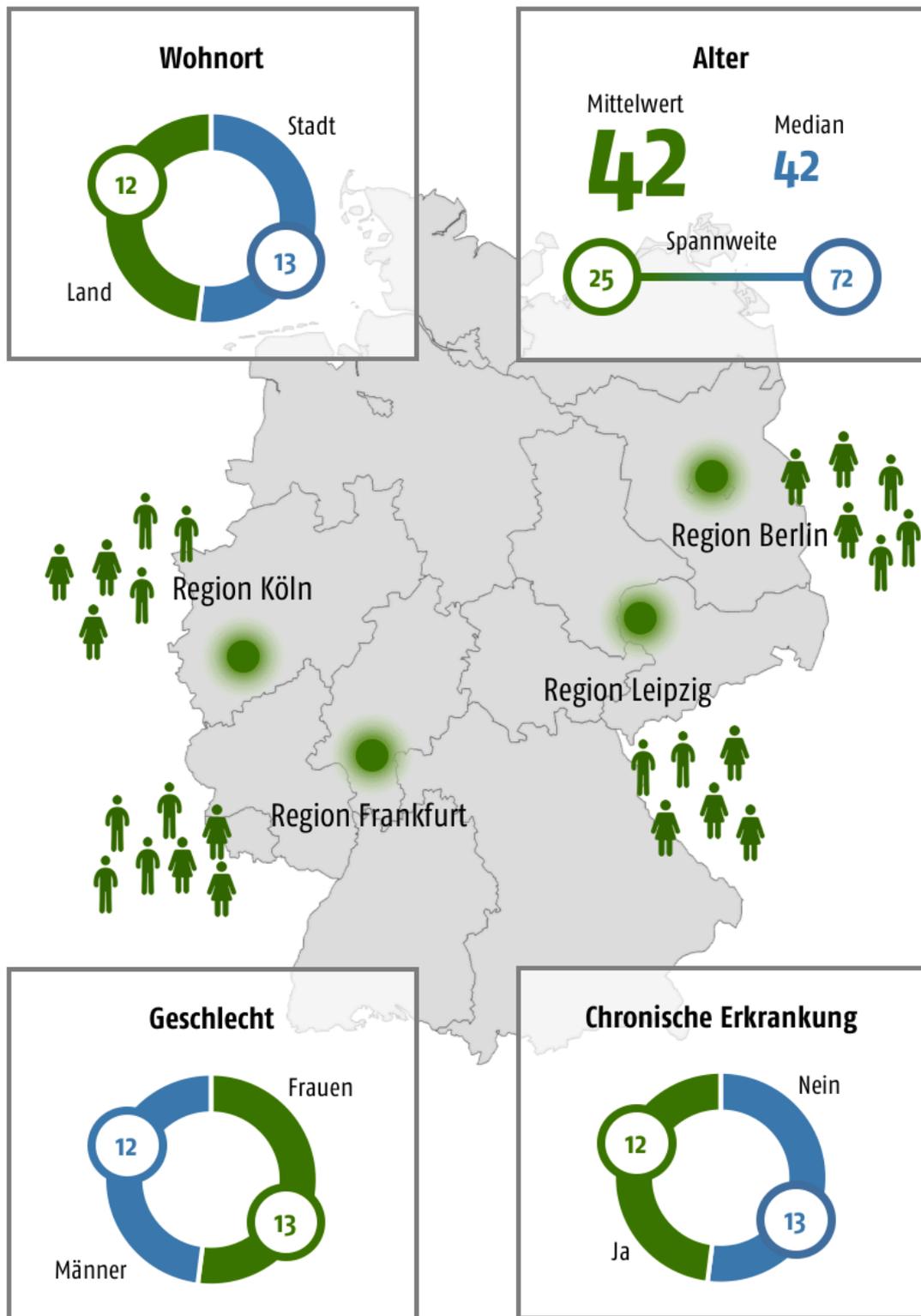


Abbildung 3: Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

04

Ergebnisse

04.1

Wartezeiten auf einen Arzttermin

Im ersten Themenblock der Fokusgruppen wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die Terminvereinbarung beim Facharzt angesprochen und gebeten, ihre diesbezüglichen Erfahrungen zu schildern. Dabei ergab sich im Diskussionsverlauf ein geteiltes Bild: Eine Gruppe berichtete, bei der Vereinbarung eines Facharzttermins meist gute Erfahrungen gesammelt zu haben (A.1) – vor allem dann, wenn schnelles Handeln erforderlich war (A.1.1). Eine wichtige Strategie lag dabei in der stellvertretenden Terminvereinbarung durch den Hausarzt (A.1.2).

„Wenn es wirklich dringend ist, gehe ich immer über meinen Hausarzt. Es macht einen riesen Unterschied, ob ich als ‚Lieschen Müller‘ anrufe und nach einem Termin frage, oder ob mein Arzt anruft und sagt: Lieber Kollege, ich hab' hier einen netten Patienten, kannst Du Dir den mal anschauen? Es wäre dringend.“

Auch das Überweisungsformular wurde als hilfreich genannt, weil dies dem Facharzt die medizinische Notwendigkeit der fachärztlichen Konsultation signalisiere:

„Also gerade, wenn ich mit einer Überweisung vom Hausarzt komme, kriege ich schneller einen Termin. Dann weiß der Facharzt, dass da ein anderer Arzt gesagt hat, der muss zum Facharzt. Ich finde da wird man dann mit einer Überweisung eher ernst genommen.“

Kritik bei Facharztterminen

Eine andere Gruppe von Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmern problematisierte die Wartezeiten auf einen Arzttermin hingegen vehement

und bezog sich dabei in aller Regel auf die Vereinbarung eines Termins zur fachärztlichen Versorgung. In sämtlichen Fokusgruppen fanden sich schnell Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die von mehrwöchigen, zum Teil sogar von monatelangen Wartezeiten berichteten.

Auffällig war dabei die Diskrepanz zwischen den geschilderten Erfahrungen und den Ergebnissen der repräsentativen Versichertenbefragung: Diese hat ergeben, dass lediglich 13 Prozent der Versicherten länger als drei Wochen auf einen Arzttermin warten mussten (vgl. Forschungsgruppe Wahlen 2016). In der Wahrnehmung der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer schienen derart lange Wartezeiten hingegen zu dominieren (A.4):

„Die Wartezeiten betragen ja Wochen, manchmal mehrere Monate. Je nach dem, wohin Sie wollen. Das ist sehr schwierig heutzutage. Viele sind ausgelastet und nehmen auch nicht mehr so viele Patienten an. Wenn überhaupt.“

Einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten, dass Sie vor diesem Hintergrund schon auf eine ärztliche Konsultation verzichtet haben, obwohl dies Ihrer Ansicht nach eigentlich erforderlich gewesen wäre (A.2):

„Manchmal gehe ich nicht zum Arzt, obwohl es eigentlich nötig wäre, weil das einfach zu lange dauert. Dann geht man in die Apotheke oder ins Internet und versucht es eben anders.“

Wie sich im weiteren Gesprächsverlauf herausstellte, erfolgten die Erfahrungen mit überdurchschnittlich langen Wartezeiten jeweils unter bestimmten Bedingungen bzw. in spezifischen Behandlungskonstellationen, die im Folgenden noch näher beschrieben werden sollen. Deutlich wurde auch, dass die empfundene Belastung durch Wartezeiten in Abhängigkeit vom Behandlungsanlass variierte.

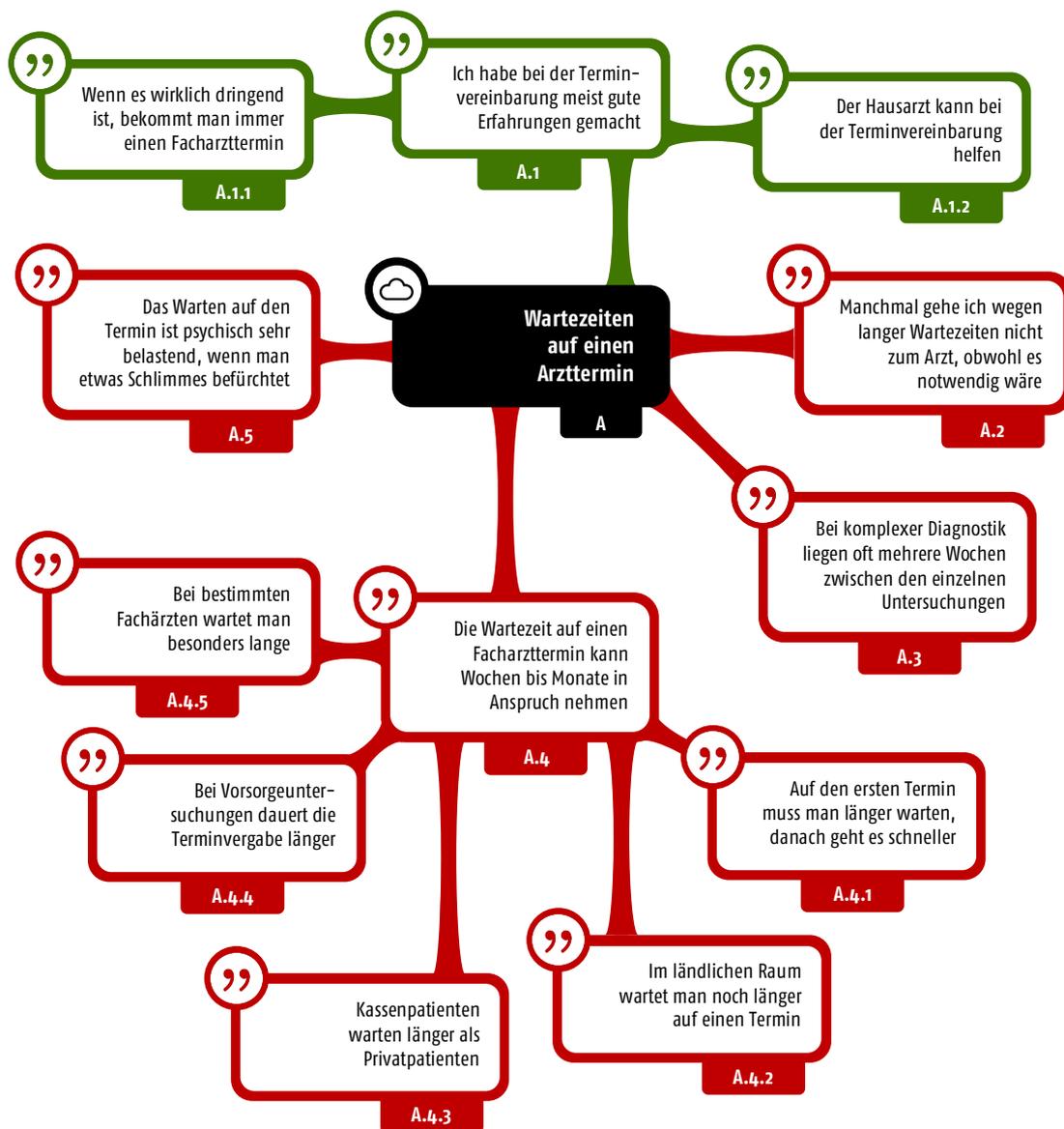


Abbildung 4: Diskussionskarte zu Wartezeiten auf einen Arzttermin (A)

Psychische Belastung durch Wartezeit

Im Falle einer unklaren und möglicherweise bedrohlichen Diagnose schilderten die Diskussions Teilnehmer eine besonders hohe psychische Belastung (A.5):

„Man wird von Arzt zu Arzt geschickt und wartet Monate lang auf seine Diagnose und während

dieser Zeit leidet man. Die psychische Belastung kommt dazu, weil man eben kein klares Bild hat, kein klares Urteil. Man weiß nicht genau was man machen soll und das ist dann anstrengend. Ja.“

Um besser mit Angst vor einer bedrohlichen Diagnose umgehen zu können, wünschten sich einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer Unterstützungsangebote, die die individuellen Ängste, Fragen und Unsicherheiten adressieren. So wurde in zwei der

vier Diskussionsgruppen der Wunsch geäußert, Wartezeiten etwa mit Hilfe telefonischer Beratungsangebote zu überbrücken, um so der psychischen Belastung entgegenzuwirken.

Auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem chronischen Schmerzbild beschrieben die von Wartezeiten ausgehende psychische Belastung als besonders schwerwiegend:

„Wenn ich mal wieder mit meinen Bandscheiben nicht mehr gehen kann und brauche wieder eine Spritze, dann rufe ich bei meinem Orthopäden an und da werde ich immer abgewimmelt. Kommen Sie nächste Woche wieder. Ich muss aber jetzt. Ja dann gehen Sie ins Krankenhaus. Das ist, was mich so stört.“

Von den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen hatten 14 von 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmern schon mal gehört. Als Anlaufstelle spielten sie in den Schilderungen jedoch nur eine untergeordnete Rolle: Lediglich ein Teilnehmer hatte sich schon einmal dorthin gewendet.

Wartezeiten variieren

Die beschriebenen Erfahrungen mit langen Wartezeiten und damit einhergehenden Belastungen wurden von den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern im Diskussionsverlauf näher spezifiziert. So erläuterten einige von Ihnen, dass es besonders beim ersten Termin zu längeren Wartezeiten kommen könne, während die Terminvergabe zur Anschlussbehandlung häufig nicht als problematisch empfunden wurde (A.4.1). Auch wurde betont, dass die Wartezeiten bei bestimmten Facharztgruppen länger seien als bei anderen (A.4.5):

„Ja also ich habe die Erfahrung gemacht, es kommt immer darauf an, zu welchen Ärzten man geht. Wenn Sie heute zum Hautarzt, Augenarzt oder Orthopäden gehen wollen, dann warten Sie ewig, bis Sie einen Termin kriegen. (...) Und dann gibt es Ärzte, da können Sie einen Termin machen. Da wundern Sie sich selbst, wie schnell das geht.“

Darüber hinaus gebe es häufiger problematische Wartezeiten bei Fachärzten auf dem Land (A.4.2) und in anderen unterversorgten Regionen. Einig waren sich alle Gesprächsteilnehmerinnen und -

teilnehmer, dass Kassenpatienten länger warten müssten als Privatpatienten (A.4.3):

„Es gibt Ärzte, da sagen sie: Ich bin Kassenpatient und hätte gerne einen Termin. Und da kriegen Sie in vier Monaten einen Termin. Wenn Sie Privatpatient sind, haben Sie in 14 Tagen einen.“

In anderen Fällen berichteten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass die Terminvergabe auch vom Schweregrad des Behandlungsanlasses abhängig war. Dabei beschrieben sie besonders lange Wartezeiten bei Vorsorgeuntersuchungen (A.4.4):

„Beim Hautarzt das stimmt auch, ich habe auf meinen Termin zum Hautkrebs-Screening ein halbes Jahr gewartet.“

Sonderfall: Komplexe Diagnostik

Ein Faktor, der die Wahrnehmung der Wartezeiten maßgeblich beeinflussen dürfte, betrifft die Komplexität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Während die Analysen der Versorgungsforschung in der Regel die Wartezeiten auf einen einzelnen Termin isoliert betrachten, berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in allen vier Fokusgruppen von komplexen diagnostischen Prozessen, meist unter Einbindung bildgebender Diagnostik (A.3).

„Da hat man dann endlich den Facharzttermin und dann sagt der ich soll erstmal zum MRT gehen. Das MRT kriegen sie dann in drei Monaten, wenn sie Pech haben. Und dann warten sie wieder auf einen Termin beim Orthopäden.“

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen bewerteten hier häufig den Zeitraum vom Auftreten der Symptome bis zur gesicherten Diagnose und bezogen sich somit auf den gesamten diagnostischen Prozess unter Mitwirkung mehrerer Fachrichtungen. Die Kritik richtete sich folglich weniger auf die Wartezeit bis zur ersten fachärztlichen Konsultation als vielmehr auf den zeitlichen Ablauf und die Koordinierung der einzelnen Termine im Rahmen der ambulanten Diagnostik.

FAZIT | Wartezeit auf einen Arzttermin

Auch wenn mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen von guten Erfahrungen bei der Terminvereinbarung berichteten, meldete sich zu diesem Thema eine größere Gruppe zu Wort, die mit den Wartezeiten auf einen Facharzttermin unzufrieden war. Zwar bilden Wartezeiten von mehr als drei Wochen gemäß der aktuellen Versichertenbefragung der KBV eher die Ausnahme, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen berichteten jedoch von mehrwöchigen, ja sogar monatelangen Wartezeiten.

Wie sich im Gesprächsverlauf herausstellte, hatten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr lange Wartezeiten meist unter bestimmten Bedingungen erlebt: Sie beschrieben, dass man gerade beim Termin für eine Erstbehandlung länger warten müsse, ein Anschlusstermin aber meist schneller vergeben werde. Weiterhin wurde das Problem langer Wartezeiten auf ländliche Regionen sowie auf bestimmte Fachrichtungen wie Orthopädie oder Dermatologie eingegrenzt. Zum Teil bezog sich die Kritik auch auf die Terminvereinbarung für eine Vorsorgeuntersuchung mit geringer Dringlichkeit.

Im Verlauf der Gruppendiskussionen ließen sich auch Faktoren identifizieren, die die wahrgenommene Belastung und somit auch die Unzufriedenheit – unabhängig von der faktischen Wartezeit – beeinflussen können. Stand beispielsweise eine möglicherweise bedrohliche Diagnose noch aus oder litten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unter Schmerzen, so wurde die Wartezeit als besonders belastend beschrieben. Unzufrieden äußerten sie sich auch bei Behandlungskonstellationen, die eine komplexe Diagnostik unter Einbindung mehrerer Fachrichtungen erfordern.

Die Diskussion zu diesem Thema zeigt, dass die faktischen Wartezeiten und die wahrgenommene Zufriedenheit keineswegs gleichzusetzen sind und einer differenzieren Betrachtung bedürfen. Die Erfahrungen und Beiträge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer können dabei helfen, Problembereiche im Versorgungssystem zu fokussieren und Faktoren zu identifizieren, die Unzufriedenheit mit den Wartezeiten hervorrufen.

04.2

Versorgungssteuerung durch den Hausarzt

Im Themenbereich Versorgungssteuerung wurde den Gesprächsteilnehmerinnen und –teilnehmern die Überlegung vorgestellt, die fachärztliche Versorgung über den Hausarzt zu koordinieren. Der Hausarzt würde dann entscheiden, ob eine fachärztliche Behandlung notwendig ist und würde ihnen bei Bedarf eine Überweisung ausstellen. Gleichzeitig würden alle Informationen an einer Stelle zusammenlaufen. Nach einer Skizzierung des Versorgungsmodells wurden die Gruppen um ihre Einschätzung gebeten.

Abhängigkeit und Vertrauen

Einig waren sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen, dass die konsequente Einführung einer hausärztlichen Versorgungssteuerung das Verhältnis zu ihrem Hausarzt verändern würde:

„Ich bin dann schon irgendwie stärker abhängig von meinem Hausarzt als jetzt.“

In diesem Zusammenhang gab es Übereinstimmung auch dahingehend, dass das individuelle Vertrauen zum behandelnden Arzt die Bereitschaft für ein solches Modell maßgeblich beeinflussen dürfte.

„Ich glaube das ist in jedem Falle vertrauensbasierend und abhängig von dem Verhältnis zum Hausarzt.“

Zuerst zum Hausarzt

Bei der konkreten Bereitschaft, sich auf eine hausärztliche Versorgungssteuerung einzulassen, gingen die Meinungen – ähnlich wie in der repräsentativen Versichertenbefragung (vgl. Forschungsgruppe Wahlen 2016) – deutlich auseinander. Ein Teil der Gesprächsteilnehmerinnen und –teilnehmer würde ohnehin immer zuerst den Hausarzt konsultieren (B.1). Für sie würde sich folglich nichts ändern:

„Für mich würde es auch keine besondere Veränderung bedeuten. Ich würde sowieso wahrscheinlich erstmal zum Hausarzt gehen, zurückblickend ist es fast immer so gewesen (...) und dann halt zum Facharzt, wenn notwendig.“

Nicht nur die Frage, ob eine fachärztliche Versorgung überhaupt erforderlich ist, sondern auch die Auswahl der zuständigen Fachrichtung wurde dabei dem Hausarzt übertragen.

„Prinzipiell ist der Hausarzt doch die Anlaufstelle um dann zu wissen: Der Schmerz, das Ziehen oder wie auch immer hat die und die Ursache und dann wird man zum richtigen Facharzt überwiesen.“

In diesem Zusammenhang betonten sie, dass man im Ernstfall über den Hausarzt die Terminfindung beim Facharzt deutlich beschleunigen könne (B.1.4).

„Die kennen sich ja untereinander. Es haben ja viele das Studium zur gleichen Zeit gemacht und ich hab' da sehr gute Erfahrungen mit gemacht. Da kommt man dann eher an einen Termin ran, wenn irgendwas ist.“

Wie früher

Gerade die älteren Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer kannten auch noch die Hausarztsteuerung mittels der quartalsweise zur Verfügung gestellten Krankenscheine und verwiesen darauf, dass das früher auch sehr gut funktioniert habe (B.1.2):

„Früher gab's ein Heft. Da waren vier Krankenscheine drin. Und da hat eigentlich keiner drüber nachgedacht. Die hat man dann zum Hausarzt gebracht und der hat einen dann weitergeschickt.“

Die Befürworter einer Versorgungssteuerung führten weiter aus, dass der Hausarzt die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer fachärztlichen Konsultation besser einschätzen könne (B.1.1). Schließlich verwiesen sie darauf, dass durch derartige Versorgungsmodelle alle Informationen an einer Stelle zusammenlaufen (B.1.3) und verbanden hiermit eine Verbesserung der Patientensicherheit, insbesondere in Bezug auf Arzneimitteltherapie (B.1.3.1).

„Das Problem ist, wenn man eigenständig zu jedem Arzt geht, kann Ihnen folgendes passieren: Der schreibt Ihnen ein Medikament auf, der Nächste auch und der Nächste noch eins. Das kann gefährlich werden. Das passiert einem nicht, wenn man eine Anlaufstelle hat, wo alle Meldungen zusammenlaufen.“

Zu umständlich

Eine zweite, etwas kleinere Gruppe stand einer Versorgungssteuerung durch den Hausarzt grundsätzlich ablehnend gegenüber. Diese Gruppe bestand auf einer möglichst souveränen Nutzung der fachärztlichen Angebote (B.3).

„Wenn ich jetzt weiß, ich muss jetzt zum Orthopäden. Wenn ich weiß ich habe jetzt wieder Probleme mit meiner Arthrose im Knie. Das weiß ich ja. Da brauche ich vielleicht wieder meine Spritze. Da will ich jetzt nicht vorher jedes Mal zu meiner Hausärztin gehen müssen.“

Der am häufigsten angeführte Grund lag in einer mangelnden Praktikabilität: Die Gesprächsteilnehmer mit einer ablehnenden Haltung argumentierten, dass sich die Wartezeit bis zum Facharzttermin so noch einmal verlängern würde und klagten über die zeitliche Belastung, die durch einen zusätzlichen Besuch beim Hausarzt entstehen würde (B.3.1, B.3.1.1).

„Aber was ich auf keinen Fall machen werde, grundsätzlich in jedem Fall erst zum Hausarzt zu gehen. Weil das ist doppelter Zeitaufwand, ich bin berufstätig. Das heißt ich muss zwei Mal Termine machen, habe zwei Mal Wegezeit hin und zurück, habe zwei Mal Wartezeiten? Nein.“

„Das ist ja wieder ein zusätzlicher Weg, den Jeder machen muss. Und ich denke, dass das auch gerade den Hausärzten nicht gefallen wird. Weil die oft schon überbelastet sind. Wenn man das mal ausrechnet, wie viele Patienten dann zusätzlich in die Praxis kommen. Die Sprechstunden sind ja sowieso schon überfüllt.“

Misstrauen

Eine weitere Argumentationslinie bezog sich auf die Qualität der hausärztlichen Steuerung. Einzelne

Gesprächsteilnehmer stellten die Objektivität der Überweisungen in Frage und unterstellten, dass diese von persönlichen Sympathien geprägt sein könnten (B.3.2).

„Da gibt es natürlich diese, ich will ja nicht sagen Seilschaften, aber das es irgendwie eine positive Verbindung gibt zwischen Hausärzten und (...) diversen anderen Ärzten oder Fachärzten gibt.“

Zudem befürchteten Einzelne, die diagnostische Bewertung der Beschwerden könne auf den Horizont eines einzelnen Arztes begrenzt und somit verengt werden (B.3.3):

„Ich habe da, ehrlich gesagt, nicht so das Vertrauen in die Ärzte. Ob irgend so ein Allgemeinarzt jetzt weiß, was mit mir los ist oder ob der überhaupt Lust hat, sich mit mir auseinanderzusetzen. Das ist die Frage.“

Unsicher

Die dritte und größte Gruppe schließlich war sich unsicher (B.4) und wünschte sich ein differenzierteres Versorgungsmodell.

„Jetzt einfach diese Einschränkung zu haben zum Hausarzt zu müssen und damit die Zeit einfach zu verlängern, wenn ich schon konkret wüsste, ich müsste zum anderen Arzt. Wenn nicht klar ist welcher es ist, sicherlich kann das ganz hilfreich sein, aber nicht immer.“

Die betreffenden Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer wollten einen Facharzt in jedem Fall direkt aufsuchen können, sofern für die jeweilige Diagnose bereits eine hausärztliche Überweisung ausgestellt wurde (B.4.2). Zudem waren sie der Ansicht, dass bestimmte Fachärzte wie Gynäkologen oder Psychiater per se von der Überweisungspflicht ausgeschlossen werden sollten (B.4.2).

Auch die dauerhafte fachärztliche Betreuung einer sicher diagnostizierten, chronischen Erkrankung

sollte ihrer Ansicht keine Überweisung zum Facharzt erfordern:

„Also ich würde die Fachärzte, die ich immer brauche, gerne auch direkt aufsuchen können. Ich muss zum Hautarzt, zum Orthopäden, zum Diabetologen und zum Augenarzt. Die hab' ich seit Jahren, da möchte ich eigentlich keinen anderen. Wenn ich dahin muss dann weiß ich, das sind Kontrolluntersuchungen, da brauch ich nicht zum Hausarzt.“

„Ich hab' so meine ständigen Baustellen. Die kenne ich, wenn mir meine Knochen wehtun, was soll ich da erst zum Hausarzt hingehen. Wenn das Sachen sind, die ich nicht kenne, ich aber weiß, es sind meine Knochen, dann werde ich ebenfalls zu meinem Orthopäden gehen. Ist es was, was ich gar nicht einordnen kann, klar, dann gehe ich zuerst zu meinem Hausarzt.“

Wirkungen

Neben den persönlichen Präferenzen und Einstellungen äußerten sich einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch zu den möglichen systemrelevanten Wirkungen einer hausärztlichen Versorgungssteuerung. Die Mehrheit ging davon aus, dass die Einführung eines solchen Modells Patientenströme verändern würde. Zum einen äußerten sie die Sorge, dass sich die Wartezeit in der Hausarztpraxis verlängern könnte (B.2.2). Andererseits gingen sie davon aus, dass sich der Andrang auf die Fachärzte spürbar verringern dürfte.

„Das würde ja zur Folge haben, dass niemand mehr zum Facharzt geht, der nur einen Schnupfen hat. Er würde nicht mehr den Facharzt blockieren (...) Das würde dann die Konsequenz haben, dass die Termine beim Facharzt dementsprechend auch zeitnah stattfinden.“

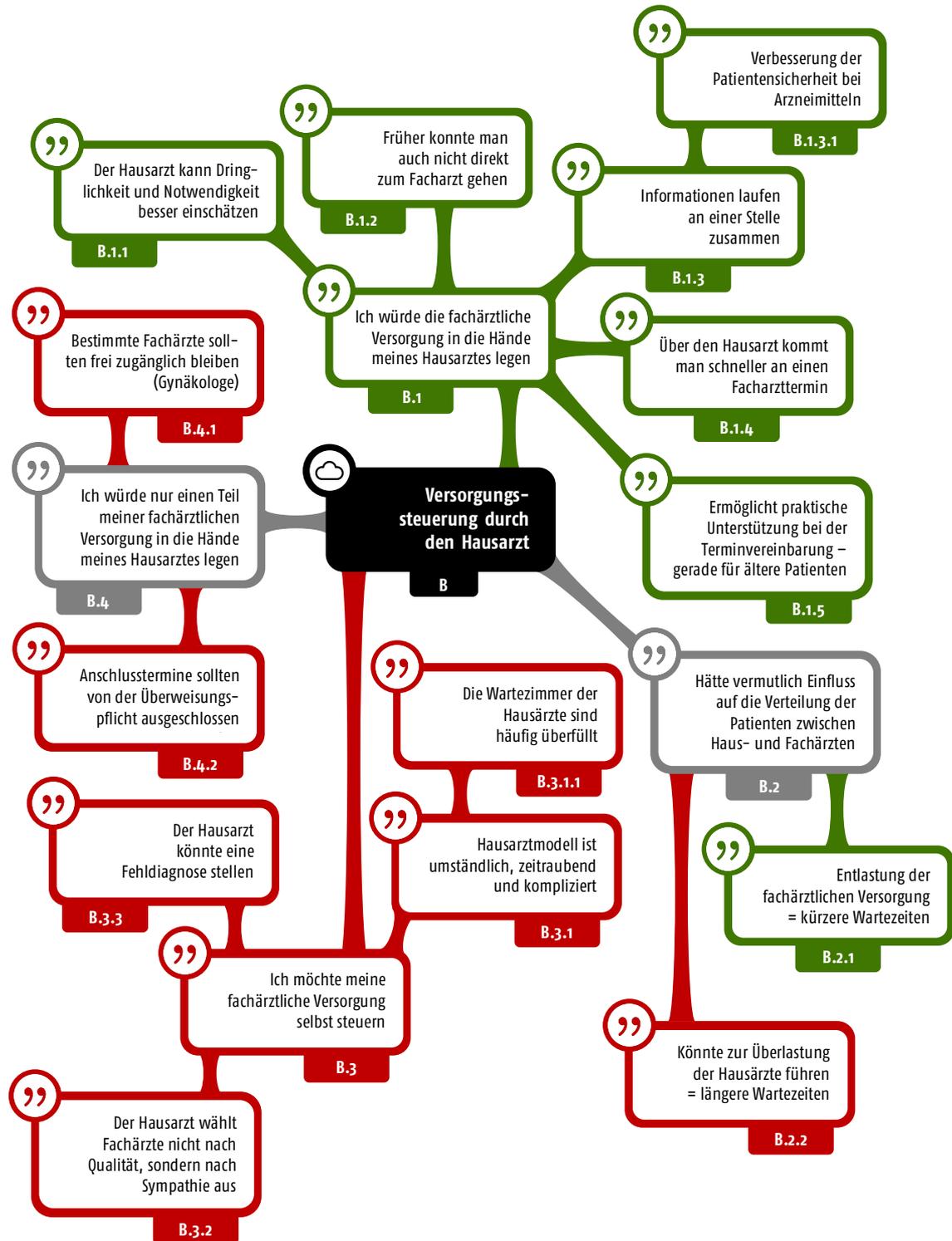


Abbildung 5: Diskussionskarte zur Versorgungssteuerung durch den Hausarzt (B)

FAZIT | Versorgungssteuerung durch den Hausarzt

Die Idee einer stärkeren Steuerung der fachärztlichen Versorgung stieß bei vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf Interesse und grundsätzliche Zustimmung. Vielen von ihnen fiel diese Bewertung deshalb leicht, weil sie ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt ohnehin immer zuerst konsultieren und mit dieser Vorgehensweise gute Erfahrungen gesammelt hatten.

Das am häufigsten vorgebrachte Gegenargument der Kritiker eines solchen Versorgungsmodells betraf den damit einhergehenden zeitlichen und organisatorischen Aufwand für die Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus ging die Kritik häufig mit einem grundlegenden Misstrauen gegenüber Ärztinnen und Ärzten einher.

Eine große Gruppe von Unentschlossenen stand einer hausärztlichen Versorgungssteuerung grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber. Sie wünschte sich aber Ausnahmen für den Fall einer dauerhaft angelegten fachärztlichen Versorgung mit wiederkehrenden Nachuntersuchungen, Sonderregelungen im Bereich der Schmerztherapie aber auch einen direkten Zugang zu bestimmten Fachrichtungen, etwa zu Gynäkologen oder Psychotherapeuten.

Die Diskussionsbeiträge liefern deutliche Hinweise darauf, dass die Einführung einer hausärztlichen Versorgungssteuerung dann große Unzufriedenheit hervorrufen dürfte, wenn im Vorfeld ausnahmslos jeder fachärztlichen Konsultation die Hausärztin oder der Hausarzt persönlich aufzusuchen wäre. Den Diskussionsbeiträgen folgend, würde hingegen ein differenziertes Steuerungsmodell, das für bestimmte Fallkonstellationen oder Fachrichtungen auch weiterhin einen direkten Zugang vorsieht, auf breite Akzeptanz stoßen.

04.3 Nutzung von Notfallambulanzen

Im Anschluss an die ersten beiden Themenblöcke stellten die Moderatoren eine Reihe von Wissensfragen. So wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beispielsweise gefragt, ob sie den telefonischen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen kennen oder innerhalb der letzten zwölf Monate im Krankenhaus waren. Diese Fragen dienten ursprünglich nur der Einordnung und Bewertung der offenen Themendiskussion. Auf die Frage, wann sie denn die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen würden, entwickelte sich jedoch in drei von vier Fokusgruppen eine spontane und zum Teil lebhaftere Diskussion, die deshalb im Nachgang inhaltsanalytisch ausgewertet wurde und im Folgenden dargestellt wird.

„Echte“ Notfälle

Bei der Frage, in welchen Situationen sie eine Notfallambulanz aufsuchen würden, beschrieben alle Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer zunächst Ausnahmesituationen, die häufig auch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung vermuten lassen.

„Also, nur im absoluten Notfall. Bei Stürzen oder eben bei Verdacht auf Herzinfarkt oder so. Wenn es gar nicht mehr geht.“

Als typische Nutzungsanlässe wurden lebensbedrohliche Situationen (C.4) wie ein allergischer Schock (C.4.1) ebenso wie schwere Verletzungen (C.7) mit Knochenbrüchen und stark blutenden Wunden (C.7.1) aber auch hohes Fieber (C.2) und starke, akute Schmerzen (C.3) genannt.

„Bei mir war das letztes Jahr der Fall. Am Ende hat sich rausgestellt, es waren Gallensteine. Aber das konnte man noch nicht am Anfang feststellen. Ich hatte so starke Schmerzen, da blieb mir nichts Anderes übrig. Am Ende war es eine Notfalloperation. Es war so brennend, in solchen Fällen reagiere ich da. Das ist bisher nur einmal passiert.“

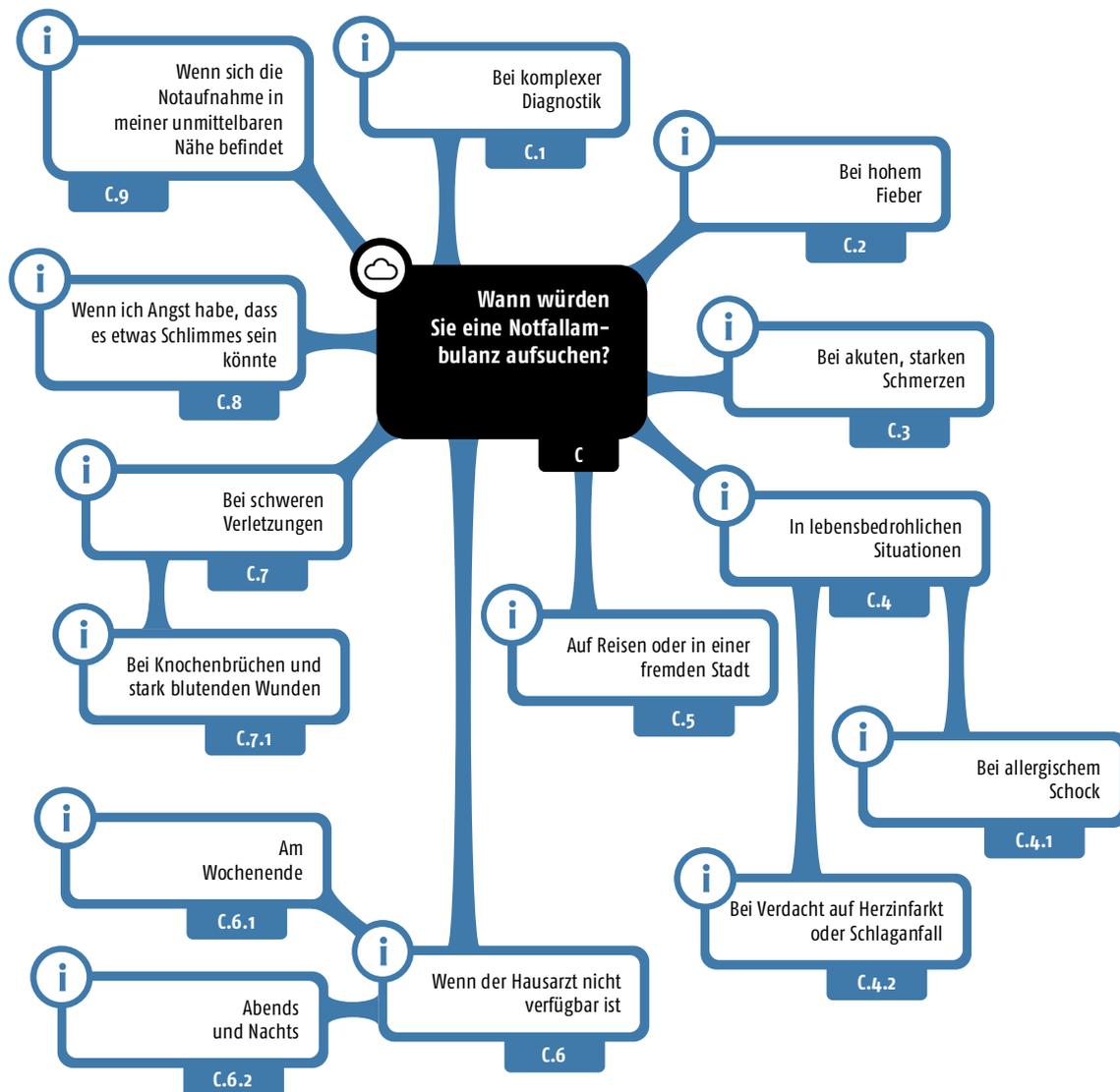


Abbildung 6: Diskussionskarte zur Nutzung der Notfallambulanz eines Krankenhauses (C)

Wenn der Hausarzt nicht verfügbar ist

Neben diesen durchaus geläufigen Nutzungsanlässen beschrieben die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer noch eine Reihe weiterer Situationen, in denen sie die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen würden: Ein großer Teil

von ihnen würde dies auch dann tun, wenn der Hausarzt nicht verfügbar ist (C.6), etwa am Wochenende (C.6.1) oder außerhalb der Sprechzeiten (C.6.2).

„Ich gehe in die Notfallambulanz, wenn mein Hausarzt nicht verfügbar ist. Zu Zeiten, sonnabends, Wochenende, feiertags, nachts. Also zu Ausnahmezeiten.“

Der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen war einer erstaunlich großen Gruppe nicht bekannt. Wie eine Abfrage der Moderatoren ergab, hatten lediglich 12 der insgesamt 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer schon einmal davon gehört. Nur zwei von Ihnen kannten die bundesweit einheitliche Rufnummer 116117.

„Meine Frau war ja umgeknickt, konnte nicht laufen und es war Wochenende. Und Wochenende ist ja immer doof, was die medizinische Versorgung anbelangt, zumal der Montag ja dann auch vor der Tür steht, wo ich dann wieder arbeiten muss. Und wir haben zwei kleine Kinder, das heißt die müssen dann ja auch versorgt werden. Dann führt kein anderer Weg als ins Krankenhaus.“

Auch auf Reisen oder in einer fremden Stadt würden sie sich im Krankheitsfall an die Notfallambulanz eines Krankenhauses wenden (C.5):

„Ich gehe ins Krankenhaus, wenn ich unterwegs oder auf Reisen krank werde und da keinen kenne. Oder auch wenn ich im Ausland bin.“

Wenn es ernst ist

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer schrieben dem Krankenhaus eine besondere Kompetenz und Expertise in der Behandlung schwerer Erkrankungen zu. In der Folge würden sie eine Notfallambulanz auch dann aufsuchen, wenn sie eine bedrohliche Erkrankung befürchten (C.8). Schließlich wurde auch unmittelbare räumliche Nähe als Grund genannt, eine Notfallambulanz anstelle eines niedergelassenen Arztes aufzusuchen (C.9).

„Gerade, wenn das Krankenhaus um die Ecke ist. Weil, es gibt eine ganz einfache Regel bei den Notaufnahmen: Andere Fälle, wirkliche Notfälle werden meistens vorgezogen und ich muss im Zweifelsfall mehrere Stunden warten. Aber ich werde niemals weggeschickt. Ich gehe lieber gleich ins Krankenhaus, weil es genug Fälle gibt, wo die Hilfe zu spät kommt.“

Einfach schneller

Ein weiteres von den Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmern vorgetragenes Nutzungsmotiv

greift in den Fällen, in denen mit komplexer Diagnostik zu rechnen ist. Sind mehrere diagnostische Maßnahmen zur Abklärung bzw. zum Ausschluss einer bedrohlichen Erkrankung erforderlich, sucht diese Nutzergruppe eine Notfallambulanz auf (C.1):

„Das ist natürlich nicht unbedingt der vorgesehene Weg, aber im Krankenhaus gibt es den Rundumcheck sozusagen. Spezialisten sind sofort vor Ort. Sicher hört sich das erstmal viel an, wenn man in der Notfallambulanz drei Stunden oder länger warten muss, bis man drankommt. Dafür wird dann auch alles sofort gemacht: Blutbild, Röntgen und was eben nötig ist. Dann wird sofort abgeklärt, was es ist. Die gleiche Diagnose zu stellen, würde sich sonst mit etlichen Arztterminen über Monate hinziehen. Wenn es wirklich was Ernsthaftes ist, ist die Sache dann möglicherweise schon extrem weit fortgeschritten.“

FAZIT | Nutzung von Notfallambulanzen

Auf die am Ende eines Themenblocks gestellte Frage, wann Sie denn die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen würden, antworteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen in einer nicht erwarteten Ausführlichkeit und erläuterten bereitwillig eine Vielzahl von Nutzungsmustern- und -anlässen. An erster Stelle standen dabei lebensbedrohliche Situationen, schwere Verletzungen, hohes Fieber sowie starke Schmerzen.

In den unterschiedlichen Diskussionsbeiträgen wurde jedoch auch eine Reihe von Nutzungsmustern beschrieben, die im Sinne der geregelten Zuständigkeiten als ‚Fehlnutzung‘ der Notfallambulanz eines Krankenhauses bewertet werden könnten. Dies betrifft die gezielte Nutzung zur zeitnahen Durchführung komplexer diagnostischer Maßnahmen ebenso wie die Nutzung außerhalb der hausärztlichen Sprechzeiten, auf Reisen oder im Falle räumlicher Nähe.

Die Diskussion in den Fokusgruppen deutet darauf hin, dass ein Teil dieser Fehlnutzung auch bewusst erfolgt, etwa um organisatorische Abläufe zu vereinfachen oder Zeit zu sparen. Ein anderer Teil dürfte hingegen auf die bloße Unkenntnis von Zuständigkeiten und

Angeboten des Versorgungssystems zurückzuführen sein. Der geringe Bekanntheitsgrad der Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen liefert in diesem Zusammenhang Hinweise auf einen diesbezüglichen Aufklärungs- und Informationsbedarf.

04.4 Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte

Im weiteren Diskussionsverlauf wurde das Gespräch im Rahmen eines Themenblocks zur Digitalisierung auf die elektronische Gesundheitskarte gelenkt. Dabei legten die Moderatoren den Fokus auf die Speicherung von Notfalldaten und fragten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ob sie diese Anwendung bei ihrer Gesundheitskarte freischalten würden. Ein Großteil bejahte diese Frage zunächst (D.1). Dabei führten die Diskussionsteilnehmerinnen und Teilnehmer die eigene gesundheitliche Situation an und berichteten von Allergien, Unverträglichkeiten, Diabetes und der Einnahme von Blutverdünnern.

„Ich habe eine Penicillin Allergie und fände es wirklich toll, wenn ich beim nächsten Mal nicht Penicillin verabreicht bekomme.“

Mit Hinweis auf die möglicherweise lebensrettende Verfügbarkeit solcher Informationen im Falle einer Bewusstlosigkeit oder kognitiven Beeinträchtigung (D.1.1) wurde die Möglichkeit einer Speicherung von Notfalldaten vehement begrüßt:

„Es geht doch schließlich um Notfälle. Im schlimmsten Fall kannst du da gar nichts sagen.“

„Ich bin der Meinung, dass die Blutgruppe und ein Teil der Allergien unbedingt abrufbar sein müssen.“

Man weiß nie, was passiert und wenn man bewusstlos ist und Allergie hat, das kann ganz bösen enden.“

Wer hat Zugriff?

Der großen Gruppe von Befürwortern stand in den Diskussionen von Anfang an eine kleinere Gruppe von Kritikern gegenüber, die selbst die elektronische Speicherung von Notfalldaten ablehnte, weil sie negative Folgen durch einen unbefugten Zugriff befürchtete. Sicherheitsrisiken wurden dabei nicht nur in der Technik selbst gesehen: Vielmehr betrachteten die Kritiker der Notfalldatenspeicherung die hohe Zahl der zugriffsberechtigten Personen als Risiko für die eigene Datensicherheit.

„Also, zunächst mal ist ja die spannende Frage: Wer kriegt die Daten alles zu sehen? Da kann dann jeder Facharzt, jeder Hausarzt, jeder Zahnarzt, jede Sprechstundenhilfe drauf zugreifen, obwohl die gar nichts mit der Sache zu tun haben. Und dann sind da noch die Krankenkassen...“

„Irgendwann kommen dann auch die Versicherungen dran und das gibt Nachteile bei Lebensversicherungen usw.“

„Wenn ich mir vorstelle, dass jeder Dorf-RTW so ein Lesegerät hat und jede Arzthelferin die Daten auslesen kann, dann erweitert sich ja automatisch der Kreis derer, die Zugang zu den Daten bekommen.“

Einige der Befürworter entgegneten, dass der potentielle Nutzen der Notfalldatenspeicherung die kalkulierbaren Risiken aufwiegt:

„Daten sind nie sicher, darüber muss sich jeder bewusst sein. Ich würde es begrüßen, wenn die Sicherheitsstufe ganz hoch wäre. Der Nutzen würde überwiegen.“

„Datensicherheit, naja gut, das wird halt alles digital, das wird immer irgendwie Probleme geben. Es gibt immer irgendjemand der das dann wieder sichert, also das sehe ich jetzt auch nicht so dramatisch.“

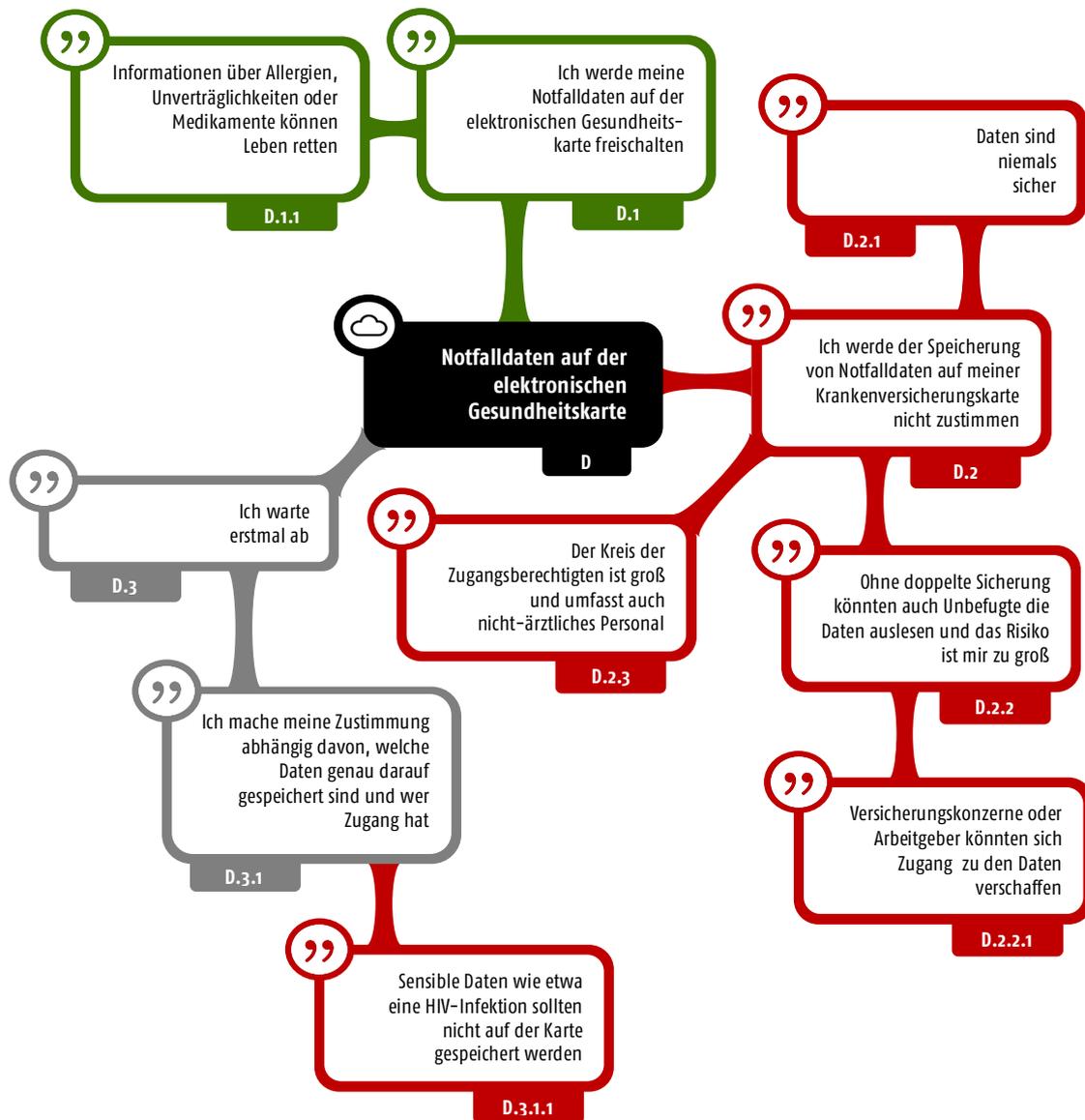


Abbildung 7: Diskussionskarte zu Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (D)

Die Unentschlossenen

Während Kritiker und Befürworter der Notfalldatenspeicherung ihre Argumente austauschten, bildete sich eine im Diskussionsverlauf wachsende Gruppe aus Unentschlossenen. Sie nahm die datenschutzrechtlichen Risiken sehr ernst, konnte sich aber auch dem potentiellen Nutzen nicht verschließen:

„Ich sehe das so teils, teils. Eine Seite ein bisschen kritisch, weil ich echt Angst davor habe, dass Dritte meine Daten auslesen und für ihre Zwecke missbrauchen. Das passiert täglich überall. Aber ich meine, wenn damit ein Menschenleben gerettet werden kann, dann würde das ja schon viel bringen.“

Die Unentschlossenen wünschten sich zunächst mehr Informationen zu den Ein- und Ausschlusskriterien von Notfalldaten. Während die meisten Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer etwa die Speicherung einer Penicillin-Unverträglichkeit für unproblematisch, ja sogar höchst sinnvoll hielten, würde sie z.B. der Speicherung einer vorliegenden HIV-Infektion oder der Einnahme von Psychopharmaka eher nicht zustimmen wollen.

Im Ergebnis führte die Unsicherheit häufig zu einer ‚Ablehnung auf Zeit‘: Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer wollten der Speicherung von Notfalldaten auf ihrer Gesundheitskarte vorerst nicht zustimmen und erst einmal abwarten.

„Solange nein, bis eine Erprobungsphase abgeschlossen ist.“

„Nee, nicht solange da die Sicherheitslage nicht gecheckt ist, dann lieber so wie bisher.“

FAZIT | Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte

In der Gesamtschau traf die Speicherung von Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gruppendiskussionen auf Akzeptanz. Wenn es aber um die konkrete Zustimmung zur Freischaltung dieser Anwendung ging, dominierte Zurückhaltung und Vorsicht. Häufig wollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erst einmal abwarten.

In vielen Diskussionsbeiträgen wurde die Frage aufgeworfen, welche möglicherweise intimen oder sensiblen Informationen zu den Notfalldaten zählen könnten. Zudem wurden Zweifel an der Datensicherheit geäußert. Aufgrund der Tatsache, dass Notfalldaten auch ohne aktive Zustimmung der Patientinnen und Patienten abrufbar sein müssen, äußerten sich viele Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer besorgt über die Zahl der zugangsberechtigten Personen.

Die Diskussionskarte zur elektronischen Speicherung von Notfalldaten liefert wichtige Hinweise auf offene Fragen, Unsicherheiten und Befürchtungen, die in der öffentlichen Kommunikation zur elektronischen Gesundheitskarte Berücksichtigung finden könnten.

04.5 Elektronischer Informationsaustausch

Ein weiteres Thema im Rahmen des Themenblocks zur Digitalisierung betraf den elektronischen Austausch von Patientendaten. Die repräsentative Versichertenbefragung hat in diesem Kontext ergeben, dass die Umstellung vom klassischen Arztbrief auf einen elektronischen Transfer von Patientendaten bei den Versicherten mehrheitlich auf Zustimmung trifft (Forschungsgruppe Wahlen 2016).

Nichtsdestotrotz bewertete rund ein Viertel der Befragten diese Form der Digitalisierung kritisch (ebd.). In den Fokusgruppen wurden die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer gebeten, Ihre Einstellung zu dieser Frage zu schildern und mögliche Bedenken näher auszuführen.

Im Gesprächsverlauf fiel zunächst auf, dass es einem großen Teil der Gesprächspartner trotz klar umrissener Fragestellung offenbar schwerfiel, zwischen elektronischem Arztbrief und elektronischer Patientenakte zu differenzieren. So wurde von vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern vermutet, dass der elektronische Austausch von Informationen immer auch mit der digitalen Speicherung von Patientendaten an einem zentralen Ort einhergeht. Damit verbunden war die Befürchtung, dass sich Ärzte dann stärker auf die digitalen Informationen als auf den Patienten konzentrieren könnten und der diagnostische Weitblick durch ältere Aufzeichnungen eingeengt werden könnte (E.1.4):

„Also, dann hat ein Arzt eine Behandlungsmethode eingeschlagen und dann ruht sich der Nachkommende darauf aus und geht vielleicht den gleichen Weg weiter, anstatt einen anderen zu versuchen. Deshalb sehe ich so eine Patientenakte eher kritisch.“

Viele Vorteile

In drei der vier Gruppen intervenierte der Moderator und grenzte die Fragestellung noch einmal auf den elektronischen Informationsaustausch zwischen Ärzten ein. Die Vorstellung, dass der klassi-

sche Arztbrief künftig auf digitalem Wege übermittelt werden soll, stieß in den Fokusgruppen – wie auch in der repräsentativen Versicherungsbefragung (Forschungsgruppe Wahlen 2016) – auf mehrheitliche Zustimmung (E.2, E.2.1, E.2.4).

„Ein Brief meines Facharztes an den Hausarzt gibt der mit, ich gebe den meinem Hausarzt. Mein Hausarzt gibt ihn der Mitarbeiterin, die trägt den erstmal in den Computer ein. Also kann ich es auch direkt machen, wesentlich schneller, nach meiner Meinung auch ungefährlicher, noch sicherer als irgend so ein Brief, es ist produktiver und es ist kostengünstiger.“

„Ich würde es als Erleichterung für Ärzte und Patienten sehen.“

Einige Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer versprachen sich darüber hinaus Erleichterungen im organisatorischen Ablauf zwischen dem ambulanten und stationären Sektor. So müssten Patientinnen und Patienten etwa nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr auf den Entlassungsbrief warten (E.2.2).

In Verbindung mit einer Erleichterung des Informationsaustauschs zwischen den behandelnden Ärzten sahen einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch eine Verbesserung der Patientensicherheit (E.2.1.1).

„Es ist optimal, wenn der behandelnde Arzt es eintrifft und direkt weiterverschicken kann. Das geht dann schneller, auch zwischen Facharzt und Hausarzt. Das macht die Behandlung dann ja auch sicherer.“

Kontrollverlust

In allen vier Fokusgruppen meldete sich im Gesprächsverlauf eine Gruppe von Bedenkenträgern zu Wort, die sich von den angesprochenen Vorzügen eines elektronischen Datenaustauschs nicht überzeugen ließ:

„Wenn Daten einmal im Internet sind, sind sie niemals sicher. Da vertraue ich lieber auf die Deutsche Post.“

Die Verlagerung des Informationsaustauschs ins Internet wurde hier jedoch nicht nur in Hinblick auf mögliche Sicherheitsrisiken kritisch bewertet. Darüber hinaus wurde digitale Kommunikation häufig mit einem Kontrollverlust über die ausgetauschten Informationen assoziiert (E.1.2).

„Wenn ich meinem Arzt, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr vertraue. Oder wenn ich glaube, dass die Diagnose oder die Art der Behandlung nicht gut war. Dann will ich nicht, dass der Arzt Informationen verteilt ohne dass ich es mitbekomme.“

„Die Daten müssen ja immer beim Richtigen ankommen. Damit fängt es ja schon an. Ich brauch ja nur mal eine falsche Taste zu drücken, dann geht das weiß Gott wo hin...“

Beispielhaft wurden in diesem Zusammenhang auch Situationen beschrieben, in denen einem Arzt nicht die ganze Wahrheit gesagt wurde, z.B. um eine Krankschreibung zu erhalten:

„Wenn da jetzt alles übertragen wird, das verursacht ja auch Kosten, weil das zwingt mich dazu, bei der Geschichte zu bleiben.“

Auch bei einem Arztwechsel wurde die Befürchtung geäußert, dass Stigmata, Bewertungen und Vorurteile ausgetauscht werden könnten, ohne dass die Patienten davon erfahren.

„Da kann ich nur klar Nein sagen. Vielleicht wechsle ich ja mal den Arzt. Und dann möchte ich nicht, dass vorher schon alles durch die Gegend getauscht wurde.“

Vor dem Hintergrund dieser Bedenken sprachen sich die Kritiker gegen einen elektronischen Informationsaustausch zwischen Ärzten aus und sahen in dieser Ablehnung keine nennenswerten Nachteile (E.1.1):

„Es hat doch bisher auch immer gut funktioniert.“

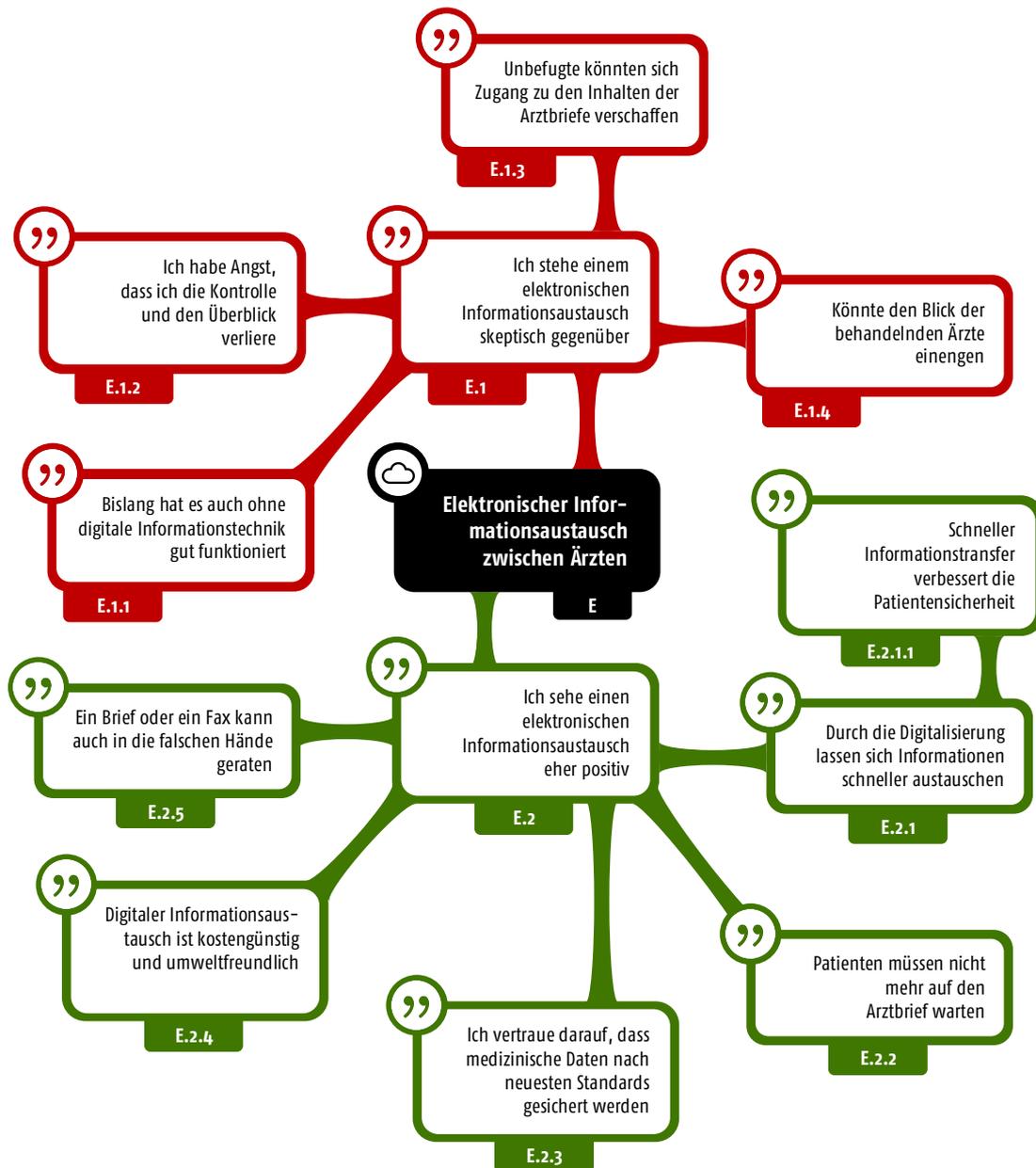


Abbildung 8: Diskussionskarte zum elektronischen Informationsaustausch zwischen den Ärzten (E)

Mehr Chancen als Nutzen?

Auch die Befürworter eines elektronischen Informationsaustauschs gingen davon aus, dass die digitale Datenübermittlung immer mit gewissen Risiken verbunden ist. Sie setzten an dieser Stelle jedoch größeres Vertrauen in die Sicherungsmaßnahmen und die Verlässlichkeit des Datenschutzes

im Gesundheitswesen (E.2.3). Gleichzeitig wiesen Sie auf den Nutzen hin, der ihrer Ansicht nach überwiege. Dabei führten sie an, dass auch ein Brief oder Fax vom medizinischen Fachpersonal eingesehen oder in falsche Hände geraten könnte (E.2.5).

FAZIT | Elektronischer Informationsaustausch

Insgesamt traf die Umstellung vom papierbasierten auf einen elektronischen Informationsaustausch unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf Wohlwollen. Dabei wurden Erleichterungen für die ärztliche Seite ebenso wie für Patientinnen und Patienten geschildert. Die meisten Befürworter des elektronischen Informationsaustauschs setzten voraus, dass im Gesundheitswesen alle technisch möglichen Maßnahmen ergriffen werden, um die Übermittlung der Daten so gut wie möglich zu sichern.

Eine kleinere Gruppe von Kritikern war nicht bereit, die mit der digitalen Datenübermittlung einhergehenden Sicherheitsrisiken in Kauf zu nehmen und lehnte den elektronischen Informationsaustausch daher grundsätzlich ab. Die betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer befürchteten, dass ihre Daten in die falschen Hände geraten könnten.

Bemerkenswert erscheint die Tatsache, dass die Digitalisierung des Informationsaustauschs häufig auch mit einer Form des ‚Kontrollverlusts‘ über Informationsflüsse assoziiert wurde. Diese wie auch die übrigen in der Diskussionskarte aufgeworfenen Positionen verdeutlichen mögliche Vorbehalte und liefern so wichtige Hinweise für die Information und Aufklärung zu diesem Thema.

gegenen können. In diesem Zusammenhang beschrieben sie einen offenen und angstfreien Umgang mit ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt.

Auf gezielte Rückfrage der Moderatoren konnten die Beteiligten der Gruppendiskussionen jedoch auch meist situative Erfahrungen schildern, in denen negative Affekte wie Aufregung und Nervosität in den Vordergrund treten (F.1).

„Der Blutdruck steigt, es stimmt nichts mehr. Ist ein ganz blödes Gefühl.“

Solche Emotionen treten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zufolge häufig dann auf, wenn eine Diagnose ansteht und noch nicht klar ist, ob sie möglicherweise unter einer bedrohlichen Erkrankung leiden (F.1.4).

„Wenn man weiß, was man hat, ist es nicht schlimm. Wenn man nicht weiß was man hat, hat man ein ungutes Gefühl.“

„Da bin ich dann schon sehr nervös. Auf der einen Seite will man eigentlich keine Diagnose, auf der anderen Seite will man sie, damit man endlich was Greifbares hat.“

Vertrauenssache

Als wichtige Einflussvariable auf solche Unsicherheiten und Ängste wurde das Vertrauensverhältnis zum Arzt angeführt. Dieses wiederum wurde häufig mit der Dauer des Behandlungsverhältnisses in Verbindung gebracht (F.1.3).

„Ich finde es ist immer sehr unterschiedlich, je nachdem wie gut man den Arzt kennt. Wenn man neu bei dem Arzt ist, ist es immer so ein austarieren, ja so ein wechselseitiges Kennenlernen. Wie tickt der, wie ticke ich oder wie verhalten wir uns beide. Beim Hausarzt ist es was Anderes, den kenne ich. Aber die Fachärzte kennt man manchmal nicht und dann ist es eher nicht gleichwertig. Nicht so auf einer Augenhöhe.“

In vielen Diskussionsbeiträgen zeigten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Verständnis für den Zeitmangel der Ärzte, beschrieben diesen aber dennoch als Ursache für negative Gefühle und Unbehagen.

04.6 Arzt-Patienten-Interaktion

Im dritten und letzten Themenblock der Fokusgruppen stand die Arzt-Patienten-Interaktion im Mittelpunkt der Diskussion. Dabei wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zunächst gezielt gefragt, wie sie sich fühlen, nachdem die Ärztin oder der Arzt das Sprechzimmer betreten hat.

Wie auch in der repräsentativen Versichertenbefragung (Forschungsgruppe Wahlen 2016) berichteten die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass sie ihrem Arzt vertrauen und auf Augenhöhe be-

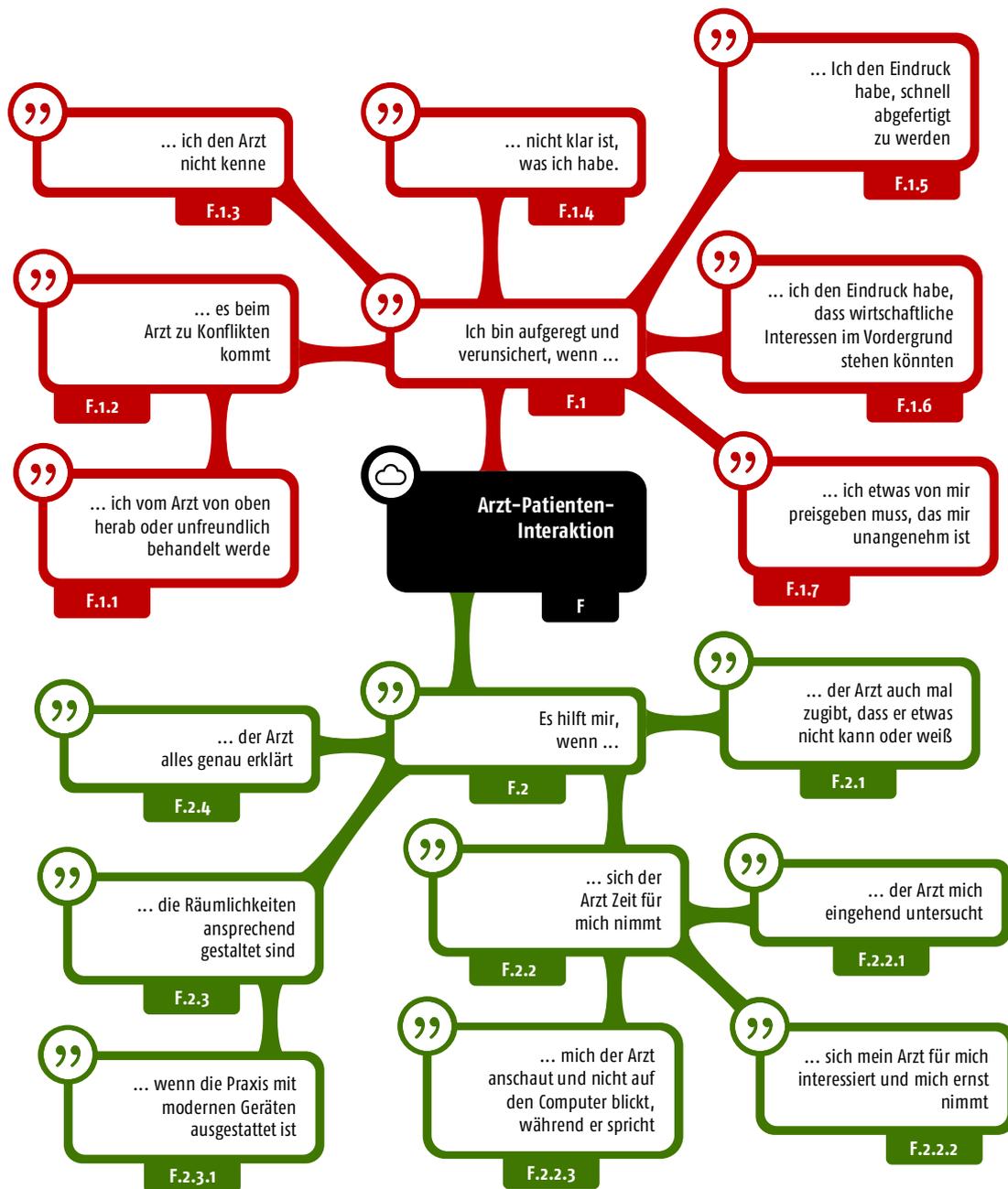


Abbildung 9: Diskussionskarte zur Arzt-Patienten-Interaktion (F)

Häufig angeführt wurde auch das Gefühl, schnell ‚abgefertigt‘ zu werden – ohne dass die Ärztin oder der Arzt auf den Patienten eingeht oder sich Zeit für eine eingehende körperliche Untersuchung nimmt (F.1.5).

„Wenn er mir nicht in die Augen schaut, mehr auf den Bildschirm, tastet mich gar nicht ab, sondern will nur schnell eine Überweisung in die Hand drücken, dann merke ich: Das läuft auf einer oberflächlichen Schiene ab, dann möchte ich auch

gleich wieder abhauen zum Nächsten.“

„Wenn sich der Arzt so verhält, als ob er auf dem Sprung ist zum Nächsten. Wenn ich reinkomme und er soll mir was erklären und ich merke, der ist geistig schon wieder woanders oder der wühlt in irgendwelchen Zetteln rum. Wenn ich merke, der hört überhaupt nicht zu, dann fühle ich mich schlecht.“

Wirtschaftliche Interessen

Andere Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer bezogen sich auf die Presseberichterstattung über unnötige Operationen und Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL) und berichteten von großer Verunsicherung, dass wirtschaftliche Interessen in den Vordergrund ihrer Behandlung rücken könnten (F.1.6).

„Ich hab' immer eine große Unsicherheit, weil ich denke, dass einige Ärzte aus wirtschaftlichen Interessen handeln und weniger an das Wohl des Patienten denken könnten.“

„Das ist gängige Praxis. Pharmaunternehmen haben starken Einfluss auf die Ärzte. (...) Es gibt ja auch diese IGEL-Leistungen, die werden von den Ärzten immer sehr empfohlen. Andererseits hört man auch, das bräuchte man gar nicht.“

Zum Thema IGEL-Leistungen schilderten Teilnehmerinnen und Teilnehmer in drei von vier Fokusgruppen Erfahrungen beim Augenarzt. Allen gemeinsam war das Gefühl, dass Ihnen hier eine Selbstzahler-Leistung aufgedrängt wurde. In der Konsequenz berichteten sie von einem gestörten Vertrauensverhältnis, das in einigen Fällen zum Wechsel des Facharztes führte:

„Ich habe ein halbes Jahr auf einen Termin beim Augenarzt gewartet. Ich bin gekommen und die Empfangsdame hat mir diese Augeninnendruckmessung angeboten. Die habe ich abgelehnt und ich wurde ganz böse angeschaut. Und irgendwas hat sie gemurmelt, dann könnte ich auch gleich zum Optiker gehen. Wenn ich das nächste Mal einen Augenarzt brauche, werden ich mir einen anderen suchen.“

Scham und Konflikte

Als weiteren Auslöser von Unsicherheit und Ängsten nannten die Diskussionsteilnehmer die Preisgabe intimer, möglicherweise schambesetzter Informationen (F.1.7).

„Es geht ja zum Teil um sensible Sachen beim Arzt. Ich kann nur dann mit dem Ganzen rauskommen, wenn ich dem voll und ganz vertrauen kann.“

Deutlich emotionaler wurden die Gefühlsbeschreibungen im Kontext von Konflikten mit dem Arzt (F.1.2). Diese wurden besonders dann als angstbesetzt beschrieben, wenn die Patienten auf dem Land lebten und keine praktikable Möglichkeit sahen, den Arzt zu wechseln (F.1.1):

„Ich bin auf dem Dorf groß geworden, da hatten wir nur einen Arzt, da musste man dann hin. Ich hab' mich bei dem dann immer unwohl gefühlt. (...) Der Arzt hatte eine sehr herrische Art und Weise, dann war es schon unangenehm, ihm gegenüberzutreten zu müssen.“

Mehr Zeit

Bei der Frage, welche Maßnahmen helfen könnten, um negativen Affekten im Arzt-Patienten-Kontakt begegnen zu können, waren sich die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer über alle vier Gruppen hinweg einig, dass der Faktor Zeit hier eine entscheidende Rolle spielen würde.

„Wenn man generell wüsste, dass die Ärzte mehr Zeit haben. Das würde helfen. Dass die unter Zeitdruck stehen, das weiß ja jeder.“

„Es kommt drauf an, wie mich mein Arzt wahrnimmt. Ob er mich ernst nimmt, oder ob er mich nur abtut und schnell den nächsten Patienten dran nehmen möchte. Das ist letztlich auch eine Frage, wieviel Zeit der sich nimmt.“

„Das geht nur durch Zeit. Durch die Beziehung, die wächst im Gespräch. Die Beziehung muss stimmen.“

In Verbindung damit wünschten sich die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer eine eingehende Untersuchung (F.2.2.1) und legten dar-

über hinaus großen Wert darauf, dass die Ärztin oder der Arzt auf sie eingeht, ihnen zuhört und auf richtiges Interesse signalisiert (F.2.2.2).

„Wenn ich merke, der Arzt fragt auch mal nach, dann hat er Interesse an meinem Befinden. Dann fühle ich mich wohl. Wenn er Interesse zeigt, wenn er meine Sprache versteht und auch meinen Humor hat, es geht um das Zwischenmenschliche. Dann sage ich, hier bin ich gut aufgehoben. Wenn er mir nicht in die Augen schaut und es geht nur zack-zack, dann bleib ich nicht bei dem.“

Häufig problematisiert wurden in diesem Zusammenhang Situationen, in denen die Ärztin oder der Arzt auf den Computerbildschirm blickt, während er mit den Patienten spricht. Hier wünschen sich Patientinnen und Patienten Augenkontakt und eine zugewandte Körpersprache (F.2.2.3).

„Und wenn der Arzt nicht von einem Computer verdeckt ist, oder von Büchern, finde ich das schon mal hilfreich. Ich möchte keinen Arzt, der vor dem Computer sitzt und alles eintippt. Ich möchte mit ihm sprechen.“

„Ich war mal bei einer Ärztin, die hat sich noch nicht mal hinter den Schreibtisch gesetzt, sondern an die Seite. Das fand ich angenehm, ich hatte das Gefühl, sie interessiert sich für meine Probleme. Dann hast du aber auch Ärzte, die nur vor ihrem Computer sitzen, dann ist auch die ganze Umgebung gleich steril.“

Transparenz

Darüber hinaus berichteten die Teilnehmenden, dass eine ausführliche Aufklärung helfen kann, die Angst vor einer Erkrankung zu reduzieren (F.2.4).

„Mir gibt es Sicherheit, wenn der Arzt transparent handelt. Dass er sagt, warum er jetzt den Schritt geht und das dann auch irgendwie begründet.“

Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiesen in diesem Zusammenhang aber auch darauf hin, dass Ärztinnen und Ärzte nicht alles wissen müssten und könnten. Es würde sie daher durchaus beruhigen, wenn sie dies auch einräumen würden (F.2.1):

„Wenn sich Ärzte selbst unsicher sind, sollten sie das auch zugeben. Es würde mir helfen, ihm zu

vertrauen, wenn ich weiß: Jetzt sagt er was, da ist er sich sicher und bei einer anderen Sache ist er sich nicht sicher und sagt, gehen sie mal zu einem Kollegen.“

Setting

Schließlich führten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus, dass eine ansprechende Gestaltung der Räumlichkeiten negativen Gefühlen entgegenwirken könnte (F.2.3, F.2.3.1).

„Das ist ja nicht nur der Arzt selbst, sondern auch das Drumherum. Die Gestaltung des Sprechzimmers wirkt sich auch auf das Wohlfühlen aus.“

„Wenn Hintergrundmusik läuft, wenn man reinkommt, das ist angenehm. Nicht das ganz Sterile. Farben machen auch was aus.“

Neben der eigentlichen Raumgestaltung wünschten sich Einzelne zudem eine moderne technische Geräteausstattung, weil sie davon ausgingen, dass die Behandlung dann nach neuesten Standards erfolge.

„Mich beruhigt es auch, wenn die Geräte und die Ausstattung in der Praxis modern sind.“

Schließlich empfanden einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die räumliche Trennung von Beratung und Behandlung als hilfreich:

„Ich finde das ja eigentlich auch ganz wichtig oder ganz schön, wenn ich den Arzt erst mal in einem anderen Raum kennen lerne, als in dem, in dem er mich behandelt. Also ein kurzes Gespräch, wo ich ihm gegenüber sitze.“

FAZIT | Arzt-Patienten-Interaktion

Wie in der repräsentativen Versichertenbefragung beschrieben auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer meist ein sehr gutes, vertrauensvolles und angstfreies Verhältnis zu den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Nichtsdestotrotz treten im Behandlungskontext immer wieder auch Unsicherheiten, Ängste und Nervosität auf.

Im Zusammenhang mit derart negativen Affekten beschrieben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer häufig Situationen, in denen die

Diagnose unklar war, in denen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte unter Zeitdruck standen oder in denen es zu Konflikten mit der behandelnden Ärztin oder dem Arzt kam. Darüber hinaus wurden negative Gefühle im Behandlungssetting erwähnt, wenn kein gewachsenes Vertrauensverhältnis bestand, intime Informationen preisgegeben werden mussten oder der Verdacht wirtschaftlicher Interessen im Raum stand.

In derart stressbesetzten Situationen wurden all jene Maßnahmen als hilfreich empfunden, die mit personaler Zuwendung einhergehen. Hierzu zählt neben einer zugewandten Grundhaltung, aufrichtigem Interesse, aktivem Nachfragen und einer eingehenden körperlichen Untersuchung auch Transparenz über Entscheidungen und Behandlungsschritte. Darüber hinaus wurden auch die räumliche Gestaltung des Behandlungssettings sowie die Ausstattung mit modernen Geräten als hilfreiche Faktoren benannt.

Die Summe der Diskussionsbeiträge unterstreicht die Bedeutung von Zeit und personaler Zuwendung im Rahmen der medizinischen Versorgung und zeigt deren Einfluss auf die emotionale Verfassung und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auf.

„Was ich ein bisschen schwierig finde, ist die Vermittlung von dem was man eigentlich hat. Denn man redet ja persönlich in einer ganz anderen Sprache, als die Fachsprache des Arztes ist. Und, das funktioniert nicht immer reibungslos.“

In solchen Fällen würden die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach eigenen Angaben nachfragen und die Ärztin oder den Arzt um eine verständliche Erklärung bitten (G.1).

„Dann würde ich halt nachfragen, bis ich es verstehe.“

„Wenn der mir irgendwelche Fachbegriffe um die Ohren haut, sage ich: Bitte sagen sie mir was es ist. Dann sagt er es auf Deutsch und dann weiß ich es.“

Um verständliche Erklärungen einzufordern, haben Einzelne zudem eigene Strategien entwickelt und erprobt:

„Wenn ich das Gefühl habe, er redet nur dieses Fachchinesisch, um mich abzuwimmeln, dann frage ich immer: Kann man das essen? Wenn er mir das so erklärt, muss er doch wissen, dass ich kein Arztkollege bin. Er muss doch davon ausgehen, dass ich nicht verstehe, was er mir sagt. Ich komme ja nicht mit einem Roche und einem Pschyrembel unter dem Arm.“

04.7 Aufklärung und Verständigung

Das letzte der in den vier Fokusgruppen aufgerufenen Themen betraf die Verständigung zwischen Arzt und Patient. Wie die repräsentative Versichertenbefragung zeigt, ist ein großer Teil der Patientinnen und Patienten mit den Erklärungen ihrer Ärztin oder ihres Arztes hoch zufrieden (vgl. Forschungsgruppe Wahlen 2016). Dieses Bild bestätigte sich auch in den Gruppendiskussionen: Die Verständlichkeit der Kommunikation mit ihrem Arzt wurde von den wenigsten Gesprächsteilnehmern als problematisch empfunden. Lediglich die Verwendung von Fachbegriffen wurde gelegentlich thematisiert.

Internet

Bemerkenswerterweise erwarteten viele Gesprächsteilnehmer im Rahmen der ärztlichen Aufklärung nur eine grobe Skizzierung der wichtigsten Aspekte sowie eine treffende Bezeichnung ihrer Erkrankung, um dann im Anschluss auf eigene Faust im Internet zu recherchieren (G.6).

„Auf manchen Seiten wird auch ein bisschen was erklärt. Das Wissen, das es dazu gibt oder was vielleicht die Ursachen sind, wie das im Körper funktioniert. Und das würde ein Arzt doch nie so bei mir machen. Der wird doch gar nicht die Zeit haben, mir zu erklären, was wirklich das Problem ist. Da muss ich nachher sowieso noch mal nachlesen, was jetzt wirklich gelaufen ist und was die Ursachen sind. Da hilft das Internet einfach, dass man das selbst noch mal besser verstehen kann.“

„Das mit dem Google ist gar nicht so schlecht. Ich habe mal zwischen Tür und Angel einen Befund gekriegt. Das ist ja ein Fachdeutsch! Und dann habe ich notgedrungen gedacht: Naja, da guckst Du mal, was das für Werte sind und was das eigentlich bedeutet.“

Fast ausnahmslos berichteten die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer von einer solch komplementären Nutzung digitaler Patienteninformationen – unabhängig vom Alter. Ein Teil würde nicht einmal nachfragen, wenn sie etwas im Arzt-Patientengespräch nicht verstehen. Stattdessen würden sie es direkt im Internet versuchen. Eine

dritte Gruppe recherchiert schon vorab anhand der vorliegenden Symptome, um sich auf das Arztgespräch vorzubereiten (G.2).

„Also, ich gucke schon im Vorfeld eigentlich. Schon um zu wissen, ob es sich überhaupt lohnt, zum Arzt zu gehen oder nicht. Das ist so ein fortlaufender Informationsfluss im Vorfeld. Das hilft mir auch, mich beim Arzt klarer auszudrücken, meine Beschwerden besser zu schildern. Wenn sich eine Diagnose bestätigt hat, schaue ich im Nachgang auch noch mal im Netz nach bis ich da ganz klar bin und alle Zusammenhänge verstanden habe.“

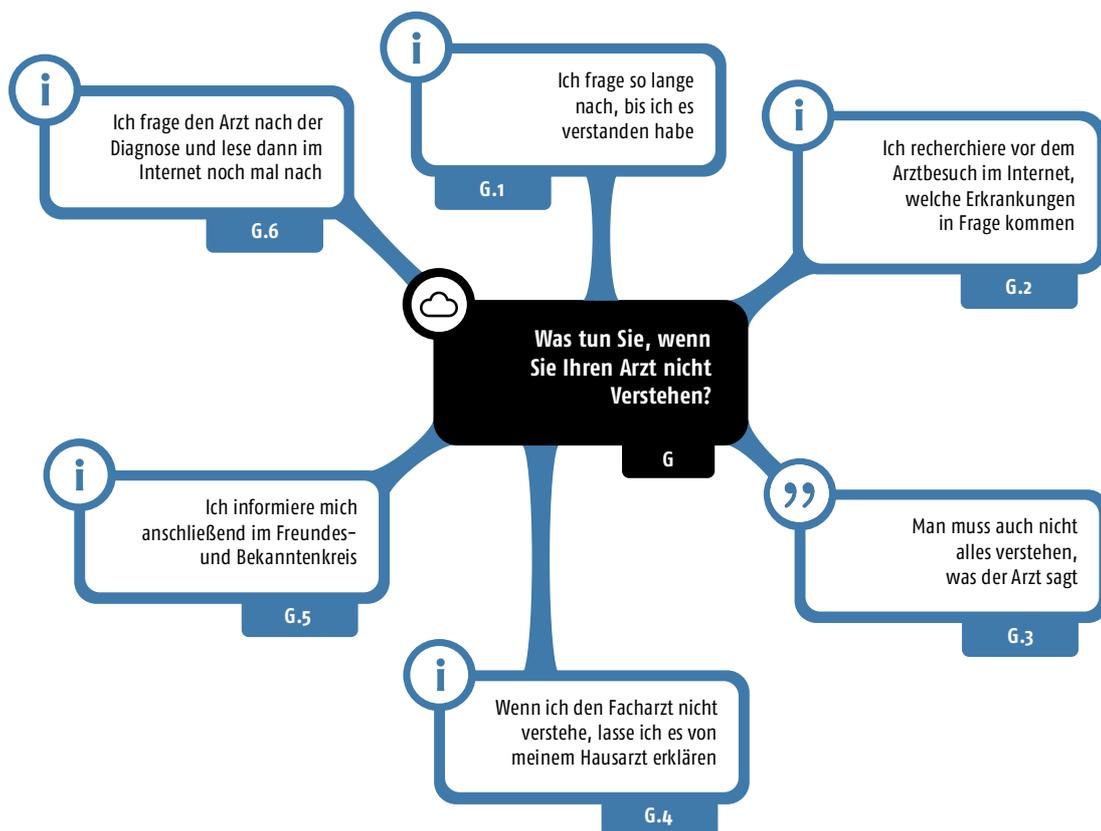


Abbildung 10: Diskussionskarte zu Aufklärung und Verständigung (G)

Kompetenznetz

Neben dem Nachfragen und der Recherche im Internet konnten drei weitere Positionen zur Frage der Verständlichkeit in der Arzt-Patienten-Kommunikation herausgearbeitet werden: Einzelne Gesprächsteilnehmer berichteten, dass sie sich bei Freunden, Bekannten oder Familienmitgliedern erkundigen (G.5).

„Also, ich versuche mich auch vorher ein bisschen zu informieren – bei Leuten die man kennt. Man hat ja immer ein paar Leute an der Hand, wo man weiß, die sind in der Richtung vielleicht ein bisschen versierter.“

Einen Sonderfall bildet weiterhin die Kommunikation mit dem Facharzt: Wird hier etwas nicht verstanden, fragen viele Gesprächsteilnehmer im Anschluss an den Facharztbesuch bei ihrem Hausarzt nach (G.4).

„Meistens läuft das ja so. Der Radiologe macht das CT, guckt sich die Bilder an und sagt: Sie haben zwei Bandscheibenvorfälle auf der und der Etage. Und den Rest erklärt Ihnen Ihr Hausarzt.“

Blackbox

Schließlich sei noch eine kleinere Gruppe an Gesprächsteilnehmern erwähnt, die der Ansicht war, dass Patientinnen und Patienten Vieles gar nicht verstehen müssten, weil sie mangels medizinischer Ausbildung ohnehin keine Behandlungsentscheidungen treffen könnten (C).

„Aber ich kann das nicht entscheiden, mir fehlt das medizinische Studium, das Fachwissen. Für mich ist das eine Blackbox. Wenn mein Arzt mir sagt, wir haben die Erfahrungswerte mit dem und dem Medikament, das ist jetzt zwanzig Jahre auf dem Markt und die Nebenwirkungen sind bekannt. Alle anderen, die jetzt neu sind, können wir noch nicht einschätzen. Dann habe ich eine Auswahl in Anführungszeichen.“

FAZIT | Aufklärung und Verständigung

In der Gesamtschau zeichnete sich in den Diskussionsbeiträgen eine hohe Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Verständlichkeit der Erklärungen ab. Den Schilderungen zufolge, verwenden Ärztinnen und Ärzte zwar häufig Fachbegriffe. Die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer fordern nach eigenen Angaben aber eine verständliche Erklärung ein, wenn sie etwas nicht verstehen.

Durchaus erstaunlich war in diesem Kontext die Erwartungshaltung bezüglich des Umfangs und der Inhalte des Aufklärungshandelns. Unter Berufung auf den Zeitmangel der Ärztinnen und Ärzte gaben sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer verständlichen Diagnose und Handlungsanleitung zufrieden. Bei der Information über Zusammenhänge und Hintergründe der eigenen Erkrankung schien hingegen das Internet eine zentrale Rolle als Informationsquelle zu spielen. Angesichts der bestehenden Qualitätsdefizite digitaler Angebote erscheint eine weitere Untersuchung und kritische Beobachtung dieses Informationshandelns ratsam.

05

Literatur

- Bohnsack, R.** (2005): Die Methode der Gruppendiskussion. In: Schmitz, S.-U.; Schubert, K. (Hrsg.): Einführung in die Politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Leske & Budrich, S. 69–87.
- Bortz, J; Döring, N.** (2005): *Forschungsmethoden und Evaluation. für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer, S. 279.
- Dresing, T.; Pehl, T.** (2013): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg: www.audiotranskription.de/praxisbuch [16-08-02]
- Flick, U.** (2006): Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte – Methoden – Umsetzungen. Hamburg: Rohwohlt.
- Forschungsgruppe Wahlen** (2016): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2016 – Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Harrell, M.** (2010): *Creating argument diagrams*. Online: https://www.academia.edu/772321/Creating_Argument_Diagrams [16-08-02]
- Krueger, R.A.; Casey, M.A.** (2009): Focus groups – A practical guide for applied research (4. Ausgabe). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stewart, D.W; Shamdasani, P.N.** (1990): Focus Groups: Theory and Practice. Newbury Park, London, New Delhi: Sage Publications.