

Patientenperspektiven 2017

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

Berlin, August 2017

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 2017

**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	6
03	Teilnehmerinnen und Teilnehmer	8
04	Ergebnisse	10
04.1	Implizite Muster der Versorgungsnutzung	10
04.1.1	<i>Selbstbehandlung und Zuwarten</i>	11
04.1.2	<i>Apotheke</i>	13
04.1.3	<i>Heilpraktiker</i>	14
04.1.4	<i>Hausarzt</i>	16
04.1.5	<i>Facharzt</i>	18
04.1.6	<i>Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigungen</i>	19
04.1.7	<i>Notfallambulanz des Krankenhauses</i>	22
04.1.8	<i>Notruf 112</i>	24
04.2	Gesundheitskompetenz und Verständlichkeit	25
04.3	Nutzung des Internets in Gesundheitsfragen	29
04.3.1	<i>Nutzungsanlässe und -motive</i>	29
04.3.2	<i>Subjektive Qualitätsbewertung</i>	33
04.3.3	<i>Videosprechstunde</i>	35
04.3.4	<i>Gesundheits-Apps</i>	39
05	Literatur	41

01

Zu diesem Bericht

Um die Gesundheitsversorgung patientenorientiert weiterentwickeln zu können, ist es notwendig, die Perspektive der Patienten zu kennen und deren Wünsche, Befürchtungen und Erfahrungen zu berücksichtigen. Ergänzend zur regelmäßig stattfindenden repräsentativen Versichertenbefragungen führt die Kassenärztliche Bundesvereinigung daher schon seit einigen Jahren auch qualitative Untersuchungen durch, um die Sichtweisen und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten zu erkunden. Der Bericht Patientenperspektiven 2017 fasst die Ergebnisse der diesjährigen Untersuchung zusammen.

Im Rahmen der Untersuchung wurden in vier deutschen Städten Fokusgruppen durchgeführt. Inhaltlich ging es dabei um unterschiedliche Themenblöcke wie die Inanspruchnahme unterschiedlicher Versorgungsinstanzen, die Gesundheitskompetenz im Versorgungsalltag und die Nutzung des Internets in Gesundheitsfragen. 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 eingesetzt 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.

HINWEIS

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 Versichertenbefragung zu verstehen.

Die Durchführung der insgesamt vier Fokusgruppen erfolgte im Mai 2017 in den Städten Hamburg, Münster, Dresden und München. Insgesamt beteiligten sich 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Diskussionen, die mittels eines Leitfadens im Sinne eines teilstandardisierten Interviews strukturiert wurden.

Die Moderation der jeweils achtköpfigen Gruppen erfolgte in allen Fällen durch eine Moderatorin 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 in Abstimmung mit der Kasernenärztlichen Bundesvereinigung.

Konkret wurden 13 Einzelthemen aus drei Themenblöcken gesetzt, die sich mit der Nutzung unterschiedlicher Versorgungsinstanzen, der Verständlichkeit der Kommunikation und der Nutzung des Internets in Gesundheitsfragen beschäftigten.

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

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 eine weitere Person überprüft.

Im Rahmen der Analyse wurden insgesamt 114 Aussagen, Argumente und Positionen identifiziert. Sie wurden den Themenblöcken inhaltlich zugeordnet, in ein hierarchisches Ordnungssystem gebracht und kodiert. Dabei kam eine Kombination aus induktiver und deduktiver Kodierung zum Einsatz. 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.

Wie in Abbildung 1 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.3). 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.1.3)

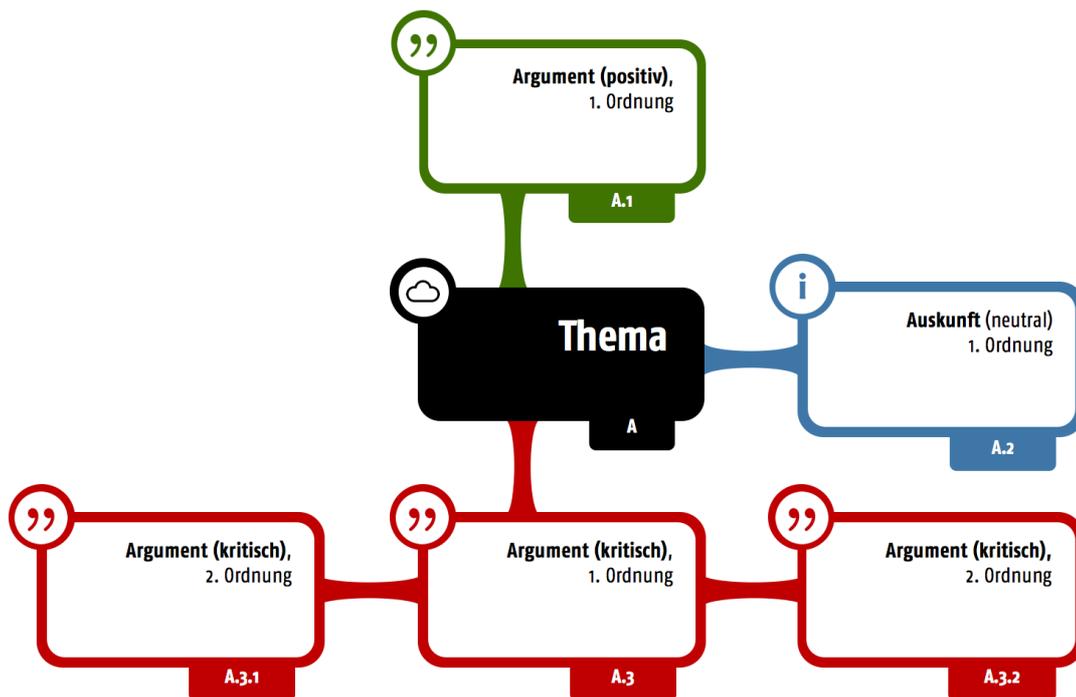


Abbildung 1: Schematische Darstellung einer Diskussionskarte

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. Zum Teil handelte es sich bei den Aussagen auch eher um Auskünfte als um eine Bewertung. Solche neutralen Argumente und 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 (vgl. Abb. 2).

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 Hamburg, München, Dresden und Münster und somit in vier unterschiedlichen Städten durchgeführt. Dabei wohnten nur 16 der insgesamt 32 Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer in einer dieser Städte, während die andere Hälfte aus einer ländlichen Region bzw. einem Wohnort mit weniger als 25.000 Einwohnern stammte.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug 45,7 Jahre und rangierte zwischen 23 und 75 Jahren (Median 45,5). Auch in Bezug auf die Geschlechterverteilung war das Verhältnis aus Männern (16) und Frauen (16) ausgeglichen. Gleiches gilt für das Vorliegen einer chronischen Erkrankung. Hier berichteten 16 der insgesamt 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einer solchen Diagnose.

Sozialstatus

18 Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer waren teilweise oder voll erwerbstätig, vier waren Schüler oder Studenten, weitere drei waren arbeitslos bzw. arbeitssuchend und sieben bezogen eine Rente. 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten Abitur, elf hatten mittlere Reife oder einen vergleichbaren Schulabschluss. Sieben hatten einen Hauptschul- oder Volksschulabschluss und ein Teilnehmer hatte keinen Schulabschluss. Drei Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren privat krankenversichert, die übrigen 29 waren Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung. Vier Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten eine Zuwanderungsgeschichte.

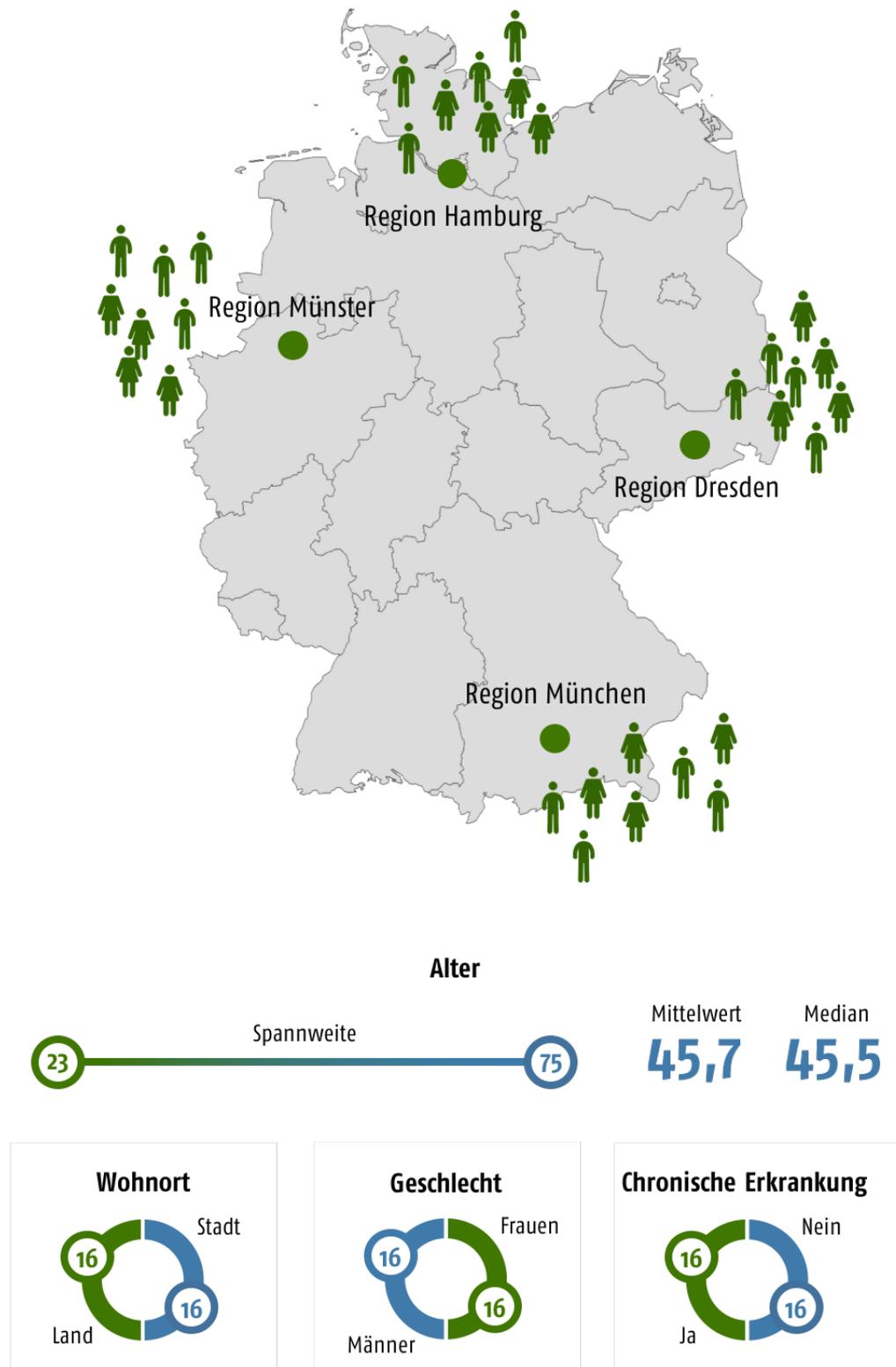


Abbildung 2: Beschreibung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

04 Ergebnisse

04.1 Implizite Muster der Versorgungsnutzung

Zu Beginn des ersten Themenblocks erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Liste unterschiedlicher Versorgungs- und Behandlungsinstanzen von der Apotheke über den Hausarzt bis hin zur Notfallambulanz eines Krankenhauses (vgl. Abb. 3). Sie wurden gebeten, zu erläutern, wann sie sich mit einem Gesundheitsproblem an welche Instanz wenden würden.

In den Ausführungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer offenbarten sich **übergeordnete Strategien, die den Umgang mit gesundheitlichen Problemen und das Nutzungsverhalten im Gesundheitssystem prägen**. So tastet sich ein Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer entlang einer Eskalationskette von der Selbstbehandlung, über die hausärztliche zur ambulanten fachärztlichen Behandlung bis hin zur stationären Versorgung langsam vor. Andere wiederum fragen auf direk-

tem Wege fachärztliche Behandlung nach oder suchen auch bei leichten Beschwerden die Notfallambulanz eines Krankenhauses auf.

Im Gesprächsverlauf der einzelnen Gruppendiskussionen zeigten sich auch **ganz unterschiedliche Haltungen und Erwartungen an das Gesundheitssystem**, die häufig den Rahmen für die Vielzahl der im Folgenden vorgestellten Nutzungsmuster und Erfahrungen bilden: Ein Teil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer versuchte die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Gründe für diese seltene Inanspruchnahme variierten von der Angst vor unangenehmen Behandlungen bis hin zu der Tatsache, dass die betreffenden Personen nur sehr selten gesundheitliche Probleme hatten.

Im Gegensatz zu diesen sehr zurückhaltenden Nutzern des Gesundheitssystems berichtete eine andere Gruppe von einer intensiven Nutzung der unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen – sehr häufig im Kontext einer chronischen Erkrankung.

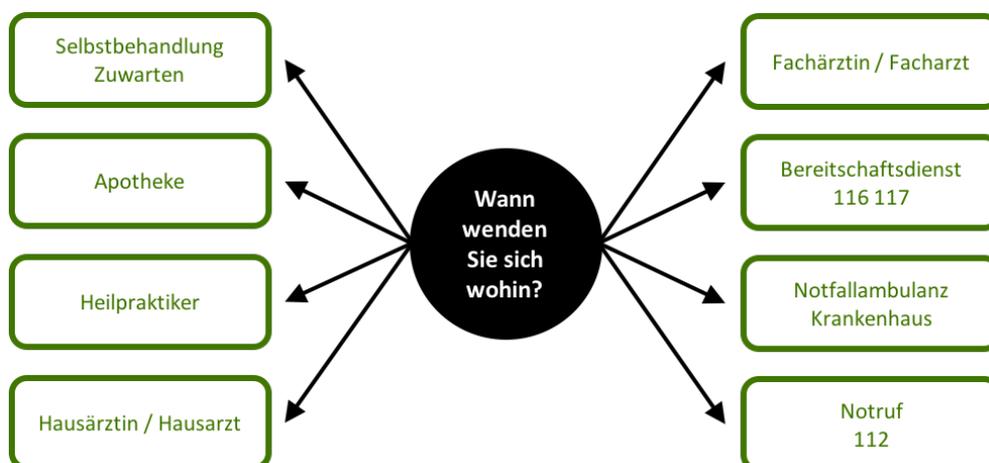


Abbildung 3: Versorgungsinstanzen im Überblick

Andere wiederum schilderten Angst vor möglichen schweren Erkrankungen und beschrieben Nutzerpfade bei der Inanspruchnahme diagnostischer Leistungen, die einem Bedürfnis nach Beruhigung und Sicherheit folgen. Eine weitere Gruppe legte schließlich besonders großen Wert auf die Praktikabilität der Behandlung sowie die Vereinbarkeit mit Arbeitszeiten und anderen terminlichen Verpflichtungen.

Vorgelagerte Suchprozesse

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussion schilderten Such- und Auswahlprozesse mit einer vorgelagerten Phase der Information und Orientierung: Sie beschrieben, dass sie sich bei Vorliegen eines gesundheitlichen Problems **zunächst informieren, um mögliche Ursachen oder in Frage kommende Krankheitsbilder einzugrenzen und Möglichkeiten der Selbstbehandlung abzuwägen**. Die am häufigsten genannte Informationsquelle war dabei das Internet:

„Ich schaue erstmal im Internet nach, was es sein könnte. Meistens gibt es da auch Behandlungstipps und Hausmittel.“

Neben dem Internet wurde auch der **Austausch mit Familienangehörigen, Freunden und Bekannten** beschrieben:

„Ich frage immer meine Frau oder meine Schwägerin. Die ist Krankenschwester und kann gut einschätzen, ob man sich einfach nur drei Tage ins Bett legen oder doch besser zum Arzt gehen sollte.“

Als besonders hilfreiche Informationsquelle wurden zudem **telefonische Angebote zur ärztlichen Beratung** genannt:

„Bei meiner Krankenkasse gibt es so eine Beratungshotline, wo man mit Ärzten direkt sprechen kann. Das ist eine sehr gute Sache, wenn man herausfinden will, ob es was Ernstes ist und ob man lieber zum Arzt gehen oder vielleicht sogar ins Krankenhaus fahren sollte.“

Einzelne Teilnehmer berichteten, dass sie bei Vorliegen eines gesundheitlichen Problems in jedem Fall einen Arzt oder eine andere medizinische Einrichtung aufsuchen würden. Sofern die Beschwerden kein sofortiges Handeln notwendig erscheinen

lassen, wählten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer aber zunächst diesen Weg der Information und Beratung, um die passende Versorgungsinstanz zu ermitteln.

04.1.1 Selbstbehandlung und Zuwarten

Neben den unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen des Gesundheitssystems waren **Selbstbehandlung oder auch gar keine Behandlung unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern eine häufig genannte Handlungsoption (A.1)**:

„Ich schaue erstmal, ob es von selbst wieder weggeht. Und zum Arzt gehe ich erst, wenn es schlimmer wird.“

In diesem Zusammenhang wurden auch sogenannte „Hausmittel“ wie Wadenwickel, Kräutertees oder Inhalation erwähnt. Die betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer teilten die These, dass ein gesundheitliches Problem nicht immer einen medizinischen Behandlungsbedarf nach sich zieht (A.1.1).

„Bevor ich stundenlang im Wartesaal sitze, versuche ich immer zuerst, mich selbst zu heilen. Manchmal helfen auch Hausmittel. Wenn's zum Beispiel im Hals zwickt, gehe ich immer in den Garten, nehme ein Salbeiblatt und kaue drauf.“

Dieser eher abwartenden Haltung stand in der Diskussion eine sicherheitsorientierte Haltung gegenüber, die vielmehr auf potentielle Risiken der Selbstbehandlung fokussierte (A.2.1):

„Also ein grippaler Infekt kann auch eine Folge von Leukämie sein. Man hat ja selbst nicht Medizin studiert und dann kann man das auch nicht beurteilen. Man sollte sicherheitshalber auch bei kleineren Sachen zum Arzt gehen und das gründlich abklären lassen.“

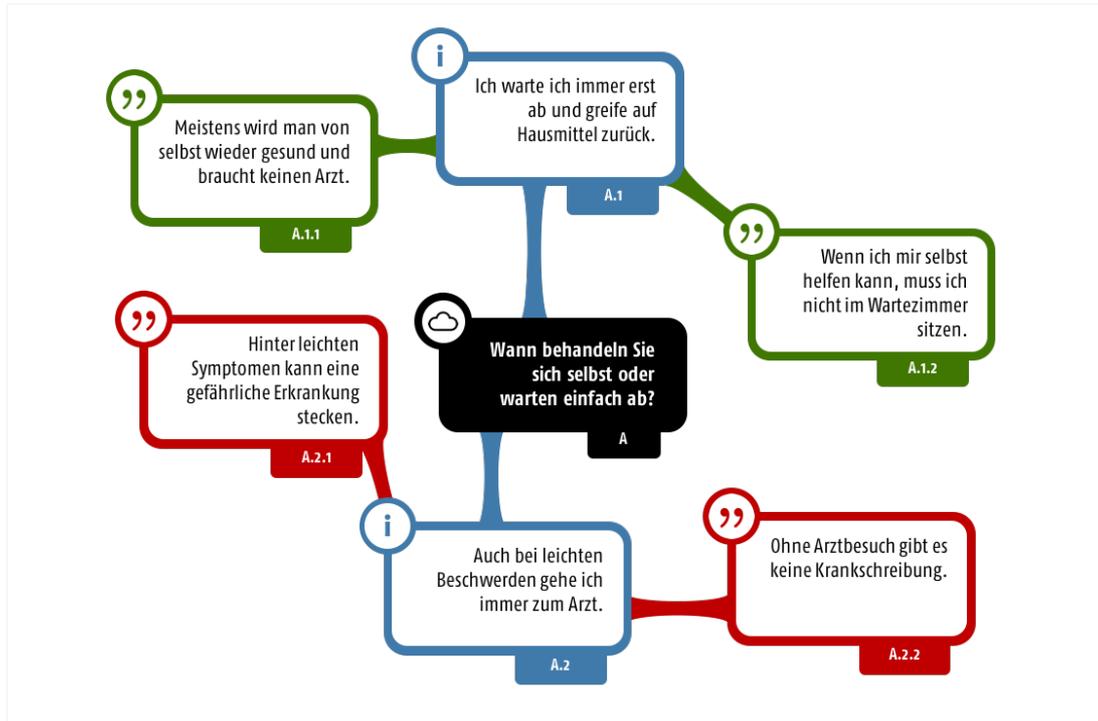


Abbildung 4: Diskussionskarte Selbstbehandlung und Zuwarten

Als weiteren Grund für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen nannten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die **Ausstellung einer Arbeitsfähigkeitsbescheinigung**, die ohne Arztbesuch nicht möglich sei (A.2.2). Vor diesem Hintergrund würden sie auch dann eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen, wenn eine medizinische Diagnostik und Behandlung ihrer Einschätzung zufolge nicht unbedingt erforderlich sei.

FAZIT | Selbstbehandlung und Zuwarten

In der Gesamtschau ließen sich zwei gegenläufige Grundhaltungen im Umgang mit gesundheitlichen Problemen ausmachen: Eine

Gruppe versuchte, den Kontakt mit dem Gesundheitssystem zu vermeiden und gab an, gerade bei leichteren Beschwerden zunächst abzuwarten und gegebenenfalls auf Hausmittel zurückzugreifen. Sie folgte dabei der Annahme, dass viele Beschwerden mit der Zeit von selbst wieder abklingen und nicht alle gesundheitlichen Probleme ärztlicher Hilfe bedürfen.

Eine ebenso große Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern konsultierte nach eigenen Angaben auch bei leichten Beschwerden eine Ärztin oder einen Arzt, um eine schwerwiegende Erkrankung auszuschließen. Ein häufig angeführter Grund war auch die Notwendigkeit der Vorlage einer Arbeitsfähigkeitsbescheinigung beim Arbeitgeber.

04.1.2

Apotheke

Für einen Großteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist die Apotheke **bei weniger schwerwiegenden Gesundheitsproblemen die erste Anlaufstelle** im Gesundheitssystem (B.1). Noch bevor die Strukturen der ärztlichen Versorgung in Anspruch genommen werden, greifen sie nach eigenen Angaben häufig auf Arzneimittel, aber auch auf Beratungsleistungen aus der Apotheke zurück:

„Man schaut ja immer erst, dass man sich in der Apotheke ein paar Pillen holt. Und dann wartet man ab, ob es nicht von selbst besser wird.“

Besonders hervorgehoben wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dabei der niederschwellige Zugang zur Apotheke (B.1.1).

„Apotheken gibt es ja an jeder Ecke. Die haben zu den normalen Geschäftszeiten immer auf, man kann einfach reingehen, braucht keinen Termin und muss nicht warten. Und bei vielen Sachen können die einem auch schon weiterhelfen.“

Als typischer Anlass, eine Apotheke aufzusuchen wurden Erkältungssymptome, leichte Schmerzen, kleinere Verletzungen, trockene Augen, Allergien und leichte Magen-Darm-Beschwerden genannt.

„In die Apotheke gehe ich, wenn ich mich nur ein bisschen krank fühle. Bei Krankheiten, die geläufig sind. Husten, Schnupfen, Heiserkeit. Das kenne ich, das bringt einen nicht um, das ist nichts Ungewöhnliches. Das hat jeder.“

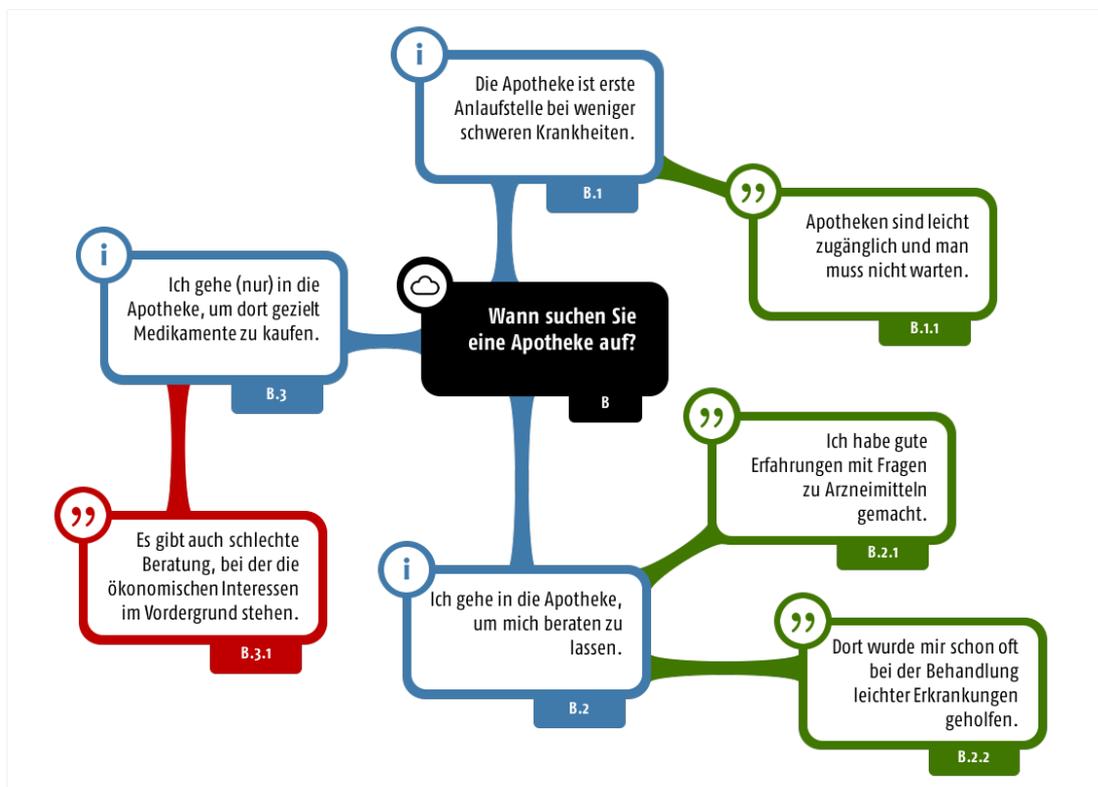


Abbildung 5: Diskussionskarte Apotheke

Während fast alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer angaben, die Apotheke bei Gesundheitsproblemen grundsätzlich zu nutzen, ergab sich **in Hinblick auf die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen ein geteiltes Bild**: So betrachtet ein Teil die Apotheke eher wie ein „*Fachgeschäft für Medikamente*“ und fragt dort gezielt meist bekannte und bewährte Arzneimittel nach (B.3). Das Beratungsangebot der Apotheken wurde von dieser Gruppe meist kritisch beschrieben (B.3.1):

„Es gibt auch schlechte Beratung in der Apotheke. Manche wollen nur Geld verdienen. Kasse auf, Kasse zu, guten Tag.“

Demgegenüber stand in den Gruppendiskussionen eine größere Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die die Beratung in Apotheken sehr schätzte (B.2).

„Ich lasse mich da oft beraten. Die können einem immer was empfehlen. Auch wenn man wegen der Dosierung noch mal Rückfragen hat oder nicht weiß, ob man den Hustenlöser oder doch besser den Hustenblocker nehmen soll.“

Gerade Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem ländlichen Raum beschrieben häufig **eine enge und langjährige Bindung an eine einzige Apotheke** mit einem ausgeprägten Vertrauensverhältnis zu den Apothekerinnen und Apothekern (B.2.2).

„Ich wohne auf dem Land und habe eine Hausapotheke, zu der ich immer gehe. Die haben eine ganz fähige Apothekerin, die mich schon länger kennt als mein Hausarzt. Mit der bespreche ich Vieles und habe mir schon so manchen Arztbesuch dadurch erspart.“

FAZIT | Apotheke

Die Apotheke entpuppte sich im Verlauf der hier durchgeführten Gruppendiskussionen als durchaus bedeutsame Instanz und Anlaufstelle für leichtere gesundheitliche Probleme. Ein entscheidendes Kriterium für die häufige Nutzung war nach Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer das dichte Netz an

Apotheken in Deutschland, die während der üblichen Geschäftszeiten und ohne Termin jederzeit leicht zugänglich sind.

Die Gewinnorientierung wurde zum Teil kritisch gesehen und die Unabhängigkeit der in Apotheken angebotenen Beratung von Einzelnen in Frage gestellt. Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten hingegen gute Erfahrungen gesammelt und ließen sich nicht nur in Hinblick auf die Anwendung von Arzneimitteln beraten, sondern fragten dort auch Informationen zu möglichen Diagnosen und Behandlungsoptionen nach.

04.1.3

Heilpraktiker

Neben der Selbstbehandlung mit Hausmitteln oder Arzneimitteln aus der Apotheke wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Moderatoren befragt, ob und wann sie eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker aufsuchen würden. **Eine Mehrheit äußerte sich daraufhin äußerst kritisch** und distanzierte sich von dieser Behandlungsoption (C.1, C.1.1, C.1.2, C.1.3):

„Das sind doch Scharlatane, da kann ja jeder so eine Praxis aufmachen und kranke Leute abzocken. Ich glaube da nicht dran und gehe nicht zum Heilpraktiker.“

Nichtsdestotrotz berichteten einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer, dass Sie sich gelegentlich oder regelmäßig an eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker wenden. Als wichtigstes Argument nannten sie in diesem Zusammenhang die **Qualität der Kommunikation sowie den ganzheitlichen Behandlungsansatz** (C.4.1, C.4.2).

„Ich gehe zum Heilpraktiker. Der hört mir zu, lässt mich ausreden und ich habe nie das Gefühl, dass einem die Zeit im Nacken sitzt. Dabei geht es nicht nur um das, was jetzt gerade wehtut. Da geht es um mich als Ganzes.“

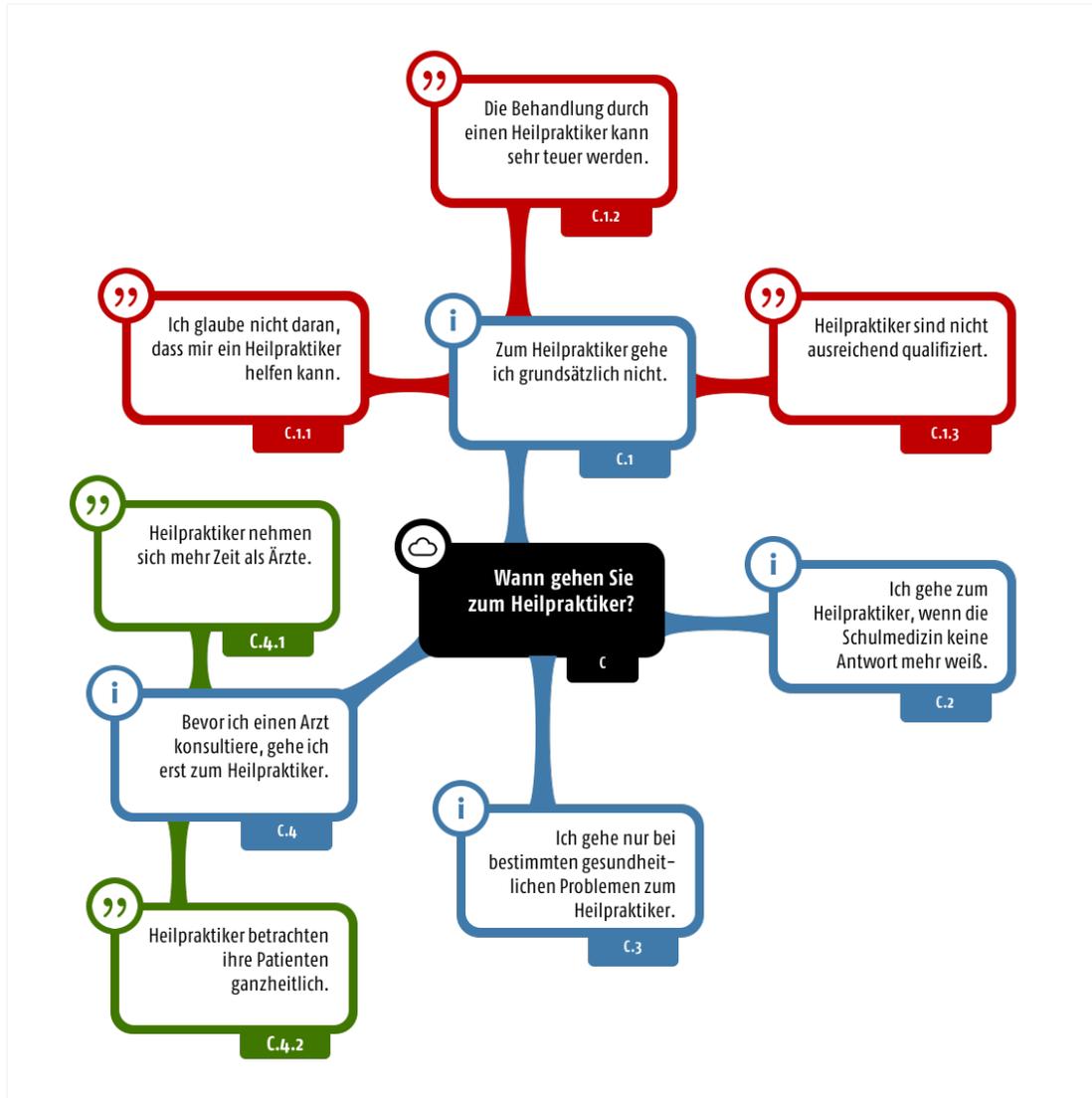


Abbildung 6: Diskussionskarte Heilpraktiker

Diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich an Heilpraktiker wenden, nutzen diese nach eigenen Angaben nicht als Alternative, sondern vielmehr **ergänzend zur Schulmedizin** (C.2, C.3, C.4). Häufig war der Besuch bei der Heilpraktikerin oder dem Heilpraktiker dem Arztbesuch vorgelagert (C.4).

„Ich habe eine sehr gute Heilpraktikerin, zu der ich erstmal gehe, bevor ich zum Hausarzt gehe. Es gibt Fälle, wo ein Heilpraktiker nicht weiterhelfen kann oder darf. Das sagt die dann aber auch.“

Zum Teil wurde die Entscheidung für eine Heilpraktikerin oder einen Heilpraktiker auch vom jeweiligen Behandlungsanlass abhängig gemacht (C.3). Allergien, Suchterkrankungen und Infektanfälligkeit wurden in diesem Zusammenhang häufiger erwähnt. Einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer suchten außerdem nach Behandlungsoptionen jenseits der Schulmedizin, wenn diese keine Behandlungsmöglichkeiten vorsieht (C.2).

Abschließend sei angemerkt, dass die **Diskussion an dieser Stelle sehr kontrovers geführt** wurde. Bei keiner anderen Versorgungsinstanz wurde in den vier Gruppen so emotional diskutiert.

FAZIT | Heilpraktiker

Der Gang zum Heilpraktiker kam nur für einen kleineren Teil der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer in Frage. Die Kritiker hinterfragten die Wirksamkeit und Qualität der Behandlungsmethoden, warnten vor den Kosten und wiesen auf mögliche gesundheitliche Risiken hin.

Die Befürworter stellten hingegen den ganzheitlichen Behandlungsansatz in den Vordergrund und lobten die Gesprächsführung und Zuwendung, die sie beim Heilpraktiker erfahren. Innerhalb der Gruppendiskussionen wurde eine zur ärztlichen Versorgung ergänzende und keine ausschließliche Nutzung beschrieben.

04.1.4

Hausarzt

Wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Eindruck hatten, dass ärztliche Hilfe erforderlich ist, wurde die **Hausärztin oder der Hausarzt in den meisten Fällen als erste Anlaufstelle** benannt (D1). Sie beschrieben häufig ein enges Vertrauensverhältnis, das bereits über einen sehr langen Zeitraum hinweg besteht (D.1.1).

„Eigentlich geht man doch immer zuerst zum Hausarzt. Für mich ist er die erste Anlaufstelle – in allen Fragen, in denen es um meine Gesundheit geht. Er kennt mich und ist so eine Art Sammelstelle. Da läuft alles zusammen und ich kriege da auch immer ganz einfach einen Termin oder gehe einfach hin.“

Einen Facharzt suchten die Vertreterinnen und Vertreter dieser Gruppe in der Regel nur auf Überweisung des Hausarztes auf.

„Das ist doch der normale Weg. Man geht zuerst zum Hausarzt und wenn der meint, dass man weitermuss, dann bekommt man eine Überweisung. Ganz oft kann einem der Hausarzt aber auch bei Problemen helfen, von denen man gedacht hätte, dass man zum Facharzt überwiesen wird.“

Die Rolle des Hausarztes als erster Anlaufpunkt in allen Gesundheitsfragen wurde jedoch nicht von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern geteilt. Einige gaben an, den Hausarzt **nur bei leichteren Erkrankungen** wie beispielsweise einem grippalen Infekt aufzusuchen und in anderen Fällen direkt zum niedergelassenen Facharzt zu gehen – vorausgesetzt sie konnten ihre Beschwerden einer Fachrichtung zuordnen. Andernfalls würden Sie wiederum den Hausarzt aufsuchen (D.4).

„Wenn ich unsicher bin, was ich habe, gehe ich zum Hausarzt. Aber wenn ich zum Beispiel umgeknickt bin, dann gehe ich gleich zum Orthopäden.“

Bescheinigungen

Neben einer medizinischen Behandlungsbedürftigkeit nannten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen sehr häufig auch das **Ausstellen von Bescheinigungen und ärztlichen Attesten als Motiv, die Hausärztin oder den Hausarzt aufzusuchen** (D.2). Dabei bildete die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung den am häufigsten genannten Grund:

„Also ganz ehrlich, oft genug geht man doch nur zum Arzt, um die Krankschreibung zu bekommen. Man hat irgendeinen Grippevirus, es geht einem nicht richtig schlecht, aber man kann damit eben nicht arbeiten. Man würde damit eigentlich nicht unbedingt zum Arzt gehen, aber man braucht halt den gelben Schein, damit man zu Hause bleiben kann.“

Kein Hausarzt

Als letzte Gruppe seien hier die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erwähnt, die nach eigenen Angaben keine Hausärztin oder keinen Hausarzt hatten (D.3). Die betreffenden Personen begründeten dies meist damit, dass sie nur selten krank seien und folglich keinen Hausarzt benötigten (D.3.2):

„Ich habe gar keinen Hausarzt. Ich gehe nur zum Arzt, wenn ich krank bin. Das passiert nur alle paar Jahre und dann ist es mir egal, bei welchem Arzt ich lande.“

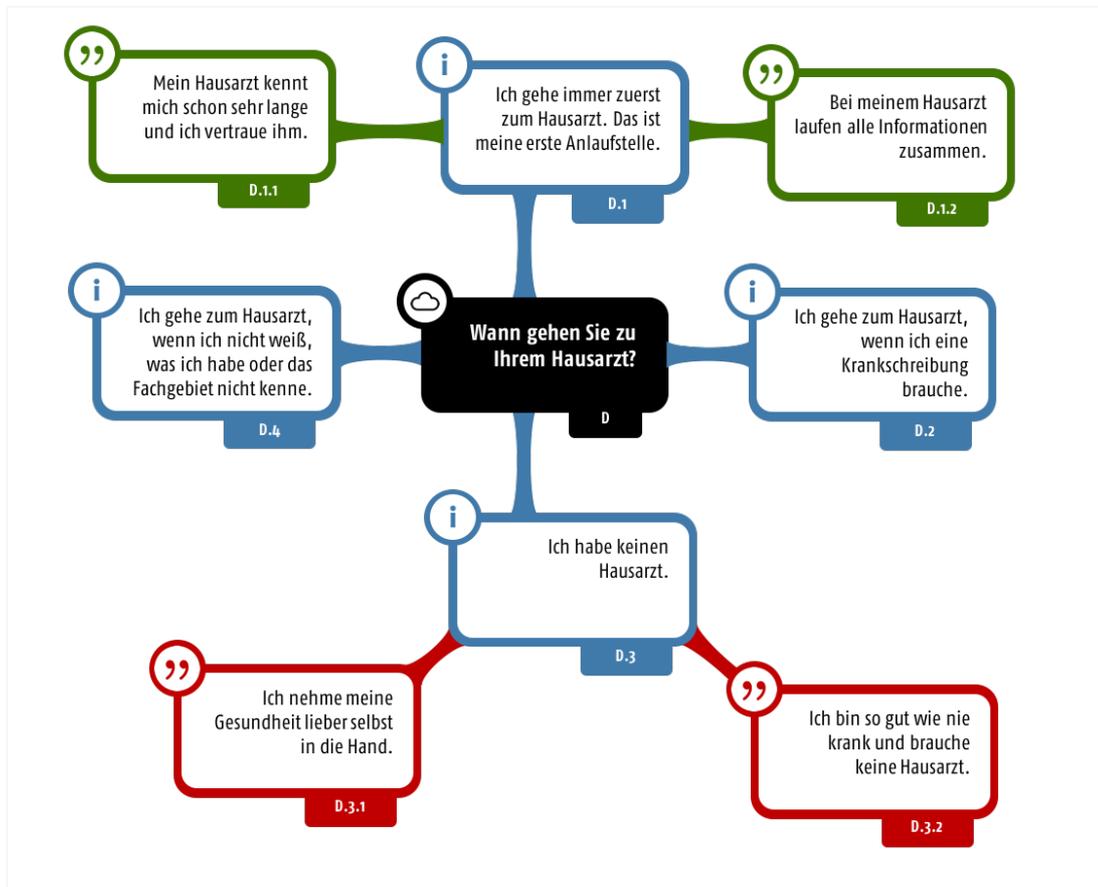


Abbildung 7: Diskussionskarte Hausarzt

Auf Rückfrage berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ohne festen Hausarzt, dass sie in Abhängigkeit des Behandlungsanlasses durchaus Fachärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin aufsuchen würden. Diese würden aber häufig gewechselt und nicht im Sinne einer Koordinierungsinstanz genutzt (D.3.1).

„Wenn ich zu einem Allgemeinmediziner gehe, muss das ja noch lange nicht mein Hausarzt werden.“

So variiert die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zugeschriebene Rolle der Allgemeinmedizin beträchtlich – vom Spezialisten über die Gutachterfunktion bis hin zur allgemeinen Anlaufstelle in allen Gesundheitsfragen. Aus diesen Rollenzuschreibungen ergeben sich ganz unterschiedliche Erwartungen an die Allgemeinmedizin,

aber auch stark variierende Nutzungspfade in der hausärztlichen Versorgung.

FAZIT | Hausarzt

Den Ausführungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer folgend, existieren ganz unterschiedliche Rollenzuschreibungen in Bezug auf die Hausärztinnen und Hausärzte. Eine größere Gruppe betrachtete den Hausarzt als zentrale Anlaufstelle und Eingangstor in das Gesundheitssystem. Einen besonderen Stellenwert hatte in diesem Zusammenhang das ausgeprägte Vertrauensverhältnis, das in den Gruppendiskussionen immer wieder beschrieben wurde.

Eine etwas kleinere Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern suchte Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner nur bei bestimmten Indikationen oder Beschwerdebildern auf. Gleichzeitig nahm diese Gruppe auch fachärztliche Leistungen direkt und ohne Überweisung in Anspruch. Nachdenklich stimmt, dass medizinische Befunde und Informationen bei diesen Personen an keiner zentralen Stelle zusammenliefen oder gespeichert wurden. Auch die Medikation unterschiedlicher chronischer Erkrankungen wurde an keiner Stelle koordiniert.

Erwähnenswert erscheint bei den genannten Nutzungsmotiven der hausärztlichen Praxis auch das Ausstellen von Attesten und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, das aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr häufig den primären Anlass für den Besuch beim Hausarzt darstellte – ohne dass aus Patientensicht ein wirklicher Behandlungsbedarf vorlag. Besonders häufig wurde dies im Kontext grippaler Infekte berichtet.

04.1.5

Facharzt

Auf die Frage, wann Sie einen Facharzt aufsuchen würden, verwies etwa die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die **Überweisung durch den Hausarzt** (E.1). Der direkte Gang zum Facharzt kam für sie nicht oder nur selten in Frage (E.1.1).

„Also ich kann doch nicht zu einem Internisten gehen und sagen, ich will jetzt eine Magenspiegelung. Also das geht nun wirklich zu weit. Also ich verlasse mich erstmal auf meinen Hausarzt. Und wenn der sagt, dass ich zum Facharzt soll, dann gehe ich da hin.“

Andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer widersprachen an dieser Stelle und führten aus, dass sie

den Facharzt in vielen Fällen auch ohne eine Überweisung aufsuchen würden (E.2). Dabei verwiesen Sie auf die **besondere Erfahrung, Fachkompetenz und Expertise der fachärztlichen Versorgung** (E.2.1).

„Wenn klar ist, dass der Facharzt besser und gezielter behandeln kann, dann gehe ich doch nicht erst zum Hausarzt. Solange ich das Fachgebiet zuordnen kann, gehe ich zum Facharzt. Das sind die Spezialisten, die kennen sich mit den einzelnen Krankheiten noch besser aus.“

Ebenfalls erwähnt wurde die direkte Inanspruchnahme fachärztlicher **Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen** (E.3). Den direkten Weg zum Facharzt wählten die Teilnehmer auch dann wenn Sie davon ausgingen, dass in ihrem Fall eine bildgebende Diagnostik erforderlich ist:

„Es kommt ja auch immer darauf an, was man hat. Ich glaube mit Knieschmerzen kennt sich kein Hausarzt aus. Da geht man dann direkt zum Orthopäden. Und mit meiner gebrochenen Hand bin ich gleich zum Unfallchirurgen gefahren. Da war klar, dass das geröntgt werden musste.“

Eine besondere Gruppe in Hinblick auf die Nutzung der fachärztlichen Versorgung bildeten **Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung** (E.4). Sie befanden sich häufig in einer engmaschigen fachärztlichen Behandlung und suchten diese auch direkt auf.

„Manche Sachen habe ich schon seit Jahren. Da weiß ich dann schon, wann ich zu welchem Facharzt muss. Ich weiß zum Beispiel genau, wo ich meine Spritze kriege, wenn ich mal wieder Probleme mit dem Rücken habe. Und mit meinem Zucker muss ich auch regelmäßig zum Spezialisten. Da gehe ich dann immer direkt hin. Ich weiß ja, dass ich da an der richtigen Adresse bin.“

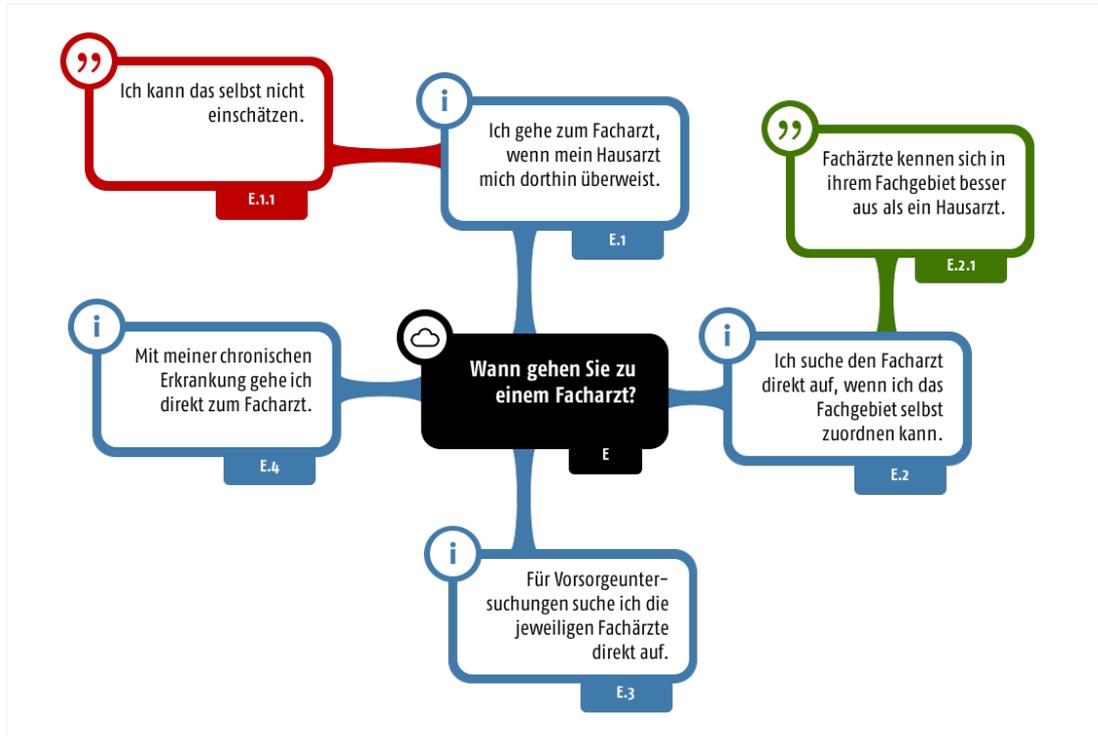


Abbildung 8: Diskussionskarte Facharzt

FAZIT | Facharzt

Den unterschiedlichen Nutzungsstrategien in der hausärztlichen Versorgung entsprechend, lassen sich auf Basis der Gruppendiskussionen auch im Bereich der fachärztlichen Versorgung zwei unterschiedliche Zugangsstrategien beschreiben. Eine hausärztlich orientierte Gruppe sucht einen Facharzt in der Regel nur dann auf, wenn eine entsprechende Überweisung des Hausarztes ausgestellt wurde.

Die zweite Gruppe wendet sich direkt an den Facharzt, wenn sich die Beschwerden nach eigenem Ermessen einer medizinischen Fachrichtung zuordnen lassen. Dabei folgt diese Gruppe offenbar der Annahme, dass fachärztliche Behandlung aufgrund des Spezialisierungsgrades grundsätzlich die hochwertigere Versorgungsvariante darstellt.

04.1.6

Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen

Der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde von den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern nicht thematisiert. Als sie durch die Moderatorin explizit darauf angesprochen und über die bundesweit einheitliche Rufnummer informiert wurden, **machte die Mehrheit der Teilnehmenden deutlich, dass Ihnen dieses Angebot bislang nicht bekannt sei (F.1):**

„Ich kenne das nicht und habe von dieser Nummer auch noch nie was gehört. Das müsste man mehr bekannt machen, dass es sowas gibt.“

Wie sich im Gesprächsverlauf herausstellte, bezog sich die geäußerte Unkenntnis in vielen Fällen aber nur auf die Institutionsbezeichnung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auf die Rufnummer 116117. **Das eigentliche Angebot vor Ort war den Teilnehmerinnen und Teilnehmern hingegen in vielen Fällen bekannt.**

Da die Moderatorinnen jeweils aus der Region stammten, in der die Fokusgruppe durchgeführt

wurde, waren die regionalen Versorgungsstrukturen vertraut und sie konnten Einrichtungen der ambulanten Notfallversorgung mit Adresse konkret benennen. Erst dann konnten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Bereitschaftsdienst der kassenärztlichen Vereinigungen mit einer konkreten Versorgungseinrichtung in ihrer Nähe in Verbindung bringen.

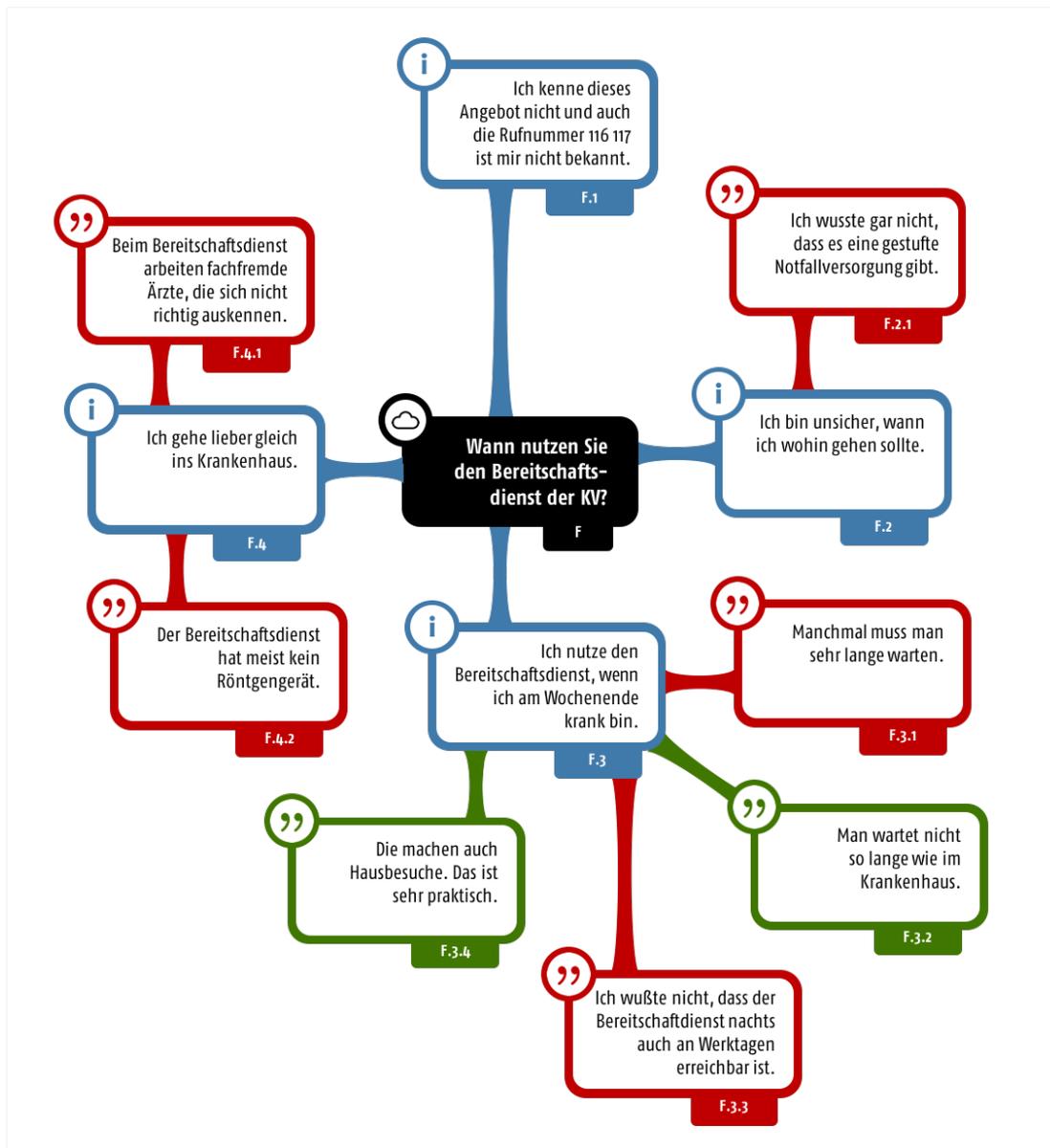


Abbildung 9: Diskussionskarte KV-Bereitschaftsdienst

Auf die Frage, in welchen Fällen Sie den Bereitschaftsdienst nutzen würden, hatten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer **Schwierigkeiten, zwischen ambulanter und stationärer Notfallversorgung zu unterscheiden** (F.2). Besonders große Schwierigkeiten hatten sie dann, wenn der Bereitschaftsdienst räumlich im oder am Krankenhaus verortet war.

„Bei uns gibt es so eine Anlaufpraxis im Krankenhaus. Da bin ich hingefahren, weil ich wieder Atemnot hatte. Und dann hat mich der Arzt untersucht und hat mir doch allen Ernstes eine Einweisung ins Krankenhaus ausgestellt. Da dachte ich erst, der wäre nicht ganz richtig im Kopf. Ich war doch schon im Krankenhaus und der weist mich ins Krankenhaus ein. Das ergibt doch keinen Sinn!“

„Ich verstehe das nicht. Ist das jetzt noch mal was anderes als der Notdienst im Krankenhaus? Das ist doch in der Uniklinik. Gehören die Ärzte da denn nicht zum Krankenhaus?“

All jene, denen der Bereitschaftsdienst bekannt war, hatten diesen meist am Wochenende in Anspruch genommen (F.3). Den wenigsten war dabei bewusst, dass das Angebot auch nachts an Werktagen erreichbar ist (F.3.2). Zum Teil äußerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr positive Erfahrungen.

„Das ist wirklich praktisch. Diese Notdienste gibt es an verschiedenen Stellen in der Stadt und wenn man am Wochenende mal etwas hat, kann man da immer hingehen. Man wird auch kompetent beraten. Ich habe gute Erfahrungen damit gemacht.“

„Wir haben ein Baby und wenn das mal krank ist, dann sind wir schnell unsicher, was wir machen sollen. Dann ist so ein Notdienst gut, wenn man einen Arzt hinzuziehen kann. Das beruhigt uns und meistens war es nicht notwendig, ins Krankenhaus zu fahren.“

Besonders positiv fielen die Bewertungen des Bereitschaftsdiensts zudem in solchen Städten aus, in denen neben Bereitschaftspraxen auch ein Fahrdienst angeboten wird (F.3.3).

„Ich habe 116117 angerufen und der Arzt ist dann innerhalb von einer halben Stunde zu mir nach Hause gekommen. Damit hätte ich wirklich nicht gerechnet.“

In diesem Kontext beschrieben einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch eine Fehlnutzung des Bereitschaftsdiensts bzw. insbesondere des Fahrdiensts:

„Die kommen zu einem nach Hause. Ich bin ja auch nicht mehr die Jüngste. Ich warte dann manchmal extra bis zum Wochenende ab. Das ist viel praktischer, wenn ich mich mit meiner kaputten Hüfte nicht zu meinem Hausarzt quälen muss.“

Bezüglich der Wartezeiten in den Notdienstpraxen ergab sich ein geteiltes Bild. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer gaben an, eher den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen aufzusuchen als die Notfallambulanz, da die Wartezeiten hier deutlich geringer seien (F.3.1.1).

„Da wartet man nicht so lange wie im Krankenhaus. Manchmal sogar schneller als in der normalen Praxis beim Haus- oder Facharzt.“

Andere wiederum waren gegenteiliger Meinung und kritisierten zu lange Wartezeiten (F.3.1):

„Da wartet man auch sehr lange. Habe selbst schon über zwei Stunden gewartet. Kann ich wirklich nicht empfehlen.“

Ebenfalls kritisch erwähnt wurde die Besetzung des Bereitschaftsdiensts mit unterschiedlichen Fachärzten (F.4.1). In diesem Zusammenhang wurde auch die Verfügbarkeit medizinischer Geräte und Einrichtungen thematisiert (F.4.2).

„Bei dem Bereitschaftsdienst sind oft Ärzte, die sich gar nicht richtig auskennen. Wie soll denn ein Augenarzt oder ein Psychotherapeut meine Atemnot behandeln? Im Krankenhaus sind das Fachärzte.“

FAZIT | KV-Bereitschaftsdienst

Die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gab an, den Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rufnummer 116117 nicht zu kennen. Auf Rückfrage waren die Notdienstpraxen in den einzelnen Regionen aber durchaus bekannt. Sie konnten diese den Kassenärztlichen Vereinigungen organisatorisch aber nicht zuordnen.

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten große Schwierigkeiten, einzuschätzen, wann sie den Bereitschaftsdienst und wann die Notfallambulanz eines Krankenhauses nutzen sollten. Einigen war überhaupt nicht bekannt, dass es eine Notfallversorgung im ambulanten wie im stationären Sektor existiert. Verwirrung entstand auch dann, wenn der Bereitschaftsdienst räumlich im Gebäude eines Krankenhauses untergebracht war.

Diejenigen, die den Bereitschaftsdienst schon einmal in Anspruch genommen hatten, schilderten meist positive Erfahrungen. Das gilt vor allem für solche Regionen, in denen neben Notfallpraxen auch ein Fahrdienst angeboten wird.

Kritische Stimmen thematisierten eine fehlende Spezialisierung der im Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte sowie eine begrenzte Verfügbarkeit medizinischer Geräte. Uneins waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezüglich der Frage, ob die Wartezeiten beim Bereitschaftsdienst geringer ausfallen als in der Notfallambulanz eines Krankenhauses.

04.1.7

Notfallambulanz des Krankenhauses

Auf die Frage, in welchen Situationen sie denn die Notfallambulanz eines Krankenhauses aufsuchen würden, erklärten viele der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer, dass Sie **ein Kranken-**

haus nur unter extremen Bedingungen in Anspruch nehmen würden (G.1). Dabei verwiesen sie auf lange Wartezeiten vor Ort, eine eher unfreundliche Atmosphäre (G.1.2) und teilweise auch mangelnde Krankenhaushygiene (G.1.1):

„Ich gehe nur ins Krankenhaus, wenn es nicht mehr anders geht. Freiwillig würde ich da nicht hingehen. Endlos lange Wartezeiten, sehr anonym und unfreundlich. Und dann sind da noch diese Bakterien und so ein Zeug.“

Als mögliche Ereignisse und Beschwerden für die Inanspruchnahme einer Notfallambulanz wurden von dieser Gruppe Brustschmerzen, Atemnot, große Wunden oder Verbrennungen, extreme Schmerzen und starke allergische Reaktionen genannt.

„Wenn der gesunde Menschenverstand sagt, dass man so krank ist, dass man im Krankenhaus behandelt werden muss, dann geht man auch dahin.“

Einzelne Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten, dass sie sich **bei gesundheitlichen Problemen außerhalb der Sprechzeiten ihres Hausarztes grundsätzlich an ein Krankenhaus** wenden würden (G.4). Andere wiederum machten die Nutzung einer Notfallambulanz auch an der angenommenen Notwendigkeit bildgebender Diagnostik fest:

„Ich bin umgeknickt und hatte einen geschwollenen Knöchel. Das musste ja geröntgt werden und deshalb bin ich gleich ins Krankenhaus gefahren.“

Eine weitere Gruppe beschrieb ein deutlich abweichendes Nutzungsverhalten. Dabei wurde die **Notfallambulanz eines Krankenhauses auch dann aufgesucht, wenn offensichtlich kein akuter Notfall vorlag**. Gründe für dieses Nutzungsverhalten lagen vor allem in der den Krankenhäusern zugeschriebenen Spezial- und Fachkompetenz, vor allem aber in der Praktikabilität der stationären Versorgung (G.3, G.4.1).

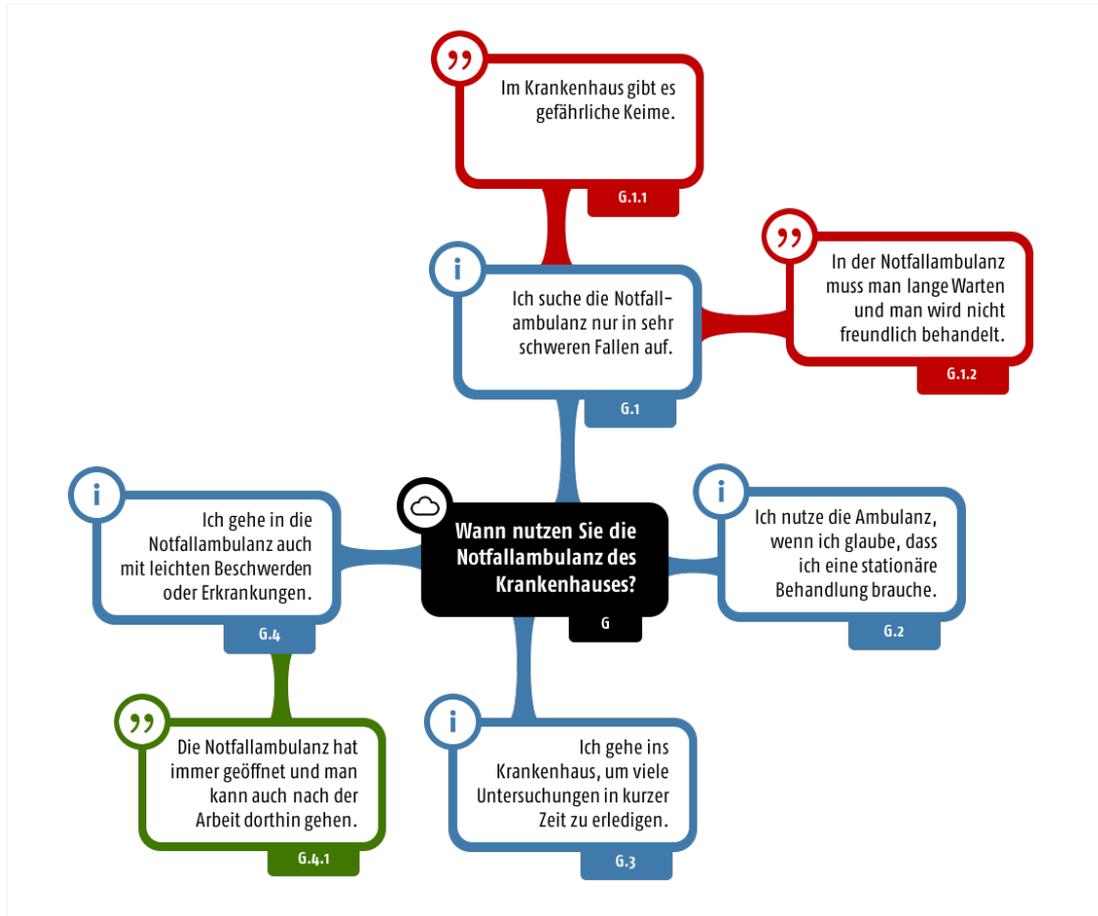


Abbildung 10: Diskussionskarte Notfallambulanz Krankenhaus

„Also ich finde es schwierig, dass man sich heutzutage nicht mehr 2–3 Tage ins Krankenhaus einweisen lassen kann, um sich richtig durchchecken zu lassen. Heute ist das so, dass ich zu unterschiedlichen Ärzten laufen muss. Jedes Mal ein neuer Termin. Im Krankenhaus haben die aber unterschiedliche Fachärzte, Röntgengeräte und so weiter unter einem Dach. Das ist doch viel praktischer und wenn mein Hausarzt mir keine Überweisung ausstellt, dann gehe ich halt in die Notaufnahme. Meistens klären die dann alles an einem Tag ab und ich muss nicht wochenlang zu unterschiedlichen Ärzten laufen.“

„Ich bin selbständig und muss in der Woche immer lange arbeiten. Da schaffe ich es einfach nicht, zum Arzt zu gehen. Und dann gehe ich auf dem Nach-Hause-Weg manchmal noch abends um

23.00 Uhr mit Ohrenscherzen in die Notfallambulanz. Das hat bisher eigentlich immer sehr gut funktioniert.“

FAZIT | Notfallambulanz Krankenhaus

Viele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben ein eher düsteres Bild der Notfallambulanzen mit sehr langen Wartezeiten, mangelnder Hygiene und einer wenig patientenfreundlichen Kommunikation. Sie gaben an, die Notfallambulanz eines Krankenhauses nur im Ausnahmefall zu nutzen und beschrieben in diesem Zusammenhang meist lebensbedrohliche Zustände, die eine stationäre Aufnahme erforderlich machen.

Andere wiederum lobten die diagnostischen Möglichkeiten wie auch die fachärztliche Versorgung rund um die Uhr. Sie gaben häufig an, die Notfallambulanz auch mit leichteren Beschwerden in Anspruch zu nehmen – zum Teil auch, um den Gang zu unterschiedlichen niedergelassenen Fachärzten zu ersparen oder keine zeitlichen Einschränkungen während der Arbeitszeit hinnehmen zu müssen.

04.1.8 Notruf 112

Ähnlich wie bei vielen anderen Instanzen der Gesundheitsversorgung lassen sich auch bei der Anforderung eines Rettungswagens zwei grundlegend unterschiedliche Nutzungsmuster beschreiben. Eine größere Gruppe gab an, den **Notruf nur in absoluten, lebensbedrohlichen Notfällen** anzurufen (H.1).

„Also, wenn ich den Rettungsdienst rufe, müsste es mir so schlecht gehen, dass ich am Boden liege und nicht mehr aufstehen kann. Ich müsste ersticken, vollkommen hilflos sein oder sowas. Das reicht nicht, wenn einfach nur der Fuß wehtut. Das muss schon mindestens ein schwerer Verkehrsunfall sein.“

Häufig genannt wurden in diesem Zusammenhang Indikationen wie ein Verdacht auf Herzinfarkt oder Schlaganfall, stark blutende Wunden, schwere Verbrennungen oder starke allergische Reaktionen. Eine zweite, etwas kleinere Gruppe beschrieb abweichende Motive für die Nutzung des Notrufs. Im Mittelpunkt stand dabei vor allem die **schnelle und einfache Verfügbarkeit eines Rettungswagens** (H.2, H.2.1).

„Ich habe schon ein paar Mal die Rettung angerufen. Ich wohne auf dem Dorf und ein Bekannter hat mir den Tipp gegeben. Die sind nicht in 2 Stunden da, die sind in 5 Minuten da. Das finde ich sehr beruhigend.“

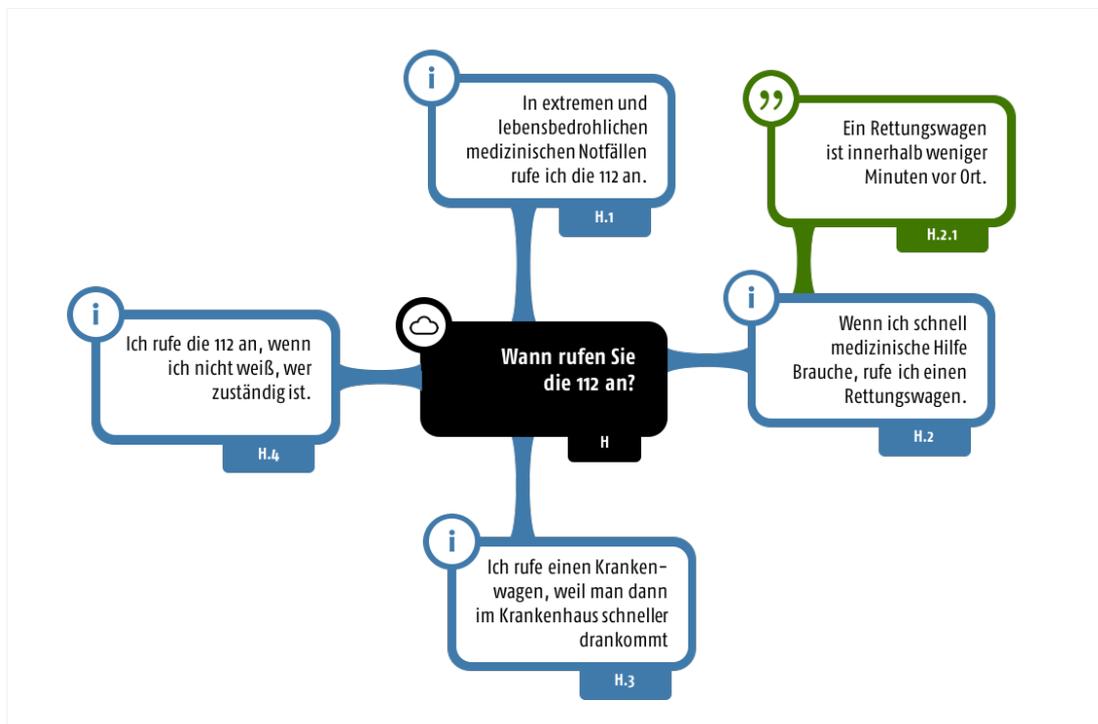


Abbildung 11: Diskussionskarte Notruf 112

In einzelnen Fällen führten Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch aus, dass Sie den Rettungswagen als Zugang zur stationären Versorgung nutzen, **um die Dringlichkeit der eigenen Behandlung zu unterstreichen** (H.3).

„Also beim Bereitschaftsdienst warte ich stundenlang, damit der mir dann sagt, ich müsse ins Krankenhaus. Wenn ich einen Notfall habe, dann rufe ich immer gleich die 112 an. Da wird man im Krankenhaus auch schneller drangenommen, wenn man mit dem RTW kommt.“

Eine weitere, sehr kleine Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern beschrieb den Notruf schließlich als den **einzig bekannten Anlaufpunkt in medizinischen Notfällen**. Ihnen waren die Strukturen und Möglichkeiten der gestuften Notfallversorgung meist unbekannt (H.4).

„Also im Falle eines Falles wüsste ich nicht so richtig, was ich machen sollte. Ich würde die 112 anrufen. Das ist die einzige Nummer, die ich kenne. Und die wüssten dann schon weiter. Das wäre die Anlaufstelle, wo ich mich beraten lasse.“

FAZIT | Notruf 112

Auch bei der Nutzung des Notrufs zeigte sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ein geteiltes Bild: Eine Gruppe wählte den Notruf nach eigenen Angaben nur im äußersten Notfall, etwa beim Verdacht auf einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall.

Einzelne Teilnehmer schilderten hingegen Nutzungsmuster, die im Sinne einer Fehlnutzung interpretiert werden könnten, etwa zur Verkürzung der Wartezeiten oder als telefonische Beratung bei gesundheitlichen Problemen. Diese Nutzungsmuster ließen sich in den konkreten Fällen auf Unkenntnis der Versorgungsstrukturen, aber auch auf eine bewusste Fehlnutzung zurückführen.

04.2 Gesundheitskompetenz und Verständlichkeit

Im zweiten Abschnitt der Gruppendiskussionen wurde das Gespräch auf die Kommunikation im Gesundheitswesen gelenkt. Im Mittelpunkt stand dabei die Frage, ob und an welchen Stellen der gesundheitlichen Versorgung die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Schwierigkeiten hatten, Informationen zu verstehen oder zu deuten.

Gute Noten für Hausärzte

In Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation zeigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppendiskussionen **mit der Aufklärung und Information vor allem durch die Hausärzte sehr zufrieden** und beschrieben in diesem Zusammenhang häufig eine **Veränderung der Informationsqualität im Verlauf der letzten Zeit**:

„Früher haben die Ärzte fast nur Latein gesprochen. Heute erklären sie mehr und sprechen so, dass der Patient es auch versteht.“

Für den Fall, dass sie etwas einmal nicht verstehen, äußerten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nur in wenigen Fällen Bedenken, sie könnten zu viel Zeit in Anspruch nehmen und die Ärztin oder den Arzt so verärgern. Die große Mehrheit zeigte sich hingegen selbstbewusst und gab an, aktiv nachzufragen und Erklärungen einzufordern.

„Ich frage den Arzt alles, was ich wissen will. Ich hinterfrage auch und habe da keine Hemmungen. Ich habe da nur gute Erfahrungen gemacht. Man kann fragen und dann bekommt man auch eine Antwort.“

Im Krankenhaus

Während im Bereich der ambulanten Versorgung nur wenig Unzufriedenheit in Hinblick auf die Verständlichkeit der Kommunikation geäußert wurde, zeigte sich ein anderes Bild im Bereich der stationären Versorgung. Hier schilderten zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer negative Erfahrungen.

„Es stimmt nicht, dass man einfach nur fragen muss und dann wird einem alles erklärt. Jedenfalls nicht im Krankenhaus. Da bin ich schon öfter abgefertigt worden. Dafür haben wir jetzt keine Zeit, heißt es da immer.“

Besonders problematisiert wurde in diesem Zusammenhang auch die **Kommunikation von Diagnosen und Therapieempfehlungen**. Hier wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gerade bei chronischen Erkrankungen weiterführende Erläuterungen zu den Auswirkungen einer Erkrankung auf das tägliche Leben.

„Ich habe eine chronische Erkrankung und wusste anfangs nichts davon. Der Arzt im Krankenhaus

hat mir zwar den lateinischen Namen für die Diagnose gesagt, aber nicht, was das für mich bedeutet. Ich wusste auch nicht, dass ich zum niedergelassenen Arzt gehen sollte, um mich da weiter behandeln zu lassen. Das habe ich erst ein halbes Jahr später von einem anderen Arzt erfahren, der die Diagnose dann noch mal gestellt hat.“

Zeitmangel

Als Ursache für defizitäre Kommunikation im ambulanten wie im stationären Sektor nannten die Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer vor allem den **Zeitmangel im Arzt-Patienten-Kontakt**.

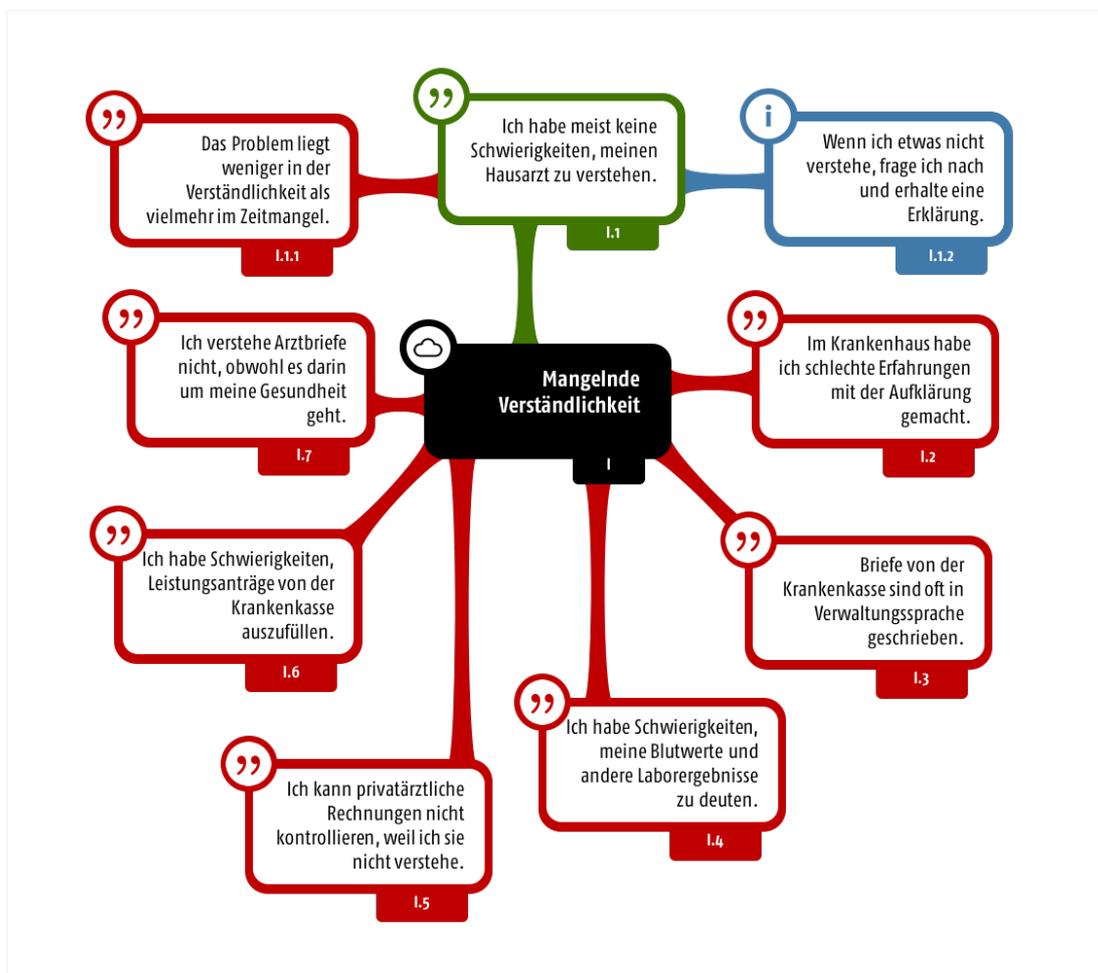


Abbildung 12: Diskussionskarte Mangelnde Verständlichkeit

„Also mein Problem ist, dass ich manchmal zu schnell abgespeist werde – aber nicht, dass ich nicht verstehe, was der Arzt sagt. Die Zeit ist einfach zu kurz. Es muss auch ein vernünftiges Gespräch zustande kommen können. Manche brauchen vielleicht auch ein bisschen Anlaufzeit, um warm zu werden. Die Ärzte hecheln aber von Patient zu Patient und sind auch schon wieder weg. Und hinterher sitzt man da und fragt sich, was das jetzt bedeutet, was der Arzt gerade gesagt hat.“

Arztbriefe

Im Rahmen der Diskussion um Erfahrungen mit mangelnder Verständlichkeit kamen sehr häufig Arztbriefe zur Sprache, die etwa im Kontext eines stationären Aufenthalts oder im Anschluss an fachärztliche Diagnostik erstellt und den Patienten zur Weiterleitung an die Hausärztin oder den Hausarzt ausgehändigt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren häufig der Ansicht, dass es Ihnen nicht zusteht, diese Arztbriefe zu öffnen. Mit einer einzigen Ausnahme gaben jedoch alle von ihnen an, diese Briefe vor der Weiterleitung an den eigentlichen Empfänger dennoch zu lesen.

„Also bei so Arztbriefen. Die sind zwar eigentlich nicht für mich gedacht, aber die liest man natürlich durch. Da kann ja sonst was drinstehen. Zum Beispiel, dass man Krebs hat oder so. Das möchte man schon gerne wissen und dann schaut man da rein.“

Erwartungsgemäß berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von einer mangelnden Laienverständlichkeit der Arztbriefe und schilderten gleichzeitig Strategien, sich den Inhalt dennoch zu erschließen. Hier wurden medizinische Lexika ebenso genannt wie die Rückfrage beim Hausarzt. In den meisten Fällen wurde aber das Internet als zentrale Informationsquelle angegeben.

„In den Arztbriefen steht immer so ein krasses Fachchinesisch drin. Ich kann zwar lesen, aber nicht, was die Ärzte da geschrieben haben. Und dann auch noch mit Abkürzungen. Das kann man nicht verstehen, aber man kann ja alles im Internet nachgucken. Da gibt es ja sogar Anbieter, die einem Arztbriefe kostenlos übersetzen. Das mit der

Fachsprache ist doch nun dank des Internets heute wirklich kein Problem mehr.“

Post von der Kasse

Verständnisprobleme beschrieben mehrere Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch beim **Schriftverkehr mit ihrer Krankenkasse**. Hier bezogen sie sich meist auf die in Bescheiden und Anschreiben verwendete Verwaltungssprache:

„Ich kriege öfter Post von meiner Krankenkasse. Da weiß ich immer nicht, was ich mit diesen Briefen anfangen soll. Das ist dann immer in so einer Amtssprache. Manchmal wollen die, dass ich irgendwas unterschreibe. Da kriege ich dann Angst, weil ich nicht verstehe, was die von mir wollen und welche Folgen das für mich hat.“

Unsicherheiten bei der Korrespondenz mit der Krankenkasse wurde auch bei der **Bearbeitung von Anträgen und Formularen** beschrieben.

„Ich hatte mal so einen Antrag zur Erstattung der Fahrtkosten zum Krankenhaus bekommen und den konnte ich überhaupt nicht verstehen. Der Arzt übrigens auch nicht. Wenn es um Anträge, Formulare und Verwaltungssprache geht, könnte man das auch verständlicher machen. Das ist manchmal schlimmer als die Steuererklärung.“

Laborwerte, Packungsbeilagen und Rechnungen

Neben Arztbriefen und Korrespondenz mit der Krankenkasse nannten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch weitere Bereiche, in denen sie Verständnisschwierigkeiten hatten. So zum Beispiel bei der **Beurteilung von Laborwerten oder der Interpretation von Häufigkeiten in Packungsbeilagen**.

„Packungsbeilagen kann man oft nicht verstehen. Mit diesem 1 zu 1000. Damit kann ich nichts anfangen. Ich muss das Medikament doch sowieso nehmen. Was soll ich denn mit dieser Information anfangen?“

Emotional reagierten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer als es um **privatärztliche Rechnungen auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** ging. Diese Rechnungen werden beispielsweise im

Kontext von Individuellen Gesundheitsleistungen gestellt. Hier bestand Einigkeit, dass die Rechnungen für Patientinnen und Patienten unverständlich sind. Folglich ist es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach eigenen Angaben **unmöglich, privatärztliche Rechnungen in Hinblick auf die formale und sachliche Richtigkeit hin zu überprüfen.**

„Also ich habe auch das Problem mit privaten IGeL-Rechnungen vom Arzt. Die sind dann immer so verschlüsselt. Und dann gibt es da noch so einen Steigerungssatz. Das kann man gar nicht nachvollziehen. Das finde ich eine richtige Unverschämtheit.“

wurden häufig genannt. Weitere Bereiche betrafen die Interpretation von Laborwerten, die Deutung von Häufigkeitsangaben in Packungsbeilagen, aber auch die Angabe von Gebührenziffern und Steigerungssätzen in privatärztlichen Rechnungen.

FAZIT | Gesundheitskompetenz und Kommunikation

Nur wenige Teilnehmerinnen und Teilnehmer berichteten von Schwierigkeiten, ihre niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu verstehen. Während sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Sprache und Ausdrucksweise also insgesamt zufrieden zeigten, wünschte sich die Mehrheit allerdings ausführlichere Informationen und mehr Zeit für Kommunikation.

Andere Erfahrungen schilderten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Bezug auf die Behandlung im Krankenhaus. Hier berichteten sie von einer unzulänglichen Kommunikationspraxis und wünschten sich gleichzeitig einen respektvolleren Umgang mit Patientinnen und Patienten.

Schwierigkeiten beim Verständnis bzw. der Deutung von Informationen beschrieben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weiterhin bei der Lektüre von Arztbriefen. Dabei gaben die meisten der Anwesenden an, diese zu lesen. Gleichzeitig gingen sie jedoch davon aus, dass Ihnen dies eigentlich nicht zusteht.

Im Gesprächsverlauf ergab sich dann eine Reihe weiterer Felder, in den die Teilnehmerinnen und Teilnehmer Verständnisschwierigkeiten beschrieben. Dies betraf insbesondere den Schriftverkehr der Krankenkasse, der häufig in Verwaltungssprache gehalten ist. Auch Anträge und Formulare der Kostenträger

04.3 Nutzung des Internets in Gesundheitsfragen

Im dritten Abschnitt der Fokusgruppen wurde die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf das Internet und die damit verbundenen Anwendungsmöglichkeiten gelenkt. Zu Beginn des Themenblocks wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, die eigenen Nutzungsgewohnheiten und Strategien bei der Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet zu beschreiben. Wie sich herausstellte, **nutzte die große Mehrheit der Testpersonen das Internet, um nach Gesundheitsinformationen zu suchen.** Nur Einzelne gaben an, das Internet nicht für diesen Zweck oder überhaupt nicht zu nutzen.

Dreh- und Angelpunkt für alle Aktivitäten im Netz bildete die Suchmaschine Google. Nur in seltenen Fällen gaben Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, eine bestimmte Website direkt aufzurufen. In Bezug auf die technische Bedienung der Websites und Anwendungen schilderten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine wesentlichen Probleme und gaben meist an, die Technik weitgehend sicher bedienen zu können.

04.3.1 Nutzungsanlässe und -motive

Auf die Frage, wofür genau sie das Internet in Gesundheitsfragen nutzten, nannten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine **Vielzahl unterschiedlicher Anwendungsgebiete**, die über die Recherche zu medizinischen Fragestellungen weit hinausgehen.

Nachbereitung eines Arztbesuchs

Die große Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gab an, das Internet nach einem Arztbesuch als Informationsquelle zu nutzen. Recherchiert wurden vor allem **grundlegende Informa-**

tionen zur eigenen Erkrankung, aber auch weiterreichende Fragestellungen zu den zur Verfügung stehenden Behandlungsverfahren.

„Ich nutze das Internet nicht, um rauszufinden, was ich habe. Aber wenn ich eine Diagnose bekommen habe, dann nutze ich hinterher das Internet, um zu gucken, ob es zu dem Vorschlag des Arztes vielleicht noch Behandlungsalternativen gibt. Oder ich schaue nach, was ich überhaupt habe, was das für mich bedeutet oder wo ich mich am besten behandeln lasse.“

Teilweise wird das Netz von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch als Übersetzungshilfe zwischen Fach- und Laiensprache verwendet.

„Früher hatte ich immer ein medizinisches Wörterbuch im Regal stehen. Heute gibt es zum Glück Wikipedia. Ich schaue auch immer im Web nach, was die Codes auf den Krankschreibungen und Rezepten bedeuten. Da kann ich dann ja auch sehen, welche Diagnose der Arzt gestellt hat.“

Besonders häufig erwähnt wurden auch Informationen zu Arzneimitteln und deren Anwendung.

„Ich überprüfe immer die Wechselwirkungen mit meinen anderen Medikamenten. Dafür gibt es eine Seite, wo man seine Medikamente eingeben kann. Manchmal fehlt mir auch die Packungsbeilage, wenn ich alte Medikamente aufgehoben habe. Das findet man aber alles im Internet.“

Diagnose aus dem Netz

Im Gesprächsverlauf meldeten sich mehr und mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Wort, die einräumten, auch **im Vorfeld eines Arztbesuchs im Netz nach einer Diagnose zu suchen.**

„Letztlich weiß Doktor Google in den meisten Fällen schon sehr gut, was ich habe. Da gibt man dreis bis vier Symptome ein und dann kriegt man meistens das raus, was der Arzt dann später auch sagt. Und wenn man Ausschlag hat, dann macht man eine Bildersuche und findet Fotos, die genau so aussehen. Dann klickt man auf die Seite mit dem Foto und hat die Diagnose. Das funktioniert immer.“

Die betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer gingen ausnahmslos davon aus, dass eine solche Vorab-Recherche ärztlicherseits nicht erwünscht ist. Auf Rückfrage der Moderatorin gaben sie an, die **Internetrecherche gegenüber dem behandelnden Arzt zu verschweigen:**

„Ich würde dem Arzt niemals die Diagnose mitteilen, die ich aus dem Internet habe. Ich habe gehört, die Ärzte hassen das wie die Pest.“

Während einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Suche im Internet nach möglichen Diagnosen beschrieben, formierte sich in den Gruppendiskussionen schnell eine Gegenfraktion, die sich gegen eine solche Nutzungspraxis aussprach:

„Diagnosestellung im Internet finde ich gefährlich. Da vertraue ich einem Arzt mehr, weil der meine Person und die ganzen komplexen Zusammenhänge sieht. Ein Mensch eben. Wenn ich mir vom Internet eine Diagnose stellen lasse, dann halte ich das für gefährlich.“

Die Befürworter einer Diagnose aus dem Internet wendeten ein, dass der damit verbundene Suchprozess dabei helfen kann, den Schweregrad einer Erkrankung besser einzuschätzen – um so abzuwägen, ob ein Arztbesuch erforderlich ist. Die Gegner verwiesen in diesem Zusammenhang auf eine hohe Fehlerquote und lehnten diesen Weg grundsätzlich ab.

„Also da können ja ganz unterschiedliche Sachen bei rauskommen. Auf der einen Seite hast du eine leichte Erkältung, auf der nächsten musst du sofort ein Antibiotikum nehmen und auf der nächsten hast du Kehlkopfkrebs. Man sollte nicht mit einer vorgefertigten Meinung zum Arzt gehen. Man sollte den Arzt doch erstmal untersuchen lassen und dann sehen, was es ist. Danach kann ich mich weiter im Internet informieren.“

Navigationshilfe im Gesundheitssystem

Neben der Suche nach medizinischen Informationen spielte auch die Navigation im Gesundheitssystem bei den beschriebenen Rechercheanlässen eine auffallend große Rolle. Gesucht wurde nach Informationen zu **rechtlichen Fragestellungen**

ebenso wie zur Qualität unterschiedlicher Anbieter oder nach Adressen und Kontaktinformationen von Notdienstapotheken und Bereitschaftsdiensten:

„Ich benutze das Internet, um rechtliche Infos zu finden oder mir eine zweite Meinung einzuholen. Ich google auch Ärzte und gucke mir die Bewertungen an. Und ich suche nach Notdienstapotheken und solchen Sachen, die früher immer in der Zeitung oder in den gelben Seiten standen.“

Selbsthilfe und Erfahrungsaustausch

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer suchen nach eigenen Angaben nicht nur nach fachlich fundierten Informationen im Netz, sondern nutzen auch Foren und soziale Netzwerke zum Erfahrungsaustausch. Gerade bei chronischen Erkrankungen wurde dieser Anwendungsbereich häufig genannt:

„Ich bin wegen meiner Krankheit ganz viel zum Erfahrungsaustausch in Selbsthilfeforen unterwegs. Ich schreibe auch selbst einen Blog, wo ich meine Erfahrungen teile. Das hilft mir sehr.“

Die betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer beschrieben meist eine komplementäre Nutzung fachlicher und informeller Quellen. Die **Einschätzung anderer Betroffener wurde dabei als entscheidungsrelevante Größe beschrieben.**

„Ich sollte am Fuß operiert werden. Naja und dann habe ich mir weitere Meinungen eingeholt. Drei Ärzte, drei Meinungen. Das hat mich auch nicht weitergebracht. Ich habe dann Berichte von Leuten gelesen, die es gemacht haben und von anderen, die es nicht gemacht haben. Am Ende habe ich mich gegen die Operation entschieden.“

Informationen zu gesunder Lebensweise

Ein häufig genanntes Motiv für die Internetnutzung in Gesundheitsfragen bildete in allen vier Fokusgruppen auch die **Gesundheitsvorsorge**. Hier waren vor allem praktische Tipps und Handlungsanleitungen zu Präventionsthemen, Diäten und Rezepten, Bewegungsprogramme und Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen gefragt.

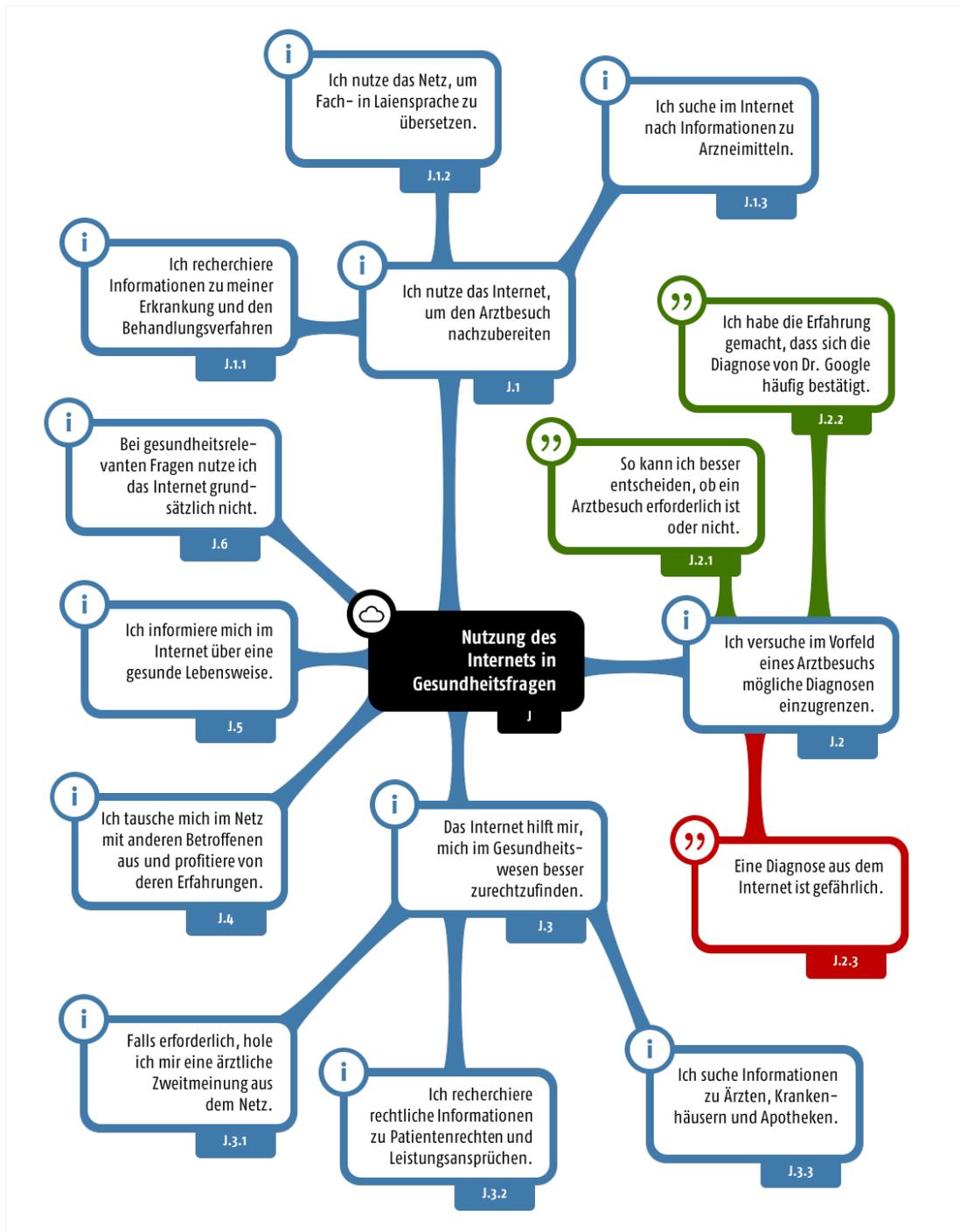


Abbildung 13: Diskussionskarte Nutzungsanlässe und -motive

„Ich nutze das Internet vor allem, um gesund zu leben. Ich möchte jetzt abnehmen und da suche ich dann im Internet nach Trainings- und Ernährungsplänen.“

Keine oder seltene Internetnutzung

Abschließend seien noch einzelne Teilnehmerinnen erwähnt, die das Internet nicht nutzen. Zum Teil handelte es sich dabei um ältere Personen, die selbst keinen Zugang zum Internet hatten.

„Also ich nutze das Internet gar nicht. Ich habe kein Internet. Ich will auch gar nicht alles wissen.“

Eine zweite Gruppe hatte zwar einen Zugang, nutzte das Netz aber nicht für gesundheitsrelevante Probleme oder Fragestellungen. Der Grund hierfür lag häufig in einer wahrgenommenen minderwertigen Qualität der Inhalte und den damit verbundenen Risiken.

Ich nutze das Internet gar nicht mehr für gesundheitliche Sachen. Ich habe das in meinem Umfeld so oft erlebt. Die Leute lesen da irgendwas und steigern sich dann da rein. Über die Suchmaschinen landet man auch meistens in irgendwelchen Foren, die nicht vertrauenswürdig sind. Sowas brauche ich nicht.“

Nach Angaben der Nicht-Nutzer kommt erschwerend hinzu, dass die Flut der verfügbaren Information kaum überschaubar ist. In den Ausführungen wurde deutlich, dass die **Selektion inhaltlich relevanter und sachlich richtiger Informationen durch den Umfang der zugänglichen Quellen im Internet deutlich erschwert** wird.

„Also ich suche im Netz nicht nach Gesundheitsinformationen. Ich frage meinen Hausarzt. Mir fehlt im Internet das Gegenüber mit einer professionellen Meinung, die mir Orientierung gibt. Ich kriege im Internet nur ganz viele Informationen, die mich eher noch verwirren.“

Diese Problematik bestätigten auch all jene, die das Internet regelmäßig für Gesundheitsthemen nutzen. Sie kritisierten den **hohen Anteil werblicher und irreführender Informationen** und äußerten mehrfach den Wunsch nach seriösen und vertrauenswürdigen „Anlaufstellen“ im Netz.

„Generell ist es ja so, dass sich die Patienten immer häufiger im Netz informieren. Das ist auch schön und gut, aber ich meine, da sollte es so eine zentrale Möglichkeit geben, wo es dann wirklich auch belegte und fundierte Informationen gibt, auf die ich vertrauen kann. Das würde mir sehr helfen, denn im Moment findet man sehr viel Müll. Und das wird immer schlimmer. Alles ist nur noch voll von Werbung und man weiß gar nicht mehr, was man glauben soll.“

FAZIT | Nutzungsanlässe und Motive

Bei der Frage nach den Anwendungsfeldern des Internets im Kontext der eigenen Gesundheit ergab sich ein facettenreiches Bild ganz unterschiedlicher Nutzungsmotive und -muster. Für die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer war die Nutzung des Internets in Gesundheitsfragen eine Selbstverständlichkeit. Für einen Großteil der Aktivitäten im Netz bildete die Suchmaschine Google den zentralen Ausgangspunkt.

Ein sehr häufig genannter Nutzungsanlass war die Nachbereitung eines Arztbesuchs. Hier recherchieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach eigenen Angaben vertiefende Informationen zu ihrer Diagnose, sondieren Behandlungsalternativen und überprüfen die Wechselwirkungen von Arzneimitteln. Sie suchen aber auch im Vorfeld eines Arztbesuchs nach möglichen Diagnosen, fragen Zweitmeinungen nach, vergleichen Ärzte und Krankenhäuser und tauschen Erfahrungen mit anderen Betroffenen aus. Nur sehr wenige nutzen das Internet gar nicht in Gesundheitsfragen.

Der größte Teil der Nutzung erfolgt nach Angaben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der ‚Heimlichkeit‘, d.h. die behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden weder über die Nutzung informiert noch werden sie mit den Ergebnissen einer Recherche konfrontiert. Das gilt auch für solche Fälle, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgrund von Informationen aus dem Internet eine Therapieempfehlung nicht befolgen oder eine Behandlung abbrechen.

Im Zusammenhang mit der Nutzung unterschiedlicher Internetdienste beklagten viele

Teilnehmerinnen und Teilnehmer die unüberschaubare Informationsflut und den hohen Anteil werblicher Informationen im Netz. Zudem führten sie aus, dass sie durch die Suchmaschinen sehr häufig auf unseriöse Angebote geleitet würden. Hier wünschten sie sich mehr Möglichkeiten und Unterstützung bei der Suche nach seriösen Quellen und Informationen.

04.3.2

Subjektive

Qualitätsbewertung

Der zweite Themenblock im Bereich der Internetnutzung greift die Kritik der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der zum Teil fragwürdigen Qualität von Gesundheitsinformationen im Netz auf. Um Anhaltspunkte für typische Bewertungsstrategien zu erhalten, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von den Moderatoren gefragt, wie sie persönlich ermitteln, ob Informationen aus dem Internet vertrauenswürdig sind.

Ein in diesem Zusammenhang sehr häufig genanntes Kriterium betraf den Betreiber einer Website. Dabei wurde es von mehreren Teilnehmerinnen und Teilnehmern **häufig als ausreichend erachtet, wenn die Informationen von einer Ärztin und Arzt geschrieben bzw. bereitgestellt werden**. Häufig wurden auch Krankenhäuser als seriöse Informationsquelle benannt.

„Man muss halt den Müll von dem Nicht-Müll trennen. Ich schaue mir an, wie der Autor schreibt, welche Sprache er benutzt und ob das kompetent klingt. Wenn da ein richtiger Arzt mit Dokortitel oder eine Universitätsklinik dahintersteht, passt das schon. Ein Arzt haftet ja auch für seine Aussagen im Internet. Da kann man sich dann meistens drauf verlassen.“

Neben der Ärzteschaft wurden auch die **gesetzlichen Krankenkassen häufig ins Feld geführt, wenn es um vertrauenswürdige Informationen**

geht. Darüber hinaus wurden von den Teilnehmerinnen auch bekannte und etablierte Gesundheitsportale als seriöse Quellen benannt.

„Es gibt ja auch bekannte Marken wie Netdoktor oder Jameda. Bei der Apotheken-Umschau gibt es auch viel. Die sind glaubwürdig und da stimmen die Informationen.“

Kontrovers wurde die Nutzung von Foren und sozialen Netzwerken diskutiert. Während eine Gruppe, die Möglichkeiten zum Austausch mit Betroffenen lobte, kritisierten die übrigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Qualität der dort verfügbaren Informationen.

„Ich gehe nicht in Foren, wo andere Patienten was schreiben. Blogs oder Selbsthilfegruppen sind unseriös. Das sind Unterhaltungen von Privatmenschen. Da muss man vorsichtig sein.“

Neben der Beachtung von Informationsquellen und Autorenschaft schilderten viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Strategie, den **Wahrheitsgehalt bzw. die Güte einer Information durch den Vergleich mehrerer Quellen sicherzustellen**. Um einer Frage nachzugehen oder sich über ein bestimmtes Thema zu informieren, nutzten sie nach eigenen Angaben meist mehrere unterschiedliche Quellen und verglichen die Kernaussagen.

„Man liest ja immer mehrere Seiten. Wenn viele das schreiben, ist es oft auch richtig. Oft nutze ich auch Wikipedia. Da überprüfen sich die Autoren gegenseitig.“

Auf Rückfrage gaben sich die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der Qualität zufrieden, wenn die Quelle seriös wirkt und die Information auch in anderen Quellen zu finden ist. **Nur in einzelnen Fällen überprüften sehr kundige Nutzerinnen und Nutzer, ob die Informationen aus dem Internet durch wissenschaftliche Studien belegt sind** und gaben dies als ausschlaggebendes Qualitätskriterium an.

„Eine fundierte Seite sollte mit Studien belegt sein. Und zwar mit mehr als nur einer Studie. Da muss eine größere Gruppe von Ärzten dahinterstehen.“

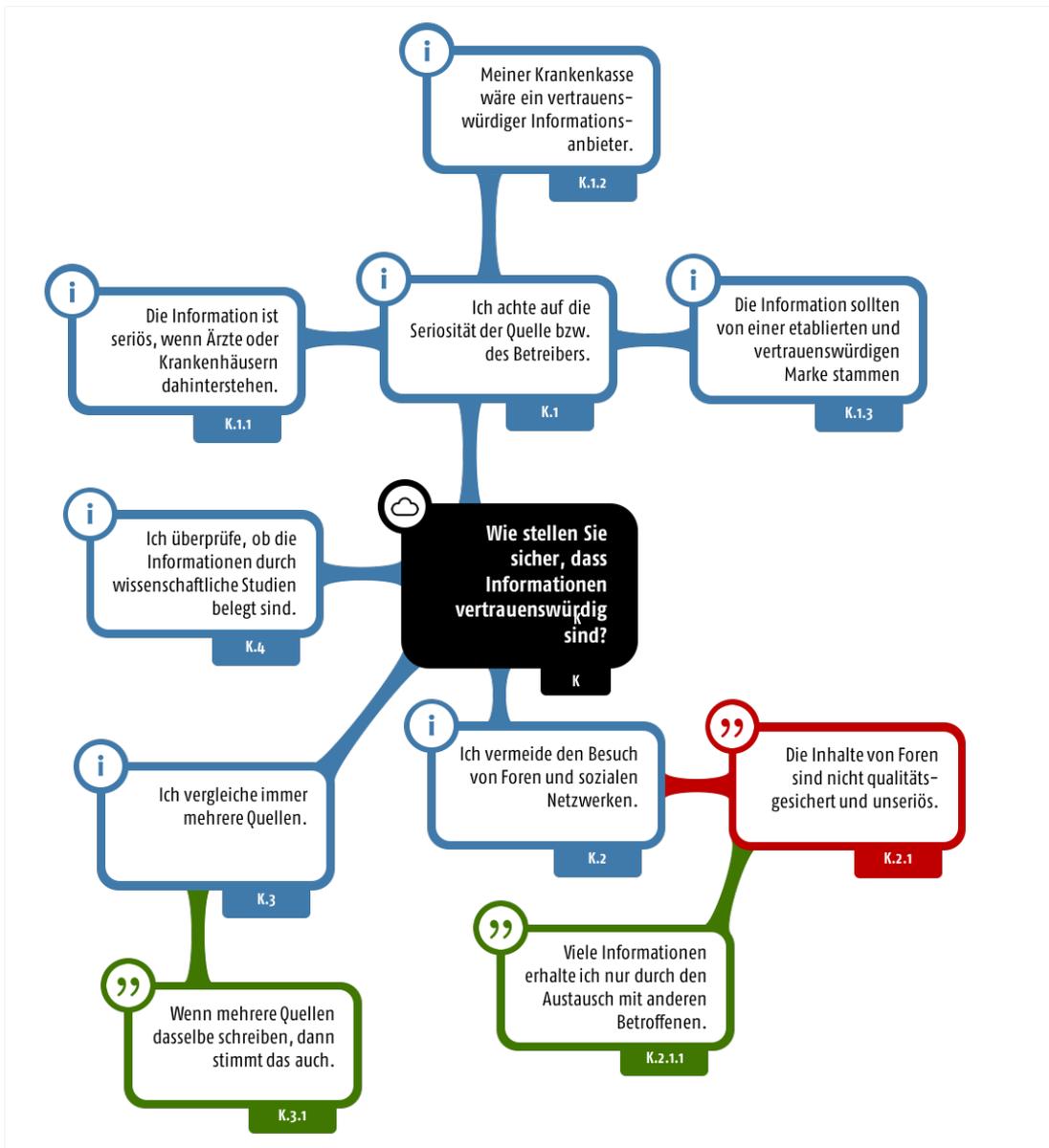


Abbildung 14: Diskussionskarte subjektive Qualitätsbewertung

FAZIT | Subjektive Qualitätsbewertung

Ein großer Teil der Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer teilte die Ansicht, dass viele Informationen aus dem Internet eine fragwürdige Qualität aufweisen und interessegeleitet seien. Auf die Frage, wie sie denn sicherstellen, dass die von ihnen herangezogenen Informationen vertrauenswürdig sind, schilderten sie ein eher begrenztes Repertoire an Strategien.

Ein sehr häufig benanntes Qualitätskriterium war die Identität des Betreibers bzw. die Autorschaft einer Information. Den meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmern reichte es dabei schon aus, wenn die Information von Medizinerinnen und Medizinern verfasst oder von einem Krankenhaus veröffentlicht wurde. Darüber hinaus wurden gesetzliche Krankenkassen, aber auch die größten Gesundheitsportale mit kommerziellem Hintergrund als vertrauenswürdige Quellen benannt. Soziale Netzwerke und Foren wurde von einer Teilgruppe grundsätzlich gemieden, da hier die Qualität der Informationen angezweifelt wurde.

Eine von vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern beschriebene Strategie der Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen bestand auch in dem Abgleich mehrerer Quellen. Dieser Vorgehensweise lag die Annahme zugrunde, dass Informationen dann zutreffend sind, wenn sie in unterschiedlichen Quellen inhaltsgleich wiedergegeben werden.

Die Kombination aus einer subjektiven Prüfung des Informationsanbieters und der Heranziehung mehrerer Quellen bildete die am häufigsten beschriebene Strategie zur Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen aus dem Netz. Nur in wenigen Fällen berücksichtigten Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch die Frage nach wissenschaftlichen Nachweisen und einer Untermauerung durch Studien.

04.3.3

Videosprechstunde

Im Anschluss an die Diskussion über unterschiedliche Muster und Bewertungsschemata im Bereich der Internetnutzung wurde das Thema auf den Einsatz von Videosprechstunden gelenkt. In diesem Zusammenhang wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer darüber informiert, dass diese Form der digitalen Arztkonsultation nun auch in Deutschland erprobt wird. Sie wurden weiterhin aufgeklärt, dass dies nur bei einem Wiederholungstermin in Frage kommt, eine initiale Diagnosestellung per Videoschaltung jedoch nicht zulässig sein wird. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden gebeten, ihre Meinung und Einstellungen zu dieser Frage zu schildern.

In der Gesamtbetrachtung zeichneten sich in den Gruppendiskussionen drei unterschiedliche Grundhaltungen ab. **Eine Gruppe begrüßte die Idee einer Videosprechstunde, eine zweite lehnte sie grundsätzlich ab, während die dritte Gruppe eine differenzierte Meinung vertrat und sich eine Videosprechstunde nur in bestimmten Fallkonstellationen vorstellen konnte.**

Die Befürworter

In allen vier Diskussionsgruppen entwickelte sich eine Gruppe von engagierten Befürwortern einer Videosprechstunde (L.1). Hierzu zählten vor allem die älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer, während sich die jüngeren etwas zurückhaltender zeigten. Auch die auf dem Land lebenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren bei diesem Thema besonders aufgeschlossen.

„Ich fände es super, wenn ich das bei meinem Arzt machen könnte. Keine Fahrtzeiten und Fahrtkosten, keine Wartezeiten im Wartezimmer. Wenn das alles wegfiel, was sollte ich dagegen haben? Wer will sich schon ins Wartezimmer setzen? Der eine hustet, der nächste hat Durchfall und der dritte weiß noch gar nicht, was er hat.“

Während die Diskussion zu Beginn noch den Eindruck vermittelte, als bewirke die Videosprechstunde vor allem eine Steigerung des ‚Behandlungskomforts‘ (L.1.2, L.1.3), änderte sich das Bild

durch die Beiträge der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer chronischen Erkrankung (L.1.2.1). Die zum Teil **sehr hohe Frequenz an erforderlichen Arztkontakten führte hier nach eigenen Angaben zu erheblichen Zeitaufwänden und Einschränkungen im Alltag.**

„Also ich bin chronisch krank und gehöre wohl zu den Vielnutzern des Gesundheitssystems. Ich fände es fantastisch, wenn ich mit meinen Ärzten online sprechen könnte. Immer wieder muss ich dahin. Dann gibt es einen Händedruck und ein Hallo. Er fragt, ob es etwas Neues gibt. Ich sage, dass soweit alles in Ordnung ist. Dann drückt er mir das Rezept in die Hand und ich gehe wieder nach Hause. Wenn man – wie ich – ständig zu Ärzten und ins Krankenhaus muss, hat man irgendwann keine Zeit mehr für das eigene Leben. Das ist schlimm.“

Besonders häufig wurde die **Videosprechstunde im Kontext von Attesten und Bescheinigungen** erwähnt (L.1.1). Die betreffenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer konsultierten häufig eine Ärztin oder einen Arzt, um eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung oder ein Folgerezept zu erhalten. Der Arztbesuch erfolge dann ohne wahrgenommenen Behandlungsbedarf. An dieser Stelle konnten sich viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer vorstellen, auf die Videosprechstunde auszuweichen.

„Oft geht es ja auch nur um die Verlängerung einer Krankschreibung oder irgendwelche Bescheinigungen, Rezepte und sowas. Dann kann man nicht Auto fahren, weil man ja krank ist und muss sich ein Taxi nehmen und zum Arzt fahren. Man weiß, es geht nur um eine Unterschrift. Das wäre schon sehr viel einfacher, wenn das online ginge.“

In diesem Zusammenhang äußerten die Befürworter der Videosprechstunde den **Wunsch, auch Rezepte, Verordnungen und Bescheinigungen online verwalten zu können** (L.1.1.1).

„Ich bin Diabetiker, brauche regelmäßig Rezepte und Verordnungen. Alles was ich bisher online erledigen kann, mache ich auch online. Es wäre super, wenn man in Kombination mit der Videosprechstunde auch eine Krankschreibung oder ein Rezept im Internet herunterladen könnte. Augenblicklich muss ich alle drei Wochen in die Praxis

fahren, um die Rezepte für meine Medikamente abzuholen, die ich immer brauche. Und das Ganze bei drei verschiedenen Ärzten. Da ist man gut beschäftigt.“

Die Kritiker

Während die Befürworter die Vorzüge und Möglichkeiten der Videosprechstunde gedanklich durchspielten und diskutierten, meldete sich im Gesprächsverlauf meist eine größere Gruppe von Kritikern zu Wort, die die Nutzung der Videosprechstunde grundsätzlich ablehnte (L.2). Die Kritiker brachten sich sehr viel engagierter in die Diskussion ein als die Befürworter und reagierten zum Teil sehr emotional auf das Thema. *„Wollen Sie mich veräppeln? Ist das Ihr Ernst? Ich finde das krass. Ich habe den Arzt lieber an meinem Bett als auf dem Bildschirm.“*

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten dabei **Bedenken bezüglich der Behandlungsqualität**, falls die räumliche Kopräsenz wegfallen und körperliche Untersuchungen nicht möglich sein sollten (L.2.1). Diese Bedenken wurden auch aufrechterhalten, nachdem die Moderatorin auf den begrenzten Einsatz im Rahmen von Wiederholungsterminen hingewiesen hatte.

„Das birgt trotzdem das Risiko von Fehldiagnosen und Behandlungsfehlern. Da fällt zu viel Information weg. Also mein Arzt kontrolliert bei jeder Gelegenheit immer meinen Blutdruck und hört mich ab. Das würde bei so einer Internetsprechstunde ja nicht mehr passieren. Das wäre nicht gut.“

Häufig befürchteten die kritischen Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch einen **Verlust des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient** sowie eine anonyme, entmenschlichte Gesundheitsversorgung (L.2.2, L.2.2.1).

„Das ist man doch kein Patient mehr, sondern nur ne Nummer. Wenn der Arzt den Patienten nicht mehr gegenüber sitzt, ist die Distanz zum Patienten ja tatsächlich größer. Ich glaube das wirkt sich auf das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aus. Das ist nicht dasselbe.“

Zukunft wird es nur noch irgendwelche Hologramme oder Avatare geben. Das ist für mich eine ganz schlimme Vision. Da geht die Menschlichkeit verloren. Das macht mich traurig.“

Diese Bedenken wurden von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern geteilt, die zudem befürchteten, dass sich **die Konsultationsdauer im virtuellen Sprechzimmer noch weiter verkürzen** könnte. Begleitet wurden diese Befürchtungen von weitreichenden Bedenken zu Datenschutz und Datensicherheit (L.2.3).

„Wenn ich mich vor einer Webcam entblößen müsste, dann hätte ich Schamgefühle, die ich im Sprechzimmer nicht habe. Also mir geht es um die Vertraulichkeit. Wenn ich im Internet unterwegs bin, fühle ich mich nie ganz sicher. Da kann ja theoretisch auch jeder mithören. Ich bespreche mit meinem Arzt Sachen, die ich mit keinem anderen besprechen würde. Aber ganz bestimmt nicht im Internet!“

Der Mittelweg

Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten im Diskussionsverlauf eine eher ambivalente Haltung, die sich aus den Chancen, Möglichkeiten und Vorteilen einer Videosprechstunde und den von den Kritikern vorgebrachten Bedenken speiste. Sie konnten sich eine **Videosprechstunde nur unter ganz bestimmten Bedingungen** und Regularien vorstellen (L.3).

„Bei der Erstdiagnose sollte sowas nicht sein. Dafür ist der Gesamteindruck, Fühlen und Tasten einfach zu wichtig. Beim zweiten Mal wäre das aber eine gute Sache. Gerade wenn man den Arzt kennt.“

Wichtig war den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch, dass sie **selbst entscheiden können, welchen Weg der ärztlichen Konsultation sie wählen** (L.3.2). Gleichzeitig setzten sie hohe Maßstäbe an den Datenschutz einer digitalen Plattform für Videosprechstunden.

„Es müsste sichergestellt sein, dass die Videoübertragung nirgendwo gespeichert wird. Es darf aber auf keinen Fall zu einer Pflicht werden. Nicht der Arzt, sondern der Patient muss immer sagen können, dass er lieber in die Praxis geht. Es kann nicht sein, dass man seinen Arzt nur noch online sieht.“

Ich möchte das entscheiden können. Das soll in meiner Hand bleiben. Dann würde ich es machen.“

FAZIT | Videosprechstunde

Die Diskussion zur Videosprechstunde wurde zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Gruppendiskussionen sehr kontrovers geführt. Die Befürworter stellten vor allem die Zeitersparnis für die Patientinnen und Patienten in den Vordergrund. Besonders gut konnten sie sich auch vorstellen, (Folge-)Bescheinigungen, Verordnungen oder regelmäßige Rezepte auf diesem Wege in Empfang zu nehmen und sprachen sich in diesem Zusammenhang für eine digitale Übermittlung solcher Dokumente aus.

Die Kritiker dieser internetgestützten Kommunikationsform befürchteten hingegen eine Gefährdung der Patientensicherheit wegen des Wegfalls einer körperlichen Untersuchung. Gleichzeitig gingen sie davon aus, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis unter der räumlichen Distanz leiden könnte und zeichneten dabei das Bild einer entpersonalisierten Gesundheitsversorgung. Schließlich führten sie mögliche Sicherheitslücken bei der Datenübermittlung an und hielten das Internet für keinen geeigneten Ort, um vertrauliche Informationen auszutauschen.

Eine dritte, eher ambivalente Gruppe konnte sich den Einsatz der Videosprechstunde unter bestimmten Bedingungen grundsätzlich vorstellen. Dabei sollte die Diagnosestellung über das Internet ausgeschlossen sein und die Datensicherung auf höchstem Standard erfolgen. Ebenso wichtig war es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, dass die Entscheidung über die Wahl des Kommunikationskanals bei den Patientinnen und Patienten verbleibt und eine Videosprechstunde niemals der einzig mögliche Zugang zu ärztlicher Versorgung sein darf.

04.3.4

Gesundheits-Apps

Zum Ende der Gruppendiskussionen wurde das Thema auf mobile Gesundheitsanwendungen aus dem Internet gelenkt. Wie sich herausstellte, nutzte im Schnitt rund die Hälfte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine solche App aktiv, weit mehr hatten eine solche App auf ihrem Smartphone (vor-)installiert ohne sie zu nutzen. Im Einzelnen wurden vor allem **Schrittzähler, Ernährungs-Apps, Sportprogramme und Notfalldaten-Apps** genannt. Auch Anwendungen zur Erinnerung an die Medikamenteneinnahme wurden erwähnt. Ein Teil nutzte in diesem Kontext auch tragbare Minicomputer in Uhren oder Kleidungsstücken, sogenannte „Smart Wearables“, mit zusätzlichen Sensoren zur Ermittlung von Gesundheitsdaten.

Die Nutzer und Befürworter von Gesundheits-Apps beschrieben häufig eine sehr engmaschige Nutzung und berichteten, dass **die Apps sie motivierten, sich mehr zu bewegen und gesünder zu ernähren**.

„Also ich habe zum Beispiel so einen Schrittzähler. Da gucke ich jeden Tag drauf wie auf die Aktienkurse. Die App kennt meine Daten und weiß, was für mich gut ist. Heute habe ich erst 6.000 Schritte gelaufen. Manchmal gehe ich Abends um zehn noch joggen, um die Schritte zusammenzubekommen. Und dann weiß ich auch, wie viel ich noch trinken muss und ob ich Kohlenhydrate essen soll oder nicht.“

Die Kritiker von Gesundheits-Apps wendeten ein, dass es bei der **Messung von Gesundheitsdaten häufig zu falschen Ergebnissen** komme. Das wiederum könne gefährliche Folgen für die Gesundheit haben.

„Ich habe das mal probiert. Also das hat nicht funktioniert. Wenn der gemessene Blutdruck stimmen würde, wäre ich schon tot und der hat Schritte gezählt, während ich auf dem Sofa lag.“

Sie fügten hinzu, dass die Verwendung der Apps auch die Selbst- und Körperwahrnehmung negativ beeinflussen könne.

„Man sollte sich lieber auf seinen Körper verlassen und darauf hören, anstatt sich von einer App bestimmen zu lassen. Man muss mal ein Stückchen in sich hineinhören. Um sein Gewicht zu kontrollieren, reicht auch eine Waage und ich weiß auch ohne App, was gesund ist und was nicht.“

Ähnlich wie in diesem Beitrag wurden Gesundheits-Apps in allen vier Gruppendiskussionen von mehreren Personen **als Kontrolle und Eingriff in die Entscheidungsfreiheit** wahrgenommen.

„Ich lasse mich von keiner App kontrollieren. Unselbständigkeit und Kontrollzwang ist das doch! Vielleicht brüte ich gerade eine Erkältung aus und fühle mich nicht gut. Wenn ich auf mich selbst höre, dann werde ich mich an einem solchen Tag schonen. Die App sagt mir aber, ich solle 10.000 Schritte laufen. Ich brauche keine App, um mich zu bewegen. Das entscheide ich.“

Schließlich wurden auch bei den Gesundheits-Apps **Bedenken bzgl. des Datenschutzes** geäußert. So wurde die Befürchtung geäußert, dass etwa die Versicherungsbranche Zugang zu relevanten Gesundheitsdaten erhalten könnte, um diese Information in die Risikoabschätzung einzubeziehen.

„Ich finde da sollte man drei Mal drüber nachdenken bevor man sich sowas installiert. Das ist alles kostenfrei und dann saugen die einem die Daten ab. Also gerade die Wearables produzieren Daten. Wie viel ich laufe, wie mein Puls ist und wo ich gerade bin. Die meisten Apps greifen auf alles und nichts zu. Die haben dann Zugriff auf alle meine Daten. Das ist mir nicht sicher genug. Die greifen auf Daten zurück, die sie eigentlich gar nicht brauchen. Das geht mir zu weit.“

Trotz der in den Gruppen eher kritischen Haltung gegenüber Gesundheits-Apps würden auch viele der **Kritiker solche Anwendungen nach eigenen Angaben einsetzen, wenn diese von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt oder auch von der Krankenkasse empfohlen, verordnet oder finanziert würden**.

„Ich habe im Augenblick gar kein Handy. Aber wenn die Kasse sowas bezuschusst, dann weiß man, dass der Anbieter gezwungen wird, die ho-

hen Qualitätsstandards der Krankenkasse zu erfüllen. Dann prüft jemand anders, der sich mit dem Thema auskennt. Und wenn mein Arzt mir dann sowas verschreiben würde, dann würde ich es machen.“

FAZIT | Gesundheits-Apps

Viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer setzten Gesundheits-Apps wie Schrittzähler, Ernährungs-Apps, Sportprogramme und Notfalldaten-Apps ein. Ein Teil von ihnen hatte gute Erfahrungen gesammelt und berichtete, dass die Apps hilfreich seien, um sich mehr zu bewegen und sich gesünder zu ernähren.

Eine zweite Gruppe unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sah die digitalen Helfer

sehr viel kritischer. Kritisiert wurde der häufig sehr weitreichende Zugriff der App-Anbieter auf das Smartphone und die schlechte Qualität gemessener Daten. Diskutiert wurde auch, inwiefern sich durch die Nutzung der Apps die Körper- und Selbstwahrnehmung negativ entwickeln könnte. Gleichzeitig wurden die Apps von einigen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch als Kontrolle und unerwünschte Überwachung wahrgenommen.

Trotz aller Kritik konnten sich auch die Skeptiker vorstellen, eine Gesundheits-App zu nutzen, wenn diese von Ärztinnen und Ärzten verordnet und von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert würde.

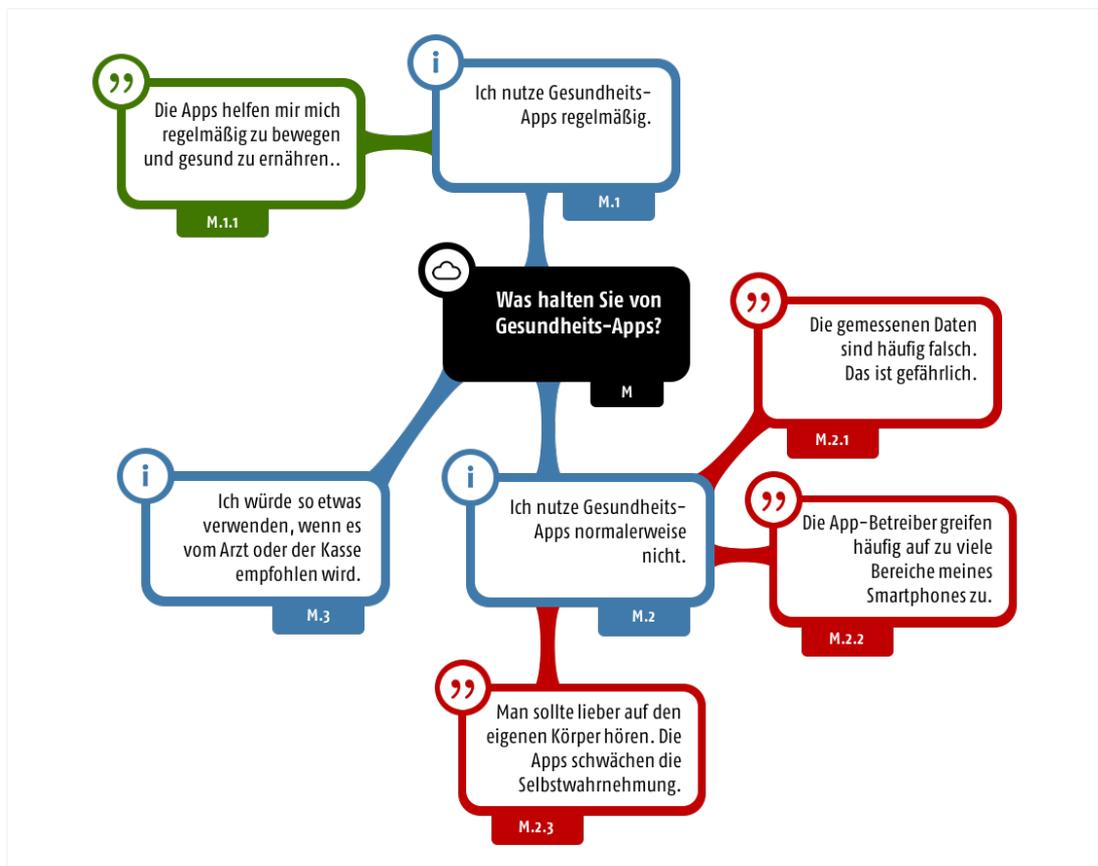


Abbildung 15: Diskussionskarte Videosprechstunde

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.

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.