

Aus der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Klinik der Universität München

Vorstand/Direktor: Prof. Dr. med. Boris Holzapfel

vormals Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation

Direktor: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. V. Jansson

Medizinische Entscheidungen in der Orthopädie aus Perspektive der Arzt-Patient-Interaktion eine explorative Mixed Methods Studie

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Humanbiologie
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dipl. Psych. Isabella Susanne Gesell

aus

München

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson

Mitberichterstatter: PD Dr. Markus Pfirrmann

Prof. Dr. Patrick Weber

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. med. Christof Birkenmaier

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 30.11.2022

Inhalt

INHALT	1
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS	4
ZUSAMMENFASSUNG	5
A WISSENSCHAFTLICHER HINTERGRUND	7
VORWORT: ZWEI WELTEN	7
EINLEITUNG	7
Kommunikation orthopädischer Chirurgen mit ihren Patienten	7
Volkskrankheit Arthrose und die Möglichkeiten der orthopädischen Chirurgie.....	7
Entscheidungskonflikte in der Endoprothetik	7
Endoprothetik – der neue Boom in reicheren Regionen.....	8
Verbesserte Arzt-Patienten-Interaktion als Regulativ.....	8
Historische Wandlungsprozesse der Arzt-Patient-Beziehung	8
Verändertes Rollenverständnis beim Patienten: Partizipation als neue Richtschnur	9
FORSCHUNGSSTAND	10
Problembereiche der Arzt-Patienten-Kommunikation bei medizinischen Entscheidungen.....	10
Gezielter Unterstützungsbedarf bei medizinischen Entscheidungsprozessen in der Endoprothetik.....	11
Effekte und Perspektiven der Patientenpartizipation	12
Psychische Belastung bei Arthrosepatienten und deren Einbezug in Behandlungsentscheidungen und weitere Betreuung.....	13
FAZIT AUS DEM FORSCHUNGSSTAND	14
RAHMEN DER DISSERTATION	16
FRAGESTELLUNGEN DER DISSERTATION	16
B METHODEN	17
STUDIENAUFBAU	17
METHODEN STUDIENTEIL I	17
Studiendesign	17
Ablauf der Erhebung.....	17
Stichprobe.....	17
Erhebungsmethoden	18
Prüfung von Gütekriterien der zentralen Messinstrumente	20
Statistische Fallzahlschätzung	21
Auswertungsmethoden	22
METHODEN STUDIENTEIL II	24
Studiendesign	24
Ablauf der Erhebung.....	24
Stichprobe.....	25
Erhebungsmethoden	25
Gütekriterien	26
Auswertungsmethoden	27
ETHISCHE UNBEDENKLICHKEIT	29
Risiken und Nutzen.....	29
Datenschutz	30
C ERGEBNISSE	31
ERGEBNISSE STUDIENTEIL I	31
BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	31

Rücklauf	31
Statistische Ausfallanalyse.....	31
Demographische Daten	32
QUANTITATIVE ANALYSE DER MEDIZINISCHEN ENTSCHEIDUNGSPROZESSE IN DER ORTHOPÄDIE AUS	
PATIENTENPERSPEKTIVE	34
Dauer des Gesprächs und Kritik in Freitext-Antworten	34
Getroffene Entscheidungen im Arzt-Patient-Gespräch.....	35
Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung im Arzt-Patient-Gespräch.....	35
Entscheidung für eine Operation: Gründe, Sorgen, Unterstützung durch den Arzt	36
Partizipative Entscheidungsfindung	37
Partizipation und Alter.....	39
Partizipation und Zufriedenheit	40
Vorinformation	40
Psychische Belastung und Partizipation	44
Psychische Belastung und Partizipation bei OP-Entscheidung.....	46
ERGEBNISSE STUDIENTEIL II	49
BESCHREIBUNG DER STICHPROBE.....	49
PEF-FB-Doc.....	49
KATEGORIENBAUM	49
QUALITATIVE ANALYSE DER MEDIZINISCHEN ENTSCHEIDUNGSPROZESSE AUS ÄRZTE-PERSPEKTIVE	51
1 Kontaktaufnahme, Informationsaustausch, Untersuchung und Diagnose	51
2. Informationsaustausch - Therapieoptionen.....	56
3 Entscheidung/Gesamtdarstellung des Entscheidungsprozesses.....	80
D DISKUSSION	101
DISKUSSION STUDIENTEIL I	101
STICHPROBENMERKMALE UND VERALLGEMEINERBARKEIT DER STICHPROBE	101
Einschränkungen durch das Setting	101
Geringe systematische Verzerrungen durch die Erhebungsstrategie	101
Höheres Bildungsniveau der Stichprobe als der Bundesdurchschnitt	101
Mehr junge und mehr männliche Arthrosepatienten als in repräsentativen deutschen Studien	
.....	102
Breites Spektrum an erfassten Arthrosearten	102
MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGSPROZESSE IN DER ORTHOPÄDIE AUS PATIENTENPERSPEKTIVE	103
Hohe psychische Belastungen insbesondere vor OPs, zu wenig Einbezug im Gespräch, HADS als sinnvolles Screeninginstrument, Partizipation zur Angstreduktion	103
Wenig Entscheidungspartizipation bei großer Varianz	104
Deutlich höherer Partizipationswunsch als in deutscher Normstichprobe.....	105
Höhere Entscheidungszufriedenheit bei Partizipation, PEF-Trainings vielfältig wirksam	106
Vielfältig vorinformiert, mit dem Alter steigend, mehr Partizipation bei umfangreicher Vorinformation	106
DISKUSSION STUDIENTEIL II UNTER EINBEZUG DER ERGEBNISSE VON STUDIENTEIL I	108
EINSCHRÄNKUNGEN DURCH DIE WAHL DER STICHPROBE UND DER METHODE.....	108
MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGSPROZESSE IN DER ORTHOPÄDIE AUS ÄRZTEPERSPEKTIVE UNTER EINBEZUG DER	
PATIENTENPERSPEKTIVEN	108
1. Prozessschritt: Kontaktaufnahme, Infoaustausch, Untersuchung und Diagnose	109
2. Prozessschritt: Informationsaustausch zu Therapieoptionen	110
3. Entscheidung/Gesamtdarstellung des Entscheidungsprozesses.....	114
KRITIK AN DER VALIDITÄT DES PEF-FB-DOC.....	117
FAZIT	118
LITERATUR	119

ANHANG	124
STUDIENINFORMATIONEN FÜR PATIENTEN UND ÄRZTE	125
Studieninformation und Fragebogen für Patienten	125
Studieninformation für Patienten – Vertiefte Erhebung.....	134
Einwilligungserklärung Patienten – Vertiefte Erhebung	138
Studieninformation für Ärzte	139
Einwilligungserklärung – Ärzte	144
Ärztebefragung – Fragebogen Demographie und PEF-Präferenz	145
Ärztebefragung – Interviewleitfaden	146
ANHANG DATEN	148
Angegebene Gründe für Unzufriedenheit mit der Entscheidung.....	149
Angegebene Gründe für eine OP-Entscheidung.....	151
Sorgen in Bezug auf die Operation.....	152
Offene Antworten auf die Frage „Was hat Ihnen an Ihrem Gespräch nicht gefallen?“	155
DANKSAGUNG.....	160
AFFIDAVIT	161
PUBLIKATIONSLISTE	162

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 - Partizipationspräferenz.....	38
Abbildung 2 - Partizipationspräferenz und Alter.....	40
Abbildung 3 - Art der Vorinformation	41
Abbildung 4 - Mittlere PEF-FB-9 Summenwerte in Abhängigkeit vom Ausmaß an Vorinformation	43
Abbildung 5 - Mittlere PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe	45
Abbildung 6 - Mittlere PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe bei OP-Entscheidung.....	47
Tabelle 1 - Auszug Process Coding der Originalinterviews.....	29
Tabelle 2 - Rücklauf Fragebogenerhebung Ambulanz.....	31
Tabelle 3 - Statistische Ausfallanalyse.....	32
Tabelle 4 - Demographische Daten	33
Tabelle 5 - Sind Sie mit dieser Entscheidung zufrieden?.....	36
Tabelle 6 - Grund für die Operation	36
Tabelle 7 - Sorgen in Bezug auf die Operation	36
Tabelle 8 - PEF-FB-9: Mittelwerte und Standardabweichungen pro Item	37
Tabelle 9 - Wer soll bei Ihrer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?	38
Tabelle 10 - Standardisierter Summenwert PEF-FB-9 alle Arthrosepatienten.....	39
Tabelle 11 - Standardisierter Summenwert PEF-FB-9 Arthrosepatienten mit OP-Entscheidung	39
Tabelle 12 - Partizipationspräferenz und Alter	39
Tabelle 13 - Korrelation PEF-FB-9 Summenwert mit der Zufriedenheit mit der Entscheidung	40
Tabelle 14 - Vorinformation	41
Tabelle 15 - Mittelwerte Alter pro Gruppe Ausmaß an Vorinformation	42
Tabelle 16 - Test auf Homogenität der Varianzen.....	42
Tabelle 17 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: Alter; UV: Vorinformation)	42
Tabelle 18 - PEF-FB-9 Summenwerte pro Gruppe	42
Tabelle 19 - Test der Homogenität der Varianzen	43
Tabelle 20 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: Vorinformation).....	43
Tabelle 21 - Mehrfachvergleiche (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: Vorinformation)	44
Tabelle 22 - HADS (Entscheidung).....	44
Tabelle 23 - PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe	44
Tabelle 24 - Test auf Homogenität der Varianzen.....	45
Tabelle 25 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: HADS-D-Angst).....	45
Tabelle 26 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: HADS-D-Depression).....	45
Tabelle 27 - HADS (OP-Entscheidung)	46
Tabelle 28 - PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe bei OP-Entscheidung.....	46
Tabelle 29 - Test auf Homogenität der Varianzen (OP).....	47
Tabelle 30 - Einfaktorielle Varianzanalyse.....	47
Tabelle 31 - Einfaktorielle Varianzanalyse – Entscheidung für OP.....	47
Tabelle 32 - Kategorienbaum	50

Anmerkung: Das in dieser Arbeit gewählte generische Maskulinum bezieht sich zugleich auf die männliche, die weibliche und andere Geschlechteridentitäten. Zur besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Alle Geschlechteridentitäten werden ausdrücklich mitgemeint, soweit die Aussagen dies erfordern.

Zusammenfassung

Wissenschaftlicher Hintergrund

Die Volkskrankheit Arthrose konfrontiert jährlich unzählige Patienten mit den Möglichkeiten der orthopädischen Chirurgie im Bereich der Endoprothetik. Regionale Unterschiede in der Häufigkeit der endoprothetischen Versorgung verdeutlichen u.a. die Bedeutsamkeit partizipativer Entscheidungsprozeduren. Während Patienten generell mehr Mitentscheidung einfordern, scheinen Ärzte teilweise noch in paternalistischen Konzepten verhaftet zu sein. Eine Untersuchung der Perspektiven von Arthrosepatienten und ihren orthopädischen Ärzten könnte hilfreiche Handlungsansätze bieten.

Methoden

Im Rahmen einer Mixed-Methods-Studie wurde die Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse in der orthopädischen Ambulanz aus der Perspektive von Arthrosepatienten (I.) und orthopädischen Ärzten (II.) untersucht.

I. Die Patientenperspektive wurde im Rahmen einer Fragebogenstudie mit N=422 Arthrosepatienten erhoben. Die Gestaltung medizinischer Entscheidungsprozesse sowie die Partizipationspräferenz wurde mit dem Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung PEF-FB-9 erfasst. Zudem wurden diverse Einflussvariablen wie Zufriedenheit mit der Entscheidung, Alter, Vorinformation sowie psychische Belastung (HADS-D) miteinbezogen.

II. Um die Ausgestaltung medizinischer Entscheidungsprozesse aus Perspektive der orthopädischen Ärzte genauer zu verstehen, wurden teilstrukturierte Interviews (N=9) durchgeführt und mit der Methode des Process Codings (Saldaña, 2012) ausgewertet.

Ergebnisse

I. Bei 84,4% (n=356) der befragten Arthrosepatienten wurde im Arzt-Gespräch eine medizinische Entscheidung getroffen. Diese fiel bei ca. einem Drittel (33,4%, N=422) für eine Operation aus und bei einem weiteren Drittel (35,1%, N=422) für eine konservative Therapie. Mit der getroffenen Entscheidung waren ca. 80% der Patienten zufrieden, die restlichen 20% äußerten diverse Kritikpunkte. Das Ausmaß an Partizipation über alle Phasen der Entscheidung wurde mit dem PEF-FB-Summenscore erfasst und betrug durchschnittlich $M=54,8$ ($N=356$; $0=$ keine bis $100=$ maximale Partizipation) bei einer großen Streuung von $SD=27,1$. 88% der befragten Arthrosepatienten möchten gemeinsam mit dem Arzt oder allein entscheiden (15,5% möchten komplett oder hauptsächlich selbst entscheiden, 72,5% gemeinsam mit dem Arzt und 12,1% wünschen sich, dass hauptsächlich oder nur der Arzt entscheidet). Das Ausmaß an erfolgter Partizipation korrelierte signifikant ($r=0,322$; $p<0,001$) mit der Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung. 94,7% der Arthrosepatienten, in deren Gespräch eine Entscheidung getroffen wurde, informierten sich im Vorfeld des Gesprächs über das Internet, 19,9% über Patientenbroschüren und 17,7% über Fachliteratur, 25% holten sich Rat von Angehörigen oder Bekannten, 1,1% in Selbsthilfegruppen und 9,3% nutzten noch andere Quellen. Das Ausmaß an Vorinformation nahm mit dem Alter signifikant zu ($p=0,003$). Ausführliche Vorinformation steht mit einer höheren wahrgenommenen Partizipation in Zusammenhang ($p=0,04$; $N=356$). In der Gesamtpopulation der befragten 422 Arthrosepatienten ($M=57,7$ Jahre) litten 36% an klinisch relevanten Ängsten und 27% an klinisch relevanten Depressionen (HADS-D). 43,1% der Patienten litten an Angst und/oder Depressionen (182 von 422). Bei den 141 Patienten, die vor einer Operationsentscheidung standen, litten deutlich mehr Patienten an Ängsten (42%), während die Zahl der depressiven Patienten nahezu gleich war (29%). 85% ($N=141$) gab an, sich Sorgen um die Operation zu machen. Nur die Hälfte der Patienten (53,2%, $N=141$) seien von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin auf mögliche Bedenken oder Ängste in Bezug auf die Operation angesprochen worden. Zweidrittel (63,1%, $N=141$) hätten sich gewünscht, dass dieser mehr auf Bedenken und Ängste eingeht. Arthrosepatienten,

die vor einer Operation standen und klinisch relevante Ängste hatten (n=49, N=140), bewerteten das Arztgespräch signifikant weniger partizipativ ($p \leq 0,05$), als Patienten ohne klinisch relevante Ängste (n=81). Zwischen Depression und Partizipation konnte kein Zusammenhang gefunden werden ($p=0,524$).

II. Die Auswertung der qualitativen Ärzteinterviews liefert diverse Erklärungsmöglichkeiten und Lösungsansätze für die, in der quantitativen Studie erhobene, große Diskrepanz zwischen dem ausgeprägten Partizipationswunsch der Arthrosepatienten und dem vergleichsweise geringen Einbezug. Bestimmte Rahmenbedingungen der orthopädischen Ambulanz erwiesen sich aus Ärzte- und Patientensicht problematisch, wie lange Wartezeiten, ständige Unterbrechungen (durch Funk, Studenten, Krankenschwester) und die wechselnden Ärzte. Problembereiche und Lösungsansätze zeigten sich beim Beziehungsaufbau zu Beginn des Gesprächs sowie beim Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient. Die befragten Ärzte sprechen Patienten eine grundsätzliche (Mit-)Entscheidungsfähigkeit zu. Die ermöglichte Entscheidungsqualität aber auch die vom Arzt tatsächlich zugestandene Entscheidungsmöglichkeit wird jedoch von bestimmten Bedingungen abhängig gemacht, wie Bedingungen der gesundheitlichen Situation, der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten, Bedingungen im Arzt (Vermittlungsfähigkeit- und -bereitschaft) und Bedingungen im Patienten (diverse Verständnisprobleme). Aus ärztlicher Sicht sind Partizipationswünsche und eigenständige Vorinformation von Patienten häufiger geworden, führen jedoch teils zu Problemen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Strategien im Umgang damit. Eine vergleichende Analyse der verschiedenen Vorgehensweisen im Entscheidungsprozess zeigt eine Bandbreite an Grauschattierungen jenseits der schwarz-weißen Einordnung in arztzentrierte und patientenzentrierte Entscheidungen.

Diskussion

Arthrosepatienten stellen eine vielfältig vorinformierte Patientengruppe mit ausgeprägtem Partizipationswunsch dar. Beides wird teilweise von den betreuenden Orthopäden deutlich unterschätzt. Die geringe Entscheidungspartizipation durch die Ärzte scheint nicht nur ein Phänomen der Rahmenbedingungen der orthopädischen Ambulanz zu sein, sondern findet sich zum Teil auch in Einstellungen und Strategien der befragten Ärzte wieder. Jedoch zeigen sich hier auch Best Practice Ansätze, die die Umsetzbarkeit partizipativerer Vorgehensweisen in diesem Setting belegen und hilfreiche Ansatzpunkte für beispielsweise ein Ärztetraining bieten können. Dabei sollte die sehr hohe psychische Belastung der Arthrosepatienten, insbesondere bei bevorstehenden Operationen, mehr Berücksichtigung finden, z.B. auch durch den routinemäßigen Einsatz des HADS-D.

A Wissenschaftlicher Hintergrund

Vorwort: Zwei Welten

Patienten einer orthopädischen Universitätsklinik kommen mit Hoffnungen, Wünschen und Erwartungen auf Hilfe, Heilung oder zumindest Linderung. Dabei bringen sie ihre Persönlichkeitsstrukturen, Vorerfahrungen und Ängste mit. In der Ambulanz der Klinik treffen sie auf eine ganz eigene Welt. Ein Ort, an dem Assistenzärzte ausgebildet, Studien durchgeführt und Zeitpläne erfüllt werden, Oberärzte in OPs rennen. Fachsprache stiftet Verwirrung, beunruhigende Diagnosen werden gestellt. Die eigenen Fragen sind noch gar nicht fertig formuliert. Entscheidungen werden auf komplexe Weise getroffen, juristische Aufklärung sollen unterschrieben werden. Anonyme Räume, viele Menschen, die gehetzt hin und her laufen. Nicht selten überfordernde Momente. Teilweise sollen weitreichende Entscheidungen getroffen werden, wie z.B. bei den vielen Arthrosepatienten, die sich mit den enormen Möglichkeiten unserer Zeit zum Gelenkersatz konfrontiert sehen. Ein neues Kniegelenk – mit Chancen und Risiken. Was brauchen die Menschen in diesem System, dass es runder läuft? Die Patienten und die Ärzte.

Einleitung

Kommunikation orthopädischer Chirurgen mit ihren Patienten

Verschiedene Aspekte dieses Auseinanderklaffens der Erlebniswelten zeigen sich in einem systematischen Review zur Kommunikation von Chirurgen mit Patienten (W. Levinson, Hudak, & Tricco, 2013). Chirurgen konzentrieren sich demnach in der Regel darauf, Patienten genau über ihre Diagnose und den bevorstehenden Eingriff aufzuklären und mögliche medizinische Probleme zu eruieren. In den untersuchten Studien bemühten sie sich besonders darum, die wichtigen Details der Operationsbedingungen und des gesamten Eingriffs zu vermitteln. Dies erscheint auch natürlich, da dieser Fokus ihrem Fachgebiet entspricht. Inwieweit Patienten ihre medizinische Situation, ihre Behandlungsmöglichkeiten, Risiken und Unsicherheiten verstanden haben, ist oft weniger im Blick. Die Chirurgen taten sich schwer, die Patientenperspektive einschätzen zu können und darauf einzugehen. Auch gingen sie weniger auf emotionale und psychosoziale Aspekte ein. Von den 21 eingeschlossenen Studien bezogen sich 14 auf Orthopäden.

Volkskrankheit Arthrose und die Möglichkeiten der orthopädischen Chirurgie

Eine der großen Patientengruppen in der Orthopädie stellen Menschen mit Arthrose dar. Die weltweit häufigste Gelenkerkrankung betrifft laut der Studie GEDA 2014/2015-EHIS des Robert Koch-Instituts 17,9% der Erwachsenen ab 18 Jahren in den letzten 12 Monaten (J. Fuchs, Kuhnert, & Scheidt-Nave, 2017). Der Anteil von Personen mit Arthrose steigt mit zunehmendem Lebensalter deutlich an. Ab 65 Jahren sind knapp die Hälfte der Frauen (48,1%) und knapp ein Drittel der Männer (31,2%) betroffen. Die Möglichkeit unserer Zeit, ein abgenutztes, schmerzendes Gelenk durch ein Neues zu ersetzen, bringt vielen schmerzgeplagten Menschen in unserer alternden Gesellschaft die Chance auf neue Lebensqualität. Allein in Deutschland wurden im Jahr 2019 gemäß dem Jahresbericht des Endoprothesenregisters (Grimberg et al., 2020) 157 681 Hüft- und 124 677 Knieerstimplantationen durchgeführt.

Entscheidungskonflikte in der Endoprothetik

Diese enormen Möglichkeiten stellen Patienten jedoch auch vor neue Entscheidungskonflikte. Kurz- und langfristige Chancen und Risiken dieser aufwendigen Eingriffe müssen vor dem Hintergrund der eigenen Gesundheits- und Lebenssituation reflektiert und abgewägt werden. Auf der eine Seite steht der Wunsch nach Schmerzreduktion und Lebensqualität, auf der anderen Seite stehen Ängste vor dem

Eingriff, der langen Regenerationszeit, erforderlichen Revisionen und dem verbleibenden Risiko von 1-3%, sehr belastender bis tödlicher Komplikationen (Infektionen, Thrombose, Lungenembolie) (Reis & Fortelka, 2013). Je nach Alter, Gelenkzustand und weiteren Erkrankungen erhöht sich dieses Risiko auch (ebd.). Während bei Hüftersatz ca. 95% der Patienten eine Besserung danach angeben, sind es bei Kniegelenkersatz nur 80%. D.h. 20% haben danach genauso starke oder sogar noch größere Probleme.

Neben medizinischen Aspekten, wie Gelenkfunktion, radiologischen Parametern, Dauer der Beschwerden und bisher durchgeführten konservativen Therapien, spielen patientenindividuelle Faktoren eine tragende Rolle (Niethard, 2013). So scheinen u.a. Parameter wie Singledasein, in Trennung lebend oder verwitwet, arbeitslos oder in Rente sein (Lindner et al., 2018) und auch Depressionen (Ali, Lindstrand, Sundberg, & Flivik, 2017) mit einem schlechteren Outcome in Verbindung zu stehen.

Endoprothetik – der neue Boom in reicheren Regionen

Interessanterweise gibt es große Unterschiede, wo und bei wem eine Endoprothese eingesetzt wird. Die Studie „Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik“ zeigt, dass z.B. in reichen deutschen Landkreisen Patienten häufiger ein künstliches Kniegelenk erhalten, obwohl Arthrose dort seltener ist (Schäfer et al., 2013).

Dagegen scheint ein Teil der Menschen, die von einer Knieprothese profitieren würden, diese nicht in Anspruch zu nehmen. Die Hintergründe wurden in einer qualitativen Metaanalyse über 10 Studien zur Entscheidungsfindung in der Knieendoprothetik genauer beleuchtet (O'Neill, Jinks, & Ong, 2007). Es zeigte sich, dass die Entscheidungsfindung von vielen komplexen Einflüssen bestimmt wird. So scheinen soziale und kulturelle Vorstellungen vom Altern die Erwartungen gegenüber der Kniearthrose zu beeinflussen („natürliche Alterserscheinungen“). Dies wiederum scheint die Wahrnehmung von Behandlungsoptionen zu prägen (z.B. „sich erst operieren zu lassen, wenn man sich vor Schmerzen nicht mehr bewegen kann“ oder „große Angst vor Risiken“). Dabei spielten, über alle 10 Studien hinweg, die Ärzte die größte Rolle im Entscheidungsprozess. Patienten erhofften sich Orientierung oder nahmen den Arzt als Hürde auf dem Weg zu einer Knieprothese wahr. Sie wollten sich dem Arzt anvertrauen und auf jeden Fall nicht allein die Entscheidung treffen.

Verbesserte Arzt-Patienten-Interaktion als Regulativ

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient rund um den Entscheidungsprozess scheint neben anderen Faktoren eine große Rolle dabei zu spielen, ob Menschen beispielsweise tatsächlich mit einer Knieprothese versorgt werden, die davon sehr profitieren würden. Oder aber auch, ob Menschen, bei denen es ggf. (noch) gar nicht indiziert ist, diesem umfangreichen Eingriff unterzogen werden (Schäfer et al., 2013). Die Autoren der Studie „Regionale Unterschiede und deren Einflussfaktoren – Schwerpunkt Knieendoprothetik“ (ebd.) fordern neben strukturellen Veränderungen partizipativere ärztliche Kommunikation und ein verstärktes Empowerment von Patienten, damit auch den Auswirkungen psychosozialer Parameter wie Leidensdruck, soziale Situation und persönliche Erwartungshaltung in einer individuellen Nutzen-/Risikoabwägung vermehrt Rechnung getragen wird.

Historische Wandlungsprozesse der Arzt-Patient-Beziehung

Bislang scheinen sich Chirurgen jedoch eher schwer zu tun, ihre Gesprächsführung patientenorientiert zu gestalten (W. Levinson et al., 2013). Die Ursachen dafür sind auch in gesellschaftlichen Wandlungsprozessen zu suchen. So hat sich die Arzt-Patient-Beziehung im Verlauf der Geschichte parallel zu medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklungen stetig verändert (Begenau, Schubert,

& Vogt, 2010). Die Fortschritte der Medizin haben zu einer immer stärkeren Spezialisierung und zur Herausbildung von Experten geführt, deren komplexe Entscheidungen die Teilnahme Außenstehender in der Regel ausschließt (Scheibler, Schwantes, Kampman, & Pfaff, 2005). Die Folge ist ein paternalistisches Prinzip mit der Gefahr, an den Bedürfnissen der Patienten vorbei zu therapieren. Gleichzeitig führten Individualisierung und Demokratisierung zu selbstbewussteren, autonomeren Patienten, die sich nicht zuletzt durch das Internet aus der Rolle des passiven Empfängers medizinischer Leistungen herauslösen (deBronkart, 2015).

Verändertes Rollenverständnis beim Patienten: Partizipation als neue Richtschnur

Diese Veränderungsprozesse zeigen sich z.B. in einem Telefonsurvey in acht europäischen Ländern von Coulter and Magee (2003). Dabei gaben 23 Prozent der insgesamt 8119 Befragten an, selbst über die Behandlung bestimmen zu wollen, 51 Prozent wollten gemeinsam mit dem Arzt entscheiden und 26 Prozent lieber den Arzt entscheiden lassen. Es waren vor allem die älteren Patienten und diejenigen, mit einem geringeren Bildungsniveau, die paternalistischer eingestellt waren.

Ähnliche Daten liefert der jährliche deutsche Gesundheitsmonitor. So gaben beispielsweise im Jahr 2012 18 Prozent der Befragten an, allein entscheiden zu wollen, 25 Prozent wollten den Arzt entscheiden lassen und 52 Prozent gaben an, eine gemeinsame Entscheidung anzustreben (5% gaben an, dass keine der Möglichkeiten auf sie zuträfe) (Böcken, 2014). Im Vergleich zu 2001 stieg die Zahl derjenigen, die allein entscheiden wollten von 14 auf 18% zu Ungunsten der gemeinsamen Entscheidung (von 58 auf 52%) (n = 1.329 bis 1.600).

Um die sich abzeichnenden Entwicklung von paternalistischen zu partizipativeren Rollenmodellen zu unterstützen, wurden auf nationaler Ebene 2001 der Förderschwerpunkt „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ durch das Bundesministerium für Gesundheit gegründet (Bieber, Gschwendtner, Mueller, & Eich, 2016). In den 10 Modellprojekten sowie nachfolgenden Forschungsbemühungen ergaben sich durchweg positive psychosoziale, klinische und auch entscheidungsprozessbezogene Effekte der Interventionen zur Verbesserung der partizipativen Entscheidungsfindung (ebd.). Im 2007 herausgegebenen Leitfaden zu Patientenrechten in Deutschland wurde festgehalten, dass die Arzt-Patient-Beziehung zukünftig als „echte Behandlungs- und Entscheidungspartnerschaft“ verstanden werden sollte. 2013 wurde schließlich das Patientenrechtegesetz erlassen. Die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in der Regelversorgung hat noch diverse Hürden zu nehmen, unter anderem die eingeübten Kommunikationsstrategien von bereits langjährig praktizierenden Medizinerinnen von der gewohnten paternalistischen Haltung hin zu mehr Partizipation zu verändern (Bieber et al., 2009; Härter et al., 2015). Für medizinische Fachkräfte wurden einige spezifische Trainingsprogramme zur partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt und erfolgreich in der medizinischen Ausbildung implementiert (Härter et al., 2017). Zudem wurden zu ausgewählten Erkrankungen medizinische Entscheidungshilfen erstellt (ebd.). Vor diesem Hintergrund werden Aktualität und Bedeutsamkeit des Forschungsfeldes deutlich.

Forschungsstand

Im Folgenden werden die zentralen Forschungsergebnisse zur Arzt-Patienten-Kommunikation in Orthopädie und endoprothetischen Versorgung zusammengefasst sowie der Unterstützungsbedarf beim Patienten beleuchtet. Zudem werden aktuelle Erkenntnisse zu Effekten und Perspektiven der Patientenpartizipation dargestellt. Schließlich werden Forschungsergebnisse zur Bedeutung psychischer Faktoren bei Gespräch, Entscheidung und Behandlung von (Arthrose-)Patienten beleuchtet.

Problembereiche der Arzt-Patienten-Kommunikation bei medizinischen Entscheidungen

Kommunikation in der orthopädischen Ambulanz: Vernachlässigung der Patientenperspektive

In einer 1998 veröffentlichten qualitativen Studie (Fossum, Arborelius, & Theorell, 1998) wurden in einer schwedischen orthopädischen Ambulanz 18 Arzt-Patient-Gespräche per Video aufgenommen und im Nachhinein den jeweiligen Patienten vorgelegt, mit der Möglichkeit, einzelne Sequenzen zu kommentieren. 60% der Patienten gaben diverse Kritikpunkte an. Sie hatten das Gefühl, nicht verstanden oder nicht gehört zu werden, empfanden den Arzt als nicht empathisch oder waren frustriert darüber, dass er nichts für sie tun kann.

Knieendoprothetik: Zuwenig Patienteninformation, Einbezug von Psyche und Frage nach Patientenerwartungen

In einer schwedischen Studie wurden Orthopäden befragt, wie sie ihre Patienten vor einer Knieendoprothese informieren (Mahdi, Nyman, & Wretenberg, 2018). Ein Fragebogen wurden an alle Kniechirurgen in Schweden, die Knieendoprothesen einsetzen, verschickt bei einem Rücklauf von ca. 70%. 58% der Chirurgen gab an schriftliche Informationen zu verteilen, 92% würden mündlich aufklären. Nur 44% gaben an, nach den Erwartungen der Patienten zu fragen und nur 42% informierten die Patienten immer darüber, dass im Schnitt 20% der Patienten mit ihrer Knieendoprothese nicht zufrieden sind. Zudem gaben nur 24% der Befragten an, nie bei milden Arthroseanzeichen zu operieren. 20% würden immer psychiatrische Kriterien abfragen, wobei die Hälfte angab, niemals einen Psychiater zu konsultieren. Trotzdem glaubten alle an die Auswirkungen psychischer Faktoren auf das Ergebnis der Knieendoprothese. Die Ärzte benannten insbesondere fünf Gründe für unzufriedene Patienten: Patientenerwartungen, wenn Patienten die Entscheidung zur Operation treffen, chirurgische Aspekte, eine Kombination an Faktoren und mangelnde Informationsgabe an Patienten. Knieoperateure in Schweden scheinen ein Bewusstsein für die Wichtigkeit präoperativer Patienteninformationen, die Auswirkungen von Patientenerwartungen und psychiatrischer Erkrankungen zu haben. Verbesserungsbedarf besteht beim Einsatz schriftlicher Patienteninformationen, der Frage nach Patientenerwartungen und der Veranlassung psychiatrischer Assessments im Rahmen der präoperativen Routinen.

Hüftendoprothetik: nicht ausreichend gestillter Informationsbedarf

Hüftarthrosepatienten (N=13) wurden in einer norwegischen qualitativen Interviewstudie, die als Teil einer größeren Studie zur Entwicklung und Testung von webbasierten Patienteninformationen durchgeführt wurde, nach ihren Bedürfnissen bezüglich Information und emotionaler Unterstützung von der Diagnose über sieben Stadien der progredienten Erkrankung befragt (Brembo et al., 2016). Patienten hatten über alle Stadien großen Informationsbedarf, der oft nicht ausreichend erfüllt wurde.

Knieendprothetik: Auswirkungen mangelnder Informationen sowie medizinischer und sozialer Unterstützung auf das Outcome

Eine 2017 veröffentlichte prospektive Mixed-Methods-Kohortenstudie aus Canada untersuchte, warum im Schnitt 20% der Patienten, die eine Knieendoprothese erhalten, unzufrieden mit dem Ergebnis sind (Goldsmith et al., 2017). Dazu wurden 45 Patienten acht Monate nach dem Eingriff interviewt. Insbesondere, wenn bestimmte Erwartungen an die Unterstützung nach der Operation in Form von Informationen, medizinischer Hilfe und persönlicher Unterstützung aus dem sozialen Umfeld nicht erfüllt wurden, wurde die gesamte Knieprothese negativ bewertet, auch wenn aus medizinischer Sicht ein gutes Ergebnis erzielt worden war. Es wurde kritisiert, dass die Orthopäden zu wenig Zeit hatten, schlecht erreichbar waren, wenig empathisch kommunizierten und zu wenig Informationen gaben.

Gezielter Unterstützungsbedarf bei medizinischen Entscheidungsprozessen in der Endoprothetik

Der Einfluss persönlicher Erfahrungen bei Entscheidungen in der Knieendoprothetik

Die persönliche Entscheidungsfindung von Arthrosepatienten für oder gegen eine Knieendoprothese wurde in einer qualitativen Studie an einer US-Uniklinik in Texas untersucht (Suarez-Almazor, Richardson, Kroll, & Sharf, 2010). Dabei wurden sechs Fokusgruppen mit Kniearthrosepatienten diverser ethnischer Hintergründe durchgeführt. Die Patienten waren von ihrem Hausarzt in die größte private Ambulanz der Region überwiesen worden. In den Fokusgruppen wurde diskutiert, welche Themen für die Patienten bei der Entscheidungsfindung bezüglich einer Knieendoprothese relevant sind. Sie wurden mit der Methode der Grounded Theory ausgewertet. Eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung spielten persönliche positive und negative Erfahrungen. Generell hatten die Teilnehmer positive Erwartungen bezüglich einer Verbesserung der Lebensqualität und der Funktion, aber auch einige Ängste wurden identifiziert. Die größte Angst war eine lange Regenerationszeit, gefolgt durch die Angst vor Komplikationen und der Anästhesie. Ein zusätzliches Thema war das Vertrauen in den Chirurgen, finanzielle Sorgen und allgemeine Sorgen um die Gesundheit. Die Sorgen waren größtenteils durch eigene Erfahrungen oder Erfahrungen im Umfeld gespeist.

Der Einfluss von Krankheitsbewältigungsstrategien bei Entscheidungen in der Knieendoprothetik

In einer qualitativen Studie aus England wurden in drei Krankenhäusern insgesamt 26 Gespräche zwischen Arthrosepatienten und ihren orthopädischen Ärzten beobachtet und per Audioaufnahme festgehalten (Sansom et al., 2010). Danach wurden halbstrukturierte Interviews mit Patienten und Ärzten durchgeführt. Bei den befragten Arthrosepatienten zeigten sich zwei verschiedene Strategien im Umgang mit der Erkrankung, die sowohl den Zeitpunkt des Arztbesuchs als auch die Erwartungen an das Gespräch prägten. Ein Teil der Patienten hatte mit dem Arztbesuch solange gewartet, bis die Symptome unerträglich waren. Der andere Teil kam frühzeitig, um zu verhindern, dass es schlimmer wird. Das beschriebene Vorgehen war abhängig von Faktoren wie Alter, Vergleich mit anderen, Erwartungen und Wünschen, Verschlechterung und Überzeugungen. Es bestimmte auch, wie dringlich eine Knieendoprothese angesehen wurde. Je nachdem ob der betreuende Arzt diese Dringlichkeit bestätigte oder anders einschätzte, entstanden Unzufriedenheit, Unsicherheit, Ängste und Hilflosigkeit.

Effekte und Perspektiven der Patientenpartizipation

In dem folgenden Abschnitt werden bestehende Erkenntnisse über Auswirkungen der vielseitig geforderten Patientenpartizipation auf Entscheidungsprozesse zusammengefasst und Perspektiven von Ärzten und Patienten verdeutlicht.

Interventionen zur partizipativen Entscheidungsfindung: Verbesserung der Entscheidungsqualität

In einem systematischen Review wurden die Effekte von Interventionen zur partizipativen Entscheidungsfindung anhand von zehn Übersichtsarbeiten über insgesamt 256 randomisierte kontrollierte klinische Studien untersucht (Loh, Simon, Kriston, & Härter, 2007). Die Interventionen führten zu einer Zunahme des Wissens, einer realistischeren Erwartung über Behandlungsverläufe, einer aktiveren Beteiligung am medizinischen Behandlungsprozess, einer Verringerung von Entscheidungskonflikten und einer Abnahme der Unentschlossenheit der Patienten gegenüber Behandlungen sowie einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Risikowahrnehmung der Patienten.

Interventionen zur partizipativen Entscheidungsfindung bei elektiven Operationen: Verbesserung der Entscheidungsqualität, unterschiedliche Effekte auf die Operationshäufigkeit

In einem systematischen Review über 24 englisch veröffentlichte Studien zu partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) bei elektiven Operationen wurde untersucht, bei welchen Indikationen PEF eingesetzt wurde und welche Effekte sich zeigten. Die meisten Studien waren zu Operationen an der Wirbelsäule (7 von 24), gefolgt von den Gelenken (5 von 24) sowie im Bereich der Gynäkologie (4 von 24). 20 Studien nutzten Entscheidungshilfen oder unterstützende Materialien, inklusive Multimedia bzw. Videos (13 von 20), schriftliche Informationen (3 von 20) oder persönliches Coaching (4 von 20). Die Effekte der PEF auf die Entscheidung für oder gegen eine Operation war zwischen den Studien unterschiedlich. Ein Rückgang der Operationen zeigte sich bei 9 (von 24) Studien, keinen Unterschied bei 8 (von 24) und eine Zunahme bei einer Studie. PEF verbesserte tendenziell die Entscheidungsqualität (3 von 3), genauso wie das Wissen oder die Vorbereitung (4 von 6). Die Autoren schließen daraus, dass PEF Entscheidungskonflikte minimiert und die Entscheidungsqualität verbessert. Ob PEF die Operationshäufigkeit reduziert, kann nicht eindeutig bestätigt werden.

Partizipationswünsche abhängig von Alter und Bildungsniveau

Wie oben bereits dargestellt, strebt die Hälfte der Patienten in Deutschland (Böcken, 2014) und in Europa (Coulter & Magee, 2003) eine gemeinsame also partizipative Entscheidung in Arztgesprächen an. Ein Viertel der Patienten favorisiert jedoch auch paternalistische Entscheidungsformen, insbesondere Ältere oder Bildungsschwächere.

Dies konnte auch in einer deutschen Studie im Hausarztbereich gezeigt werden (Schneider et al., 2006). Insgesamt 234 Patienten füllten ein Fragebogenpaket (Autonomie-Präferenz-Index, Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen, HADS-D) aus. Der Arzt dokumentierte die Diagnosen und schätzte die Beteiligungspräferenz des Patienten ein (autonom, paternalistisch, partizipativ). Interessanterweise schätzten die Hausärzte intuitiv auf Basis der bereits angesprochenen Variablen Alter und Bildungsniveau die Beteiligungspräferenz recht zuverlässig ein. Auch statistisch zeigten diese beiden Variablen die größte Varianzaufklärung.

Komplexe Auswirkungen von Vorinformation auf das Arzt-Patienten-Gespräch

Eine deutsche qualitative Studie untersuchte die Erfahrungen von elf niedergelassenen Gynäkologen und Hausärzten mit vorinformierten Patienten und die damit verbundenen Einstellungen und Handlungsmuster mittels leitfadengestützter Experteninterviews (Baumgart, 2010). Die Ärzte berichteten eine starke Ambivalenz gegenüber dem „informierten Patienten“. Irreführende Vorinformationen würden verunsichern. Das Verhältnis zwischen Experten und Laien verändere sich dadurch spürbar. Das Vertrauen leide teilweise deutlich, Patienten würden sie im Gespräch „abprüfen“. Es müsse um die Informationshoheit gerungen werden. Patienten würden „fordernder“, „schwieriger“ oder „sehr anstrengend“ erlebt, insbesondere wegen der mitunter „ewig langen Diskussionen“, die „leider wirklich zeitraubend“ seien. Auch seien teils zusätzliche Untersuchungen, Zweitmeinungen und Überweisungen nur zur Beruhigung des Patienten nötig. Je komplexer Krankheitsbilder und Behandlungsoptionen desto willkommener sei den befragten Ärzten die Eigeninitiative. Sie erlebten diese dann eher als „kooperative Patienten“, mit denen man „besser Entscheidungen treffen kann“ und mit denen „es eine Diskussionsgrundlage gibt“. Auch würden sie von einigen als hilfreiche Herausforderung geschätzt, die eigenen Automatismen zu hinterfragen. Bei schweren Erkrankungen helfe die Informationssuche der Ohnmachtserfahrung der Krankheit etwas entgegenzusetzen. Die Autorin schließt, dass je nach Umgang des Arztes es in Summe zu besserer oder schlechterer Compliance, zu mehr Misstrauen oder mehr Kooperation, zu einem langfristig höheren oder geringeren Zeitaufwand kommen könne. Es zeigten sich bei den verschiedenen Ärzten autoritärere Haltungen, wo versucht wird, die Informationssuche zu unterbinden, oder aber auch integrativere Umgangsformen, bei denen die Informationen integriert und auf dieser Basis das Gespräch gestaltet wird.

Ein Drittel der Brustkrebspatientinnen informiert sich im Internet: mehr Partizipation, keine Verminderung des Vertrauens in den Arzt

In einer deutschen Fragebogenstudie (adaptierte Version des Kölner Patientenfragebogen KPF-BK) zur eigenständigen Information von Brustkrebspatientinnen (N=584) wurde gezeigt, dass 34,7% das Internet als Informationsquelle nutzen (Scheibler, Steffen, & Pfaff, 2006). Die Nutzung war positiv korreliert mit dem Bildungsstand und negativ mit dem Alter. Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen eigenständiger Information und Vertrauen in den Arzt, jedoch erhöhte die Vorinformation leicht die wahrgenommene Partizipation.

Psychische Belastung bei Arthrosepatienten und deren Einbezug in Behandlungsentscheidungen und weitere Betreuung

Hohe psychische Belastung bei Arthrosepatienten

Angst und Depression sind bei Arthrosepatienten stark verbreitet. Bei einer Studie in 75 deutschen Allgemeinarztpraxen wurden insgesamt 1021 Arthrosepatienten mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-9) befragt (Rosemann et al., 2007). Im PHQ-9 erreichen 19,8% der Männer und 19,2% der Frauen einen Score von ≥ 15 , was auf eine mindestens mittelgradige Depression hinweist. Signifikante Geschlechtsunterschiede konnten nicht festgestellt werden. Der stärkste Prädiktor für Depression war der wahrgenommene Schmerz und wenige Sozialkontakte. Weitere Indikatoren waren körperliche Einschränkungen im unteren und oberen Körper, das Alter und der Bodymaßindex.

Ähnliche Ergebnisse wurden in einer kanadischen Studie berichtet (Sale, Gignac, & Hawker, 2008). 21,3% der 1,227 befragten Patienten erfüllten einen CES-D Score von ≥ 16 . Eine ausgeprägtere

depressive Verstimmung was insbesondere assoziiert mit dem weiblichen Geschlecht, stärkerem Schmerzerleben und Fatigue sowie belastenden Lebensereignissen.

Bei einer Untersuchung der Beziehungen zwischen der Schwere der Arthrose, Schmerz, Behinderung und Angst/Depression von Arthrosepatienten wurden 54 Patienten (davon 42 Frauen, Durchschnittsalter 63,3 Jahre) in einer orthopädischen Ambulanz untersucht (Axford et al., 2010). Die Prävalenz von klinisch relevanter Angst und/oder Depression lag bei 40,7% und korrelierte mit der Schmerzstärke. Die Behinderung war bei Patienten mit Angst und/oder Depression größer. Die Schwere der Arthrose, gemessen durch den radiologischen Befund, war kein guter Prädiktor für Angst oder Depression und nur leicht assoziiert mit Behinderung.

Der Einfluss psychischer Faktoren auf das Outcome in der Knieendoprothetik

In einem systematischen Review über 35 Studien zu psychologischen Auswirkungen auf das Ergebnis von Hüft- und Knieendoprothesen wurde gezeigt, dass eine geringe präoperative psychische Gesundheit und die Neigung zur Schmerzkatastrophisierung einen Einfluss auf das Ergebnis der Knieendoprothese haben (Vissers et al., 2012). Für andere psychologische Faktoren oder auch bei Hüftarthrosepatienten konnte keine eindeutige Evidenz gefunden werden.

Zensur der eigenen Bedenken gegenüber dem orthopädischen Eingriff

In einer kanadischen Studie wurden 59 Patienten über 65 Jahren, die über eine orthopädische Operation nachdachten, nach ihrem Arztgespräch in semistrukturierten Telefoninterviews befragt, wie sie das Gespräch wahrgenommen hatten und wie die Entscheidung getroffen worden war (Hudak, Armstrong, Braddock, Frankel, & Levinson, 2008). Ihre Antworten wurden mit den Audioaufnahmen der Gespräche verglichen. Die Patienten formulierten nur etwa die Hälfte ihrer Bedenken gegenüber einer orthopädischen Operation. Insbesondere ihre Sorgen, wie sie bei den bestehenden Ressourcen (z.B. in Bezug auf soziale Unterstützung, Transport und Kosten) und Verpflichtungen (gegenüber Familienmitgliedern, Arbeitgebern und der Religion) die Operation bewältigen können, wurden nicht formuliert.

Mangelndes Eingehen auf Andeutungen von Patienten

In einer US-amerikanischen Studie wurde untersucht, inwieweit Ärzte auf direkte und indirekte Hinweise ihrer Patienten in Bezug auf persönliche Aspekte ihres Lebens oder ihrer Gefühle eingehen (W. Levinson, Gorawara-Bhat, & Lamb, 2000). Dabei wurden Audioaufnahmen der Visiten von u.a. 62 Chirurgen in Gemeinschaftspraxen (bereits 1994) aufgenommen. In der Hälfte der Visiten gaben Patienten Hinweise an ihre chirurgischen Ärzte, davon waren 70% emotionaler Natur. Die meisten bezogen sich auf ihren körperlichen Zustand. In 38% der Fälle reagierten die Ärzte auf diese Hinweise. Visiten, in denen nicht auf diese Hinweise eingegangen wurde, dauerten tendenziell länger.

Fazit aus dem Forschungsstand

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse in der orthopädischen Arthrosetherapie ein zeitgemäßes und inhaltlich relevantes Forschungsfeld darstellt, in dem bereits einige Erkenntnisse vorliegen, jedoch weiterer Forschungsbedarf besteht.

Schwedische, norwegische und kanadische Studien weisen darauf hin, dass die Patientenkommunikation in der Orthopädie allgemein, wie auch in der Endoprothetik verbesserungsbedürftig ist. Dies betrifft sowohl die zwischenmenschliche Interaktion (Empathie,

Zuhören, Ernstnehmen, auf Bedürfnisse und Anliegen eingehen), als auch die Integration der Psyche (in Form von Ängsten, Sorgen und Belastungen) in die Agenda des ärztlichen Gesprächs. Deutliche Defizite zeigen sich auch bei der Befähigung zur Partizipation über ausführliche, realistische Informationen sowie beim Einbezug von Patientenperspektiven und -erwartungen in den Entscheidungsprozess.

Weitere Forschungsbemühungen zur Ausgestaltung der Interaktionsformen und Entscheidungsstile in der Orthopädie und Arthrosetherapie in Deutschland sind erforderlich. Auch sollte genauer beleuchtet werden, welche Perspektiven orthopädische Ärzte auf Problem- und Konfliktbereiche in Patientengesprächen und medizinischen Entscheidungsprozessen haben und wo sie sich Unterstützung zur Optimierung wünschen.

In Studien aus England und Texas konnte gezeigt werden, dass persönliche Vorstellungen, Krankheitsbewältigungsstrategien, Erfahrungen, Ängste und Sorgen von Patienten den Entscheidungsprozess bei Knieendoprothesen beeinflussen. Finden diese im Gespräch keinen Raum, beeinflusst das die Entscheidungsqualität.

Auch zeigen deutsche und internationale Studien eine hohe psychische Belastung bei Arthrosepateinten. Eine schlechte präoperative psychische Gesundheit und ein hohes Ausmaß an Schmerzkatastrophisierung stehen mit einem schlechteren Outcome in der Knieendoprothetik in Zusammenhang. Umso wichtiger ist der Einbezug der Psyche und das Eingehen auf Sorgen, Bedenken und Perspektiven der Patienten. In einer kanadischen Studie zeigt sich, dass Patienten bereits im Vorfeld die Hälfte ihrer Bedenken zensieren und nicht an den Arzt kommunizieren. In einer US-amerikanischen Studie reagierten Chirurgen nur in 38% der Fälle auf Andeutungen von Patienten zu ihren Gefühlen und Sorgen.

Genauer untersucht werden sollte daher, in welchem Ausmaß Arthrosepateinten in Deutschland, die vor einer Entscheidung zu einer Operation stehen, von Angst und Depression betroffen sind. Inwieweit haben sie das Gefühl, von ihren behandelnden Orthopäden auf ihre Sorgen und Ängste angesprochen zu werden und in welchem Ausmaß wünschen sie sich dies? Wie wirken sich psychische Belastungen auf die Partizipation und Zufriedenheit mit der Entscheidung aus? Welche Ursachen und Zusammenhänge finden sich für die bestehenden Interaktionsmuster aus Ärztesicht? Welche Ansatzpunkte lassen sich daraus für die Praxis ableiten?

Allgemeine Studien in Europa zeigen einen verstärkten Wunsch nach Partizipation bei ca. der Hälfte der Patienten, jedoch möchten Patienten je nach Alter und Bildungsstand auch mehr Verantwortung an den Arzt abgeben. Internationale Überblicksarbeiten haben gezeigt, dass allgemeine Interventionen zur partizipativen Entscheidungsfindung wirksam die Entscheidungsqualität verbessern. Eine mangelnde Datenlage besteht dazu, wie ausgeprägt Partizipationswünsche bei den eher älteren Arthrosepateinten in Deutschland sind. In welchem Umfang findet bereits Partizipation statt und wo bestehen Defizite? Welche Perspektiven haben die behandelnden Ärzte auf Partizipationswünsche von Patienten? Welche Hürden, Konzepte und Erfahrungen erschweren Partizipation? Welche Ansätze zur Verbesserung bestehen? Welche Parameter der Entscheidungsqualität sollten bei Trainingsprogrammen besonders im Fokus stehen?

Partizipations- und Autonomiewünsche von Patienten drücken sich auch darin aus, dass sich Patienten über verschiedene Kanäle selbständig informieren und sich ein Bild über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten machen. Die Erfahrungen verschiedener Ärzte (Hausärzte und Gynäkologen) mit dieser Art von Emanzipation ist durchaus sehr ambivalent. Patienten würden aus ihren Recherchen ihre eigenen Schlüsse ziehen, die teils problematisch und irreführend seien. Dies würde zu Vertrauensverlust in die Kompetenz des Arztes und zu aufwendigen Gesprächen führen. Diese Effekte konnten im Brustkrebsbereich nicht bestätigt werden. Das Vertrauensverhältnis scheint

dort davon unberührt zu bleiben, jedoch erhöhte sich wahrgenommene Partizipation. Forschungsbedarf besteht dazu, in welchem Ausmaß sich Arthrosepatienten im Vorfeld informieren. Welche Quellen nutzen sie? Wie wirkt sich Vorinformation auf die wahrgenommene Partizipation bei Arthrosepatienten aus? Welche Erfahrungen haben orthopädische Ärzte mit vorinformierten Patienten gesammelt, wie nehmen sie diese wahr und welche Strategien haben sie im Umgang mit ihnen entwickelt?

Rahmen der Dissertation

Diese Dissertation ist Teil der umfangreichen Studie „Der Arthrosepatient als Partner. Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte. Schwerpunkt Arthrosepatienten.“. Sie wurde mit Unterstützung durch die Deutsche Arthrose Hilfe in der Abteilung für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation am Uniklinikum Großhadern federführend von Frau Dipl. Psych. Isabella Susanne Gesell unter Leitung von Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. V. Jansson durchgeführt. Ziel des Gesamtprojektes ist die Entwicklung eines Trainingsprogramms mit spezifischen Arbeitsmaterialien für orthopädische Ärzte zur Verbesserung von Verständnis und Unterstützung für die individuellen Bedürfnisse von Arthrosepatienten, die sich mit einer (möglichen) Operation konfrontieren müssen. Infolge wird eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit mit einer Verbesserung der postoperativen Anpassung erwartet. Untersuchungsgegenstand dieser Dissertation sind die medizinischen Entscheidungsprozesse im Arzt-Patient-Gespräch von orthopädischen Ärzten und Arthrosepatienten.

Fragestellungen der Dissertation

In der vorliegenden Mixed-Methods-Studie werden sowohl Perspektiven der Arthrosepatienten (Studienteil I) als auch der orthopädischen Ärzte (Studienteil II) beleuchtet.

Fragestellungen im Studienteil I „Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse in der orthopädischen Ambulanz – aus der Perspektive von Arthrosepatienten“

- „Wie nehmen Arthrosepatienten die Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse in der orthopädischen Ambulanz der Klinik wahr?“
- „In welchem Ausmaß möchten Arthrosepatienten am medizinischen Entscheidungsprozess partizipieren?“
- „Wie wirken sich psychische Belastungen (Angst, Depression) bei Arthrosepatienten auf die Wahrnehmung des medizinischen Entscheidungsprozesses aus?“

Fragestellung im Studienteil II „Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse in der orthopädischen Ambulanz – aus Ärzteperspektive“

„Wie wird die Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse aus der Perspektive orthopädischer Ärzte wahrgenommen und gestaltet?“

B Methoden

Studienaufbau

Zur Untersuchung von medizinischen Entscheidungsprozessen in Arzt-Patient-Gesprächen der klinischen Orthopädie wurden sowohl quantitative als auch qualitative Methoden verwendet. Dabei erfolgte eine umfangreiche Fragebogenstudie von orthopädischen Ambulanzpatienten zur Erhebung von Patientenperspektiven (Studienteil I) sowie Interviews mit den behandelnden Orthopäden zur Erhebung von Ärzteperspektiven (Studienteil II).

Methoden Studienteil I

Studiendesign

Der Studienteil I widmet sich der Perspektive von Arthrosepatienten auf ihre Arztgespräche in der orthopädischen Ambulanz. Es wurde eine explorative quantitative Bedarfserhebung mittels Fragebögen durchgeführt. Beim Studientyp handelt es sich um eine Kohortenbefragung, d.h. alle Patienten, die ab einem bestimmten Zeitpunkt in der Sprechstunde der orthopädischen Ambulanz vorstellig wurden und die Einschlusskriterien erfüllten, wurden für die Studienteilnahme angeworben.

Ablauf der Erhebung

Die Datenerhebung startete am 10.06.2013 und endete am 25.10.2013. Im Warteraum der orthopädischen Ambulanz wurden über 20 Wochen (Montag-Freitag, 8:00-13:00 Uhr) alle eintreffenden Patienten zur Studienteilnahme eingeladen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Die Patienten wurden kurz über die Studie informiert und erhielten das Fragebogenpaket. Ein Teil der Fragen sollte vor dem Gespräch, ein Teil nach dem Gespräch ausgefüllt werden. Das Fragebogenpaket konnte danach der zuständigen Mitarbeiterin des Forschungsteams oder am Pflegestützpunkt abgegeben werden. Die Erhebungsstrategie musste im Verlauf angepasst werden, da der Rücklauf in der Woche 1-8 mit 34,9% anfangs recht niedrig war (siehe ausführlicher unter „Ergebnisse Studienteil I“/„Rücklauf“). 62,3% der Patienten erklärten sich zur Studienteilnahme bereit. Zu Beginn wurde Patienten nur auf Wunsch ein frankierter Rückumschlag mitgegeben. Es zeigte sich hierbei, dass Patienten, die den Fragebogen per Post zurückschickten, ausführlicher auf die offenen Fragen im Fragebogen antworteten. Um den Rücklauf zu erhöhen und die Qualität der (offenen) Antworten zu verbessern erhielten ab Woche 9 pauschal alle Patienten einen frankierten Rückumschlag. Trotzdem lag der Rücklauf in Woche 9-15 nur bei 31,0%, obgleich nun 78,7% der Patienten den Fragebogen annahmen. Die Patienten, die vorher eine Studienteilnahme abgelehnt hatten, taten dies vermutlich nun im Nachhinein. Daher wurde die Entscheidung für eine vertiefte Erhebung getroffen, bei der jeder Patient mit Namen und Telefonnummer sowie einer Einverständniserklärung offiziell in die Studie aufgenommen wurde. Alle Patienten wurden telefonisch an die Rücksendung des Fragebogens erinnert. Nun erklärten sich 75,1% der angesprochenen Patienten bereit, an der Studie teilzunehmen. Der Rücklauf konnte so in Woche 16-20 auf 71,1% gesteigert werden.

Stichprobe

In die Stichprobe wurden Patienten eingeschlossen, die folgende Kriterien erfüllten: Alter ab 18 Jahren, Frauen und Männer, Behandlungsgrund in der orthopädischen Ambulanz: Arthrose, ausreichend deutsche Sprachkenntnisse, Inhalt der Studie wurde verstanden, Bereitschaft an allen Teilen der Studie teilzunehmen und unterschriebene Einverständniserklärung. Da sich die Vorauswahl von Arthrosepatienten aus erhebungstechnischen Gründen nicht realisieren ließ, wurde entschieden, diese Auswahl im Nachhinein vorzunehmen und zunächst alle Patienten, die die Einschlusskriterien abgesehen von ihrer Erkrankung erfüllten, einzuschließen.

Erhebungsmethoden

Entwicklung und Prüfung der Erhebungsinstrumente unter Einbezug von Ärzten, Patienten und Patientenberatung

Das Fragebogenpaket wurde auf Basis einer systematischen Literaturrecherche, der Auswertung eines Arthrose-Forums (www.deutsches-arthrose-forum.de), explorativer Interviews mit ambulanten und stationären Arthrosepatienten sowie Experteninterviews mit Orthopäden und Physikalischen Medizinern entwickelt und zusammengestellt.

Demographische Daten und einzelne themenspezifische zusätzliche Fragen wurden integriert. Es wurde eine Vorversion des Fragebogenpakets, bestehend aus drei standardisierten Fragebögen sowie relevanten demographischen und offenen Fragen, zusammengestellt. Mit dem PEF-FB-9 (Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung) (siehe Anhang) wurde der Einbezug von Patientinnen und Patienten in medizinische Entscheidungsprozesse für oder wider eine Operation erhoben. Die aktuelle psychische Befindlichkeit des Patienten (Angst und/oder Depressivität) und deren möglichen Einfluss auf Interaktion und Entscheidung wurde mit der HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version) (siehe Anhang) erfasst. Im Rahmen des Gesamtprojekts wurden weitere Fragen sowie ein Fragebogen zur Erfassung der Interaktionsqualität im Arzt-Patient-Gespräch (P.A.INT - Fragebogen zur Gesprächsbewertung zwischen Arzt und Patient) erfasst, diese sind jedoch nicht Teil dieser Dissertation.

Zur Prüfung der inhaltlichen Validität und Akzeptanz (Verständlichkeit, Zumutbarkeit, Transparenz) wurden im März 2013 Arthrosepatienten zu einer Probeerhebung mit Kurz-Interview eingeladen. Dabei wurden auch unterschiedliche Erhebungsstrategien (Einbezug der Ärzte usw.) erprobt. Orthopädische Ärzte erhielten die Erhebungsinstrumente zur Überprüfung. Darüber hinaus wurde die unabhängige Patientenberatung „Gesundheitsladen München e.V.“ (www.gl-m.de) miteinbezogen. Die Erhebungsinstrumente wurden in einer Runde von acht Mitarbeitenden des „Gesundheitsladen München e.V.“ diskutiert.

Infolge wurde das Fragebogenpaket gekürzt und inhaltlich ergänzt, Struktur und Sprache vereinfacht und das Layout umgestaltet. Das Fragebogenpaket der Ambulanz wurde zur besseren Nutzung der Wartezeit in zwei Teile untergliedert: 1. Teil vor dem Arzt-Gespräch (Demographie und HADS) und 2. Teil nach dem Arzt-Gespräch (PEF-FB-9, P.A.INT und offene Fragen zum Gespräch).

Im Folgenden werden alle Teile des Fragebogenpakets, die für die Dissertation relevant sind, ausführlicher dargestellt.

PEF-FB-9 Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung

Der PEF-FB-9 Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (siehe Anhang) erhebt das Ausmaß, in dem Patienten an der Entscheidung über die weitere Behandlung beteiligt werden (Isabelle Scholl, Kriston, & Härter, 2011). Patienten bewerten das ärztliche Verhalten in der Entscheidungsfindung im Anschluss an das Arztgespräch. Die revidierte Fassung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung PEF-FB-9 besteht aus neun Items, welche sich an den neun Prozesselementen der Partizipativen Entscheidungsfindung orientieren. Die Items werden auf einer sechsstufigen Likert-Skala bewertet (0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft weitgehend nicht zu, 2 =trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft weitgehend zu, 5 =trifft völlig zu).

Ergänzende Fragen zum PEF-FB-9 und zum Entscheidungsprozess

Von den Autoren (Isabelle Scholl et al., 2011) wird empfohlen, den neun Items des PEF-FB-9 zwei offene Fragen bzgl. des Entscheidungskontextes voranzustellen ([Beispiel] Wegen was sind Sie zu Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin gegangen (z.B. welche Beschwerden, welche Diagnose)? [Beispiel]/ Welche Entscheidung wurde getroffen (z.B. welche Behandlung)?).

Diese Fragen wurden an den Arthrose-Kontext angepasst (Wegen welcher Erkrankung sind Sie heute zum Arzt gekommen? Arthrose/ Andere (bitte angeben)/ Ich weiß es noch nicht, ich leide aber an folgenden Symptomen). Bei den hier relevanten Arthrosepatienten wurde darüber hinaus noch die Art und Dauer der Arthrose bzw. das betroffene Gelenk erhoben. Zudem wurde erhoben, ob und wenn ja welche Entscheidung in dem untersuchten Arztgespräch getroffen wurde (Es soll folgende Operation durchgeführt werden (Freitext)/ Eine Operation steht zur Diskussion, es ist aber (vorerst) dagegen entschieden worden, weil (Freitext)/ Eine Operation steht zur Diskussion, es ist aber (vorerst) dagegen entschieden worden, weil (Freitext)/ Es soll folgende konservative Behandlung durchgeführt werden (Freitext)/ Es soll (vorerst) keine Behandlung durchgeführt werden/ Es wurde heute keine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen (z.B. weil es nur ein Kontrolltermin war)/ Sonstiges (Freitext)).

Wenn ein Patient angab, dass es zu einer Entscheidung kam, wurde er gefragt, ob er mit der getroffenen Entscheidung zufrieden ist (Item im Format der 5-stufigen Likertskala: überhaupt nicht zufrieden, eher zufrieden, unentschieden, eher zufrieden, sehr zufrieden), und wenn nicht, warum (Freitext)).

Wurde bei einem Patienten eine OP-Entscheidung getroffen, wurde er darüber hinaus zu Sorgen im Hinblick auf den Eingriff (Machen Sie sich Sorgen in Bezug auf die Operation? - Item im Format der 4-stufigen Likertskala: überhaupt nicht/ etwas /nicht allzu stark/ stark) und die Gründe dafür im Freitext (Was macht Ihnen Sorgen?) sowie den Umgang mit diesen Sorgen im Arzt-Patient-Gespräch befragt (Hat Sie der Arzt/die Ärztin auf mögliche Bedenken und Ängste in Bezug auf die Operation angesprochen? ja/nein; Hätten Sie sich gewünscht, dass der Arzt/die Ärztin mehr auf Ihre Bedenken und Ängste eingeht? ja/nein).

Auch gab es die Möglichkeit im Freitext das Gespräch allgemein zu beurteilen (Was hat Ihnen an Ihrem Gespräch (nicht) gefallen?).

Zum Thema „Information über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten“ wurde gefragt, ob sich der Patient bereits vor dem Arztgespräch oder in der Vergangenheit über seine Erkrankung und seine Behandlungsmöglichkeiten informiert hat (nein/ ja, ein wenig/ ja, sehr ausführlich). Darüber hinaus wurde gefragt, welche Informationsquellen der Patient genutzt hat (Rat von Angehörigen oder Bekannten/ Selbsthilfegruppe(n)/ Internet/ Patientenbroschüre(n)/ Fachliteratur/ Andere Ärzte (z.B. Hausarzt, Orthopäde...)/ Angehörige anderer Heilberufe (z.B. Physiotherapeut, Masseur, Heilpraktiker...)/ Ärzte der orthopädischen Poliklinik in Großhadern (ich bin bereits hier gewesen)/ Sonstiges). Es wurden sowohl feste Antwortkategorien als auch Freitextantworten angeboten und es waren mehrere Antwortoptionen ankreuzbar.

HADS-D Fragebogen Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (siehe Anhang) ist ein verbreitetes Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem Angst und Depressivität insbesondere in Krankenhäusern untersucht wird (Zigmond, 1983). Im Rahmen dieser Studie wird die deutsche Version eingesetzt (Herrmann-Lingen, Buss, & Snaith, 2011; Petermann, 2011), um die Ausprägung von Angst und Depressivität zu erfassen und mögliche spezifische Anforderungen dieser Patienten berücksichtigen zu

können. Der 14 Items umfassende Fragebogen erfasst mit jeweils sieben Items Angst und sieben Items Depression und bezieht sich auf das eigene Erleben in der letzten Woche. Die Antwortalternativen werden ausformuliert, itemspezifisch und vierstufig (0-3) dargeboten. Der HADS-D wurde vor dem Arztgespräch ausgefüllt und bezog sich auf das Auftreten von Angst/Depression in der letzten Woche.

Demographische Daten

Es wurden folgende demographische Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Versicherung. Zudem wurde, die Art der Erkrankung erhoben, die Anlass für die Arzt-Visite war (Arthrose/andere). Bei den hier relevanten Arthrosepatienten wurde darüber hinaus noch die Art der Arthrose bzw. das betroffene Gelenk erhoben sowie wie lange die Arthroseerkrankung bereits besteht.

Prüfung von Gütekriterien der zentralen Messinstrumente

Bei der Entwicklung des Fragebogenpakets wurden insbesondere für die offenen Fragen in mehreren Validierungsschritten zentrale Gütekriterien (Inhalts- und Konstruktvalidität, Auswertbarkeit, theoretische Reliabilität wie Erfassbarkeit, Umsetzbarkeit und soziale Erwünschtheit, Praxisnähe und logische Lesbarkeit) durch einen aufwendigen Entwicklungsprozess darunter eine systematische Literaturrecherche, Auswertung des Deutschen Arthrose Forums – Internet Selbsthilfe Forum von Betroffenen für Betroffene (www.deutsches-arthrose-forum.de), explorative Interviews mit ambulanten und stationären Arthrosepatienten, Experteninterviews mit Orthopäden und Physikalischen Medizinerinnen sowie der Patientenberatung sichergestellt (siehe Kapitel „Entwicklung und Prüfung der Erhebungsinstrumente unter Einbezug von Ärzten, Patienten und Patientenberatung“). Reliabilität und Validität der verwendeten standardisierten Fragebögen werden weiter unten genauer dargestellt.

Objektivität

Die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität wird bei der Fragebogenerhebung durch die standardisierte Darbietungsform und die Auswertungsvorgaben erfüllt.

Reliabilität

Reliabilität des PEF-FB-9

Der PEF-FB-9 verfügt über eine hohe interne Konsistenz mit einem Cronbachs Alpha von 0,938 (Härter, Dirmaier, Scholl, & Kriston, 2010). Die einzelnen Items weisen eine hohe Trennschärfe zwischen 0,685 und 0,826 auf. Bislang liegen keine Studien zur Retest-, Paralleltest- und Testhalbierungs-Reliabilität vor. Eine ausreichende Inhaltsvalidität kann durch die konsensbasierte Definition des zu erfassenden Konstruktes und durch die theoriebasierte Entwicklung begründet werden.

Reliabilität des HADS-D

Die interne Konsistenz des HADS-D liegt mit einem Cronbachs Alpha von 0,82 bis 0,90, bzw. im Mittel 0,83 (0,68 bis 0,93) für die Subskala Angst und 0,82 (0,67 bis 0,90) für die Subskala Depression in einem akzeptablen bis hohen Bereich (Herrmann-Lingen et al., 2011). Die Split-half-Korrelation nach Spearman-Brown beträgt 0,88 (0,81 pro Subskala). Die Trennschärfe der Items beträgt im Schnitt 0,61, die korrigierte Item-Total-Korrelation liegt zwischen 0,49 und 0,72. Die Retest-Reliabilität liegt bei 0,71.

Validität

Validität des PEF-FB-9

Für den Fragebogen PEF-FB-9 besteht laut Literatur (Härter et al., 2010) eine Augenscheinvalidität durch den eindeutigen Bezug des Inhaltes auf das zu erfassende Konstrukt. Es liegen Berechnungen zur Konstruktvalidität vor. So laden alle Items auf einem Faktor mit 62,4 % Varianzaufklärung. In der Studie „Förderschwerpunkt chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ (BMBF) wurden die konvergente Validität der revidierten 9-Item Version (PEF-FB-9) überprüft und Normwerte erstellt. Dabei wurden Arzt-Patient-Gespräche von N=301 Patienten und deren Ärzten (15 Hausärzte, 4 Psychiater, 4 Orthopäden, 6 Diabetologen) in die Berechnung miteinbezogen. Der durchschnittliche PEF-FB-9 Summenscore lag bei 86,9 Punkten auf einer Skala von 0 bis 100 mit einer Standardabweichung von 16,4 und einem Range von 42 bis 100. Die erhobenen Werte können in Form von normierten Prozenträngen interpretiert werden. Angaben zur Kriteriumsvalidität und Veränderungssensitivität liegen nicht vor. Die Akzeptanz ist mit Beantwortungsquoten von über 80 % vergleichsweise gut.

Validität des HADS-D

Der HADS-D verfügt über eine gute inhaltliche Validität (Herrmann-Lingen et al., 2011). Die konvergente Validität im Sinne von Korrelationen mit vergleichbaren Angst- und Depressionstests (Beck-Depressions-Inventar, der Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, dem STAI-Angstfragebogen und dem SCL-90-Inventar) liegt zwischen 0,6 und 0,8, das entspricht einer mittleren bis hohen Effektstärke. In Faktorenanalysen konnte die zweigeteilte Struktur belegt werden. Dies weist auf eine gute Konstruktvalidität hin. Auch zeigt das Instrument gute Screeningeigenschaften für klinische Angststörungen und Depressionen.

Nebengütekriterien

Normierung und Vergleichbarkeit können nur für die verwendeten standardisierten Fragebögen gewährleistet werden. Ökonomische Aspekte wurden bei der Entwicklung des Fragebogens mit einer Ausfülldauer von ca. 5 Minuten vor dem Arztgespräch und ca. 10 min. nach dem Arztgespräch und einer Abgabemöglichkeit vor Ort berücksichtigt. Die im Forschungsstand belegte praktische Relevanz des Themas belegt die Nützlichkeit der Studie.

Statistische Fallzahlschätzung

Die statistische Fallzahlschätzung wurde für das Gesamtprojekt mit Unterstützung von Prof. Dr. Ulrich Mansmann (IBE, LMU München) durchgeführt. Es wurde insgesamt eine deutlich größere Stichprobe erhoben.

Für die Befragung von Arthrosepatienten in der orthopädischen Ambulanz nach ihrem Arztgespräch stehen etwa 75 Patienten im Monat zur Verfügung. Es wurde davon ausgegangen, dass etwa 50% der angesprochenen Patienten sich bereit erklären, an der Studie teilzunehmen. Mit einer Zielgröße von mindestens 200 Arthrosepatienten wurde die Rekrutierbarkeit im Laufe eines Jahres gesichert. Die Infrastruktur der Klinik und der dort etablierte Untersuchungsablauf erlaubten ein problemloses Ausfüllen der Fragebögen.

Für die Kohortenstudie sollten mindestens 200 konsekutive Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Die Hauptzielgrößen waren validierte Scores aus dem entsprechenden Indikationsbereich. Die Fallzahlschätzung wurde für multivariate Regressionsverfahren berechnet, die die Relevanz verschiedener Variablen als Einflussfaktoren auf die Zielgröße untersuchen. Bei diesen Verfahren

ergibt sich die Fallzahl aus der Regel pro Einflussfaktor von Interessen 20 Personen einzuschließen. Unter dieser Annahme können 10 Einflussfaktoren auf die interessierenden Zielgrößen untersucht werden. Mit einer erzielten Stichprobengröße von 443 Arthrosepatienten wurde das statistische Ziel übererfüllt. Da die Erhebungsmethode mehrfach angepasst werden musste, um einen adäquaten Rücklauf zu erzielen, wurden letztlich deutlich mehr Patienten in die Studie einbezogen werden als zur Berechnung vorausgesetzt waren.

Auswertungsmethoden

An den Fragebogendaten erfolgte eine explorative Datenanalyse mit deskriptiver und inferenzstatistischer Methodik mit SPSS 25.

Für die statistische Ausfallanalyse wurde ein X^2 -Test mit den demographischen Daten Geschlecht, Bildungsstand, Erkrankung und Versicherung in den verschiedenen Erhebungsgruppen auf dem Signifikanzniveau 0,1 (Hirsig, 2006) und für die intervallskalierte Variable Alter ein T-Test durchgeführt.

Aus der Gesamtstichprobe wurde die Subgruppe der Arthrosepatienten ausgewählt, also diejenigen Patienten, die bei der Frage „Wegen welcher Erkrankung sind Sie heute zum Arzt gekommen?“ Arthrose angegeben hatten. Diese Stichprobe war Grundlage für alle weiteren Berechnungen.

Demographische Daten und andere Fragen

Demographische Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Versicherungsart) und die Art der Entscheidung im Arzt-Patient-Gespräch wurden deskriptiv ausgewertet, dabei wurden die offenen numerischen Angaben bei Alter und Dauer des Gespräches in Subgruppen unterteilt und für die verhältnisskalierten bzw. intervallskalierten Daten Mittelwert und Standardabweichung berechnet.

Bei dem einzelnen Item „Zufriedenheit mit der Entscheidung“ im Likert-Antwortformat besteht Ordinalniveau.

Für die Subgruppe der Patienten, bei denen eine Entscheidung für eine Operation im Arzt-Patient-Gespräch getroffen worden war, wurden das Ausmaß an Sorgen bezüglich der Operation deskriptiv dargestellt.

Die Art und das Ausmaß an Vorinformation wurden deskriptiv ausgewertet. Mögliche Zusammenhänge zwischen Alter und Ausmaß an Vorinformation wurden mittels einfaktorieller Varianzanalyse bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ untersucht. Zur Prüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde der Levene-Test durchgeführt. Ist die Teststatistik p im Levene-Test größer als 0,05 kann von Varianzhomogenität ausgegangen werden. Aufgrund der großen Stichprobengröße kann auf die Prüfung auf Normalverteilung verzichtet werden (Blanca, Alarcón, Arnau, Bono, & Bendayan, 2017).

Die Auswertungsmethoden der standardisierten Fragebögen HADS-D und PEF-FB-9 werden im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Statistische Auswertung PEF-FB-9

Zur statistischen Auswertung des PEF-FB-9 wird ein Rohgesamt看wert über die Addition aller neun Items gebildet. Bei bis zu zwei fehlenden Werten wird jeder fehlende Wert durch den Mittelwert der ausgefüllten Items ersetzt. Fehlen mehr als zwei Werte sollte kein Gesamt看wert errechnet werden. Zur Standardisierung des Rohgesamt看werts erfolgt eine lineare Transformation in eine Skala von 0 bis 100

(Rohgesamtwert multipliziert durch 20/9). Je höher der Summenwert, desto partizipativer wurde der Prozess der Entscheidungsfindung erlebt. Höhere Werte auf der Skala weisen auf eine stärkere Beteiligung des Patienten im Entscheidungsfindungsprozess hin. Zu berücksichtigen ist, dass eine stärkere Beteiligung vom Patienten nur dann als ein positives Ergebnis zu bewerten ist, wenn der Patient eine entsprechend hohe Beteiligungspräferenz angibt. Auf Basis der dahinterliegenden Theoriekonzeption ist bei Patienten mit geringer Beteiligungspräferenz eine hohe Beteiligung im Sinne des PEF-FB-9 nicht immer wünschenswert. Da der PEF-FB-9 die Qualität der Entscheidungsfindung im Arzt-Patient-Gespräch untersucht, wurden in die Auswertung des PEF-FB-9 nur Patienten einbezogen, die angaben, dass in ihrem Arztgespräch tatsächlich eine Entscheidung getroffen worden war. Als Subgruppe wurden Patienten untersucht, die angaben, dass eine Entscheidung für eine Operation getroffen worden war.

Es erfolgte zunächst eine deskriptive Auswertung des PEF-Summenwertes (Mittelwert, Standardabweichung, Minimum, Maximum). Zudem wurde der Zusammenhang zwischen der erlebten Partizipation im Arztgespräch (PEF-Summenwert) und der Zufriedenheit des Patienten mit der getroffenen Entscheidung (Item vom Likert-Typ) mittels zweiseitiger Korrelation nach Spearman bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ untersucht.

Die Auswirkung des Ausmaßes an Vorinformation beim Patienten (UV: nein, ja ein wenig, ja sehr ausführlich) auf den Entscheidungsprozess (Mittelwertsunterschiede der PEF-FB-9 Summenwerte) wurde mittels einfaktorieller Varianzanalyse bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ untersucht. Zur Prüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde der Levene-Test durchgeführt. Ist die Teststatistik p im Levene-Test größer als 0,05 kann von Varianzhomogenität ausgegangen werden. Aufgrund der großen Stichprobengröße kann auch hier auf die Prüfung auf Normalverteilung verzichtet werden (Blanca et al., 2017). Zur Prüfung, welche Gruppenvergleiche signifikant sind, wurde a-posteriori der simultane Zweistichprobentest unter Beachtung der α -Adjustierung nach Bonferroni-Holm durchgeführt.

Statistische Auswertung HADS-D

Der HADS-D wurde in dieser Studie eingesetzt, um psychische Belastung beim Patienten sowie Zusammenhänge mit dem Entscheidungsprozess zu untersuchen. Für die Auswertung des HADS-D wurden aus den 14 Items zunächst zwei Subskalen (Angst/Depression) mit je sieben Items gebildet. Durch die vierstufigen Antwortmöglichkeiten ergibt sich pro Subskala ein möglicher Wertebereich von 0 bis 21. Jede HADS-Subskala wurde in drei Wertebereiche eingeteilt: 0-7 als unauffällig, 8-10 als grenzwertig und 11-21 als auffällig (Zigmond, 1983). Obgleich das Skalenniveau des HADS-D auf Ordinalniveau ist, wird Intervallniveau angenommen. Laut Literatur werden parametrische Daten auch bei artverwandten Instrumenten berechnet, da bei ausreichend großen Gruppen auch keine bedeutenden Rechenfehler entstünden (Herrmann et al.: HADS-D, 2005). Die Angst- und Depressionssubskalen wurden deskriptiv ausgewertet. Für die Untersuchung der Auswirkungen von psychischer Belastung auf das Ausmaß der wahrgenommenen Partizipation wurde sowohl die Gesamtgruppe der Patienten, in deren Arztgespräch eine Entscheidung getroffen worden war, als auch die Subgruppe der Patienten, in deren Gespräch eine Entscheidung für eine Operation getroffen worden war, je mittels univariater Varianzanalyse bei einem Signifikanzniveau von $\alpha=0,05$ untersucht. Zur Prüfung der Voraussetzung der Varianzhomogenität wurde der Levene-Test durchgeführt. Ist die Teststatistik p im Levene-Test größer als 0,05 kann von Varianzhomogenität ausgegangen werden.

Methoden Studienteil II

In diesem Studienabschnitt wurde der Frage nachgegangen „Wie wird die Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse aus der Perspektive orthopädischer Ärzte wahrgenommen und gestaltet?“. Die Art und Weise, wie Interaktion mit Patienten gelebt wird, wird von vielfältigen impliziten und expliziten Vorstellungen, Konzepten und Strategien mitbestimmt. Sie haben Auswirkungen auf das, was in einem Patientengespräch möglich ist. So können diese den Prozess und das Ergebnis der Entscheidungsfindung bei der Identifikation und Auswahl möglicher Behandlungsmaßnahmen entscheidend beeinflussen. Das eigene Rollenbild und die dem Patienten zugeschriebene Rolle beeinflussen inwieweit und auf welche Art ein Patient mit seinen Wünschen, Vorstellungen und Bedürfnissen bei medizinischen Entscheidungen mit einbezogen wird. Die Konzepte der Berufssparte orthopädischer Ärzte spielt eine entscheidende Rolle für die Erfahrungen von orthopädisch erkrankten Menschen wie z.B. Arthrosepatienten. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Ausgestaltung und Ausprägung spezifischer Interaktionsstile innerhalb der verschiedenen ärztlichen Disziplinen, wie der Internisten, Hausärzte, Orthopäden oder psychiatrischen Ärzte unterscheiden. Diese qualitativ erhobenen Ärzteperspektiven ergänzen die repräsentative Patientenbefragung. Im Sinne der Methodentriangulation können identifizierte Problembereiche aus Patientensicht vor dem Hintergrund von Interaktionsstilen und Handlungsschemata der interviewten Orthopäden reflektiert werden.

Studiendesign

Qualitative Forschungsmethoden ermöglichen komplexe Informationen zur Ausgestaltung und Problemwahrnehmung von Arzt-Patient-Interaktionen bei Entscheidungsprozessen. Daher werden problemzentrierte, teilstandardisierte Leitfadenterviews durchgeführt. Sie ermöglichen, das subjektive Erleben von Ärzten in Bezug auf vorliegende Probleme in theoretische Aussagen über den Umgang mit diesen Lebenssituationen zu überführen (Reinders, Ditton, Gräsel, & Gniewosz, 2011). Subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens können durch die hohe Offenheit der Methode rekonstruiert und zugleich auf bestimmte Themen fokussiert werden (Helfferich, 2011).

Ablauf der Erhebung

Über Email und im Rahmen einer wöchentlichen Teambesprechung wurden alle orthopädischen Ärztinnen und Ärzte der Klinik für Orthopädie am Uniklinikum Großhadern über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Bei Interesse an der Studie erfolgte eine persönliche Aufklärung über die Inhalte und den Ablauf der Studie. Sie erhielten die Studieninformation mit Einwilligungserklärung sowie einen kurzen Fragebogen, in welchem demographische Daten (Alter, Geschlecht, Sprache, Arztstatus und Berufserfahrung) sowie die allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen (Auszug aus PEF-FB-Doc – Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung Arztversion) erfasst wurden (siehe Anhang „Ärztebefragung - Studieninformation für Ärzte“ und „Ärztebefragung - Fragebogen Demographie und PEF-Präferenz“).

Die Interviews wurden vor Ort am Klinikum Großhadern von mir selbst sowie von einer weiteren Doktorandin des Gesamtprojektes (Maria Durand) durchgeführt, nachdem eine intensive Interviewschulung erfolgt war. Die Interviews dauerten im Schnitt 39 Minuten (22 bis 53 Minuten).

Alle Ärzte-Interviews (A1, A4, A5, A7, A8, A10, A11, A13, A14) wurden mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend mit dem Transkriptionsprogramm F4 nach gängigen Transkriptionsregeln (Dresing & Pehl, 2011) vollständig transkribiert, mit Zeitmarken versehen und in die Auswertungssoftware MAXQDA eingelesen. Der Rückgriff auf die Audiospur war während der Analyse jederzeit möglich, sodass auch die Konnotation der Aussagen bei der Auswertung berücksichtigt und die korrekte Transkription überprüft werden konnten. Die Transkription und

wechselseitige Überprüfung erfolgten durch zwei Doktorandinnen und eine wissenschaftliche Hilfskraft.

Bei einem Interview (A11) wurde das Interview vom Aufnahmegerät nicht aufgezeichnet und musste einige Tage später wiederholt werden. Direkt nach dem ersten Interview fragte A11 zu Gründen und Möglichkeiten für Mitentscheidung von Patienten. In folgenden Process Codings (vgl. Auswertungsmethoden/Process Coding) zeigten sich Einflüsse von diesem Gespräch auf das wiederholte Interview, die daher nicht in die Auswertung des Interviews miteinbezogen wurden:

„sich überlegen müssen welche Strategien oder wie vereinfachen, dass Patient entscheidungsfähig wird“ (A11, 50), „besser wäre [Anm.: aber bislang so nicht umgesetzt]: auf einfache Dinge runterbrechen – Tennis spielen oder lieber Schwimmen“ (A11, 54), Patient: „Ansprüche ans Ergebnis haben“ (A11, 36), „Patientenansprüche an das Ergebnis nicht wissen und darüber nicht entscheiden können“ (A11, 37), Patient: „Patient in diesem Bereich in die Entscheidung mit hinein gehören“ (A11, 38).

Stichprobe

Die Verallgemeinerung von Interpretationen qualitativer Interviews basiert auf der Rekonstruktion typischer Muster und nicht auf Verteilungsaussagen wie in der standardisierten Forschung (Helfferich, 2011). Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“ (Hans Merkens, 2000), d.h. es wurden maximal unterschiedliche und ebenso als typisch geltende Fälle aufgenommen. Als Kriterium wurden sowohl Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Ärztestatus sowie inhaltliche Aspekte (in kurzem Vorgespräch deutlich formulierte partizipative versus paternalistische Grundeinstellung) herangezogen. Gemäß der Einschlusskriterien wurden Ärztinnen und Ärzte eingeschlossen, die in die ambulante und stationäre Betreuung von Arthrosepatienten involviert waren, über ausreichend deutsche Sprachkenntnisse verfügten, die Inhalte der Studie verstanden hatten, sich bereit erklärten an allen Teilen der Studie teilzunehmen und die Einverständniserklärung unterschrieben hatten.

Erhebungsmethoden

Entwicklung und Prüfung der Erhebungsinstrumente unter Einbezug von Ärzten, Patienten und Patientenberatung

Wie bereits unter „Methoden in Studienteil I“ dargestellt, wurde für die Gesamtstudie eine umfangreiche systematische Literaturrecherche, die Auswertung des Deutschen Arthrose Forums – Internet Selbsthilfe Forum von Betroffenen für Betroffene (www.deutsches-arthrose-forum.de) sowie explorative Interviews mit ambulanten und stationären Arthrosepatienten durchgeführt. Um die Forschungsgruppe auf den aktuellen Stand der Therapieoptionen und medizinischen Rahmenbedingungen im Feld zu bringen, wurden Experten-Interviews mit einem konservativen und einem operativen Experten für Arthrosetherapie zu Entscheidungskonflikten bei konservativer und endoprothetischer Arthrosetherapie, Umgang mit Schmerz und anderen Belastungsfaktoren bei Arthrosepatienten sowie Information und Entscheidungsfindung bei Arthrosepatienten durchgeführt.

Auf dieser Basis wurden ein Interviewleitfaden entwickelt und im Rahmen einer qualitativen Forschungswerkstatt mit anderen qualitativ Forschenden diskutiert, revidiert sowie in Probeinterviews überprüft. Interviewleitfaden, Studieninformation und Einwilligungserklärung befinden sich im Anhang.

Für die vorliegende Dissertation sind nur folgende Themenbereiche des Leitfadens zu schwierigen Patienten-Interaktionen aus Ärztesicht, Konzepten von medizinischen Entscheidungsprozessen,

Einstellungen zu partizipativer Entscheidung und anderen Einflüssen auf den Patienten-Kontakt relevant. Der vollständige Leitfaden befindet sich im Anhang. Die Originalfragen dazu lauten wie folgt:

A. Gesprächssituationen

- 1.) **Welche Arten von Gesprächssituationen haben Sie typischerweise?** Erstgespräch, Diagnosemitteilung, Aufklärung vor der OP, Visite, Entlassung...
- 2.) **Welche dieser Gesprächssituationen erleben Sie als besonders herausfordernd?**
→ *frei reden lassen!*
- 3.) **Erzählen Sie ein paar Beispiele von schwierigen Patientengesprächen.**
→ *frei reden lassen!*
Was bedeutet das für Sie?
Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?
Wie ging das weiter...?
Sie haben ein Beispiel für ein schwieriges Patientengespräch genannt. Gibt es in der Situation noch andere Herausforderungen? Können Sie dafür ein Beispiel nennen?
Bitte denken Sie nochmal in Ruhe nach: Gibt es darüber hinaus noch andere Situationen, die Sie mit Patienten erleben, die herausfordernd sind?

C. Andere Einflüsse auf den Patienten-Kontakt

- 1.) **Welche anderen Faktoren beeinflussen den Arzt-Patient-Kontakt und in welcher Weise**
z.B. Team, Zeitmangel, Druck zu operieren, Verwaltung, Krankenkasse/Abrechnung, usw.

D. Partizipative Entscheidungsfindung

- 1.) **Frage im Ärztefragebogen: „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen...“**
Wie verstehen Sie die Frage?
Wie haben Sie sie beantwortet?
- 2.) **Welche Einstellung haben Sie dazu?**
- Informierte Patienten?
- Empathie und Operation?
- 3.) **Wie setzen Sie das um?**
- 4.) **Falls unter A. noch nicht aufgetaucht: Welche Entscheidungssituationen erleben Sie als besonders schwierig? Beispiele?**

E. Ergänzungen

Gibt es für Sie noch weitere wichtige Aspekte zu diesem Thema, die Sie noch ergänzen möchten?

Gütekriterien

Bei der Entwicklung und Durchführung der qualitativen Studie wurden die COREQ-Checkliste zur Evaluation qualitativer Forschungsmethoden (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007) und die Kriterien qualitativer Forschung (Steinke, 1999) unter Einbezug des Literaturreviews über qualitative Forschungsmethoden von Murphy, Dingwall, Greatbatch, Parker, and Watson (1998) herangezogen. So wurde auf die intersubjektive Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation des Forschungsprozesses, die Interpretation in Gruppen und Anwendung kodifizierter Verfahren wie das Coding nach Saldaña (2012) geachtet. Die Indikation des qualitativen Vorgehens angesichts der Fragestellung, der Methodenwahl, der Transkriptionsregel, der Samplingstrategie und der methodischen Einzelentscheidungen im Kontext der gesamten Untersuchung wurden im Team und

unter Einbezug externer Experten (Qualitative Forschungswerkstatt) diskutiert. Es wurde auf die empirische Verankerung durch Verwendung kodifizierter Methoden, hinreichend Textbelege, Reaktion auf Widersprüche und abweichende Fälle, analytische Induktion, Ableitung und kommunikative Validierung wertgelegt. Die Kohärenz der Theorie wurde durch die aktive Bearbeitung von Widersprüchen in den Daten und Interpretationen geprüft und auf eine reflektierte Subjektivität geachtet. Die Triangulation der qualitativen mit den quantitativen Methoden ermöglicht die Sicherstellung einer Multiperspektivität. Dabei wurde ein gerechter Umgang unter Einbezug verschiedener am Untersuchungsphänomen beteiligter Perspektiven angestrebt.

Auswertungsmethoden

Die Auswertungen erfolgten nach der Auswertungsmethode des Codings (Saldaña, 2012). Die Auswertungsqualität wurde über externe Schulungen sichergestellt - zum Coding (bei Herwig Reiter), zur qualitativen Inhaltsanalyse (bei Klaus Stefer, Margit Schreier, Philipp Mayring und Udo Kelle) sowie zur Auswertungssoftware MAXQDA (von der Marburger Arbeitsgruppe für Methoden und Evaluation) wie auch durch die regelmäßige Diskussion des Materials im Rahmen der qualitativen Werkstatt.

Insbesondere wurden im Rahmen des Workshops „Typenbildung“ der Qualitativen Forschungswerkstatt erste Auswertungen am Datenmaterial erprobt. Dies geschah unter Leitung von Udo Kelle, Professor für Methoden der empirischen Sozialforschung und Statistik an der Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr in Hamburg. Im Verlauf dieses Workshops wurden ein Patienten- und ein Ärzteinterview exemplarisch im Hinblick auf die Möglichkeit der Darstellung von verschiedenen Patienten- und Ärzterollen ausgewertet sowie der vorläufige Kategorienbaum diskutiert. Im Rahmen der Expertenwerkstatt "Codieren" mit Dr. Herwig Reiter vom Deutschen Jugendinstitut konnten Auszüge aus den Ärzteinterviews zum Thema „Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient – Konzepte orthopädischer Ärzte“ mit den 18 Teilnehmern des Workshops nach der Methode des Codings nach Saldaña (2012) bearbeitet und diskutiert werden.

Coding nach Saldaña (2012)

Zur Analyse vorliegender Rollenkonzepte der Arzt-Patient-Interaktion bei Entscheidungsprozessen in der Orthopädie wurden die Interviews mit der Methode des Codings nach Saldaña (2012) ausgewertet. Saldaña versteht einen Code in der qualitativen Forschung wie folgt: „A code in qualitative inquiry is most often a word or short phrase that symbolically assigns a summative, salient, essence-capturing, and/or evocative attribute for a portion of language-based or visual data.“ (Saldaña, 2012). Es ist ein Übergangsprozess zwischen Datensammlung und weiterführender Datenanalyse. Bei qualitativen Kodierverfahren werden nach Kelle/Kluge Textpassagen indiziert und kodiert, d.h. sie werden in bestimmte Kategorien eingeordnet. Dabei werden Textstellen mit gemeinsamen Merkmalen oder Kategorien synoptisch verglichen und analysiert. Auf dieser Grundlage können Strukturen und Muster im Material erkannt werden, wodurch neue Kategorien bzw. Subkategorien entstehen (Kelle & Kluge, 1999).

Coding am Material

Zunächst wurde das ganze Material mittels des *Structural Coding* nach Saldaña (2012) in für die Auswertungsfragen relevante Themenblöcke unterteilt. Die im Kurzfragebogen erfassten Basisinformationen wurden jedem Interviewtranskript in MAXQDA als kategoriale Dokumentvariable gemäß dem *Attribute Coding* nach Saldaña (2012) zugewiesen. Es wurden folgende Kodierungen eingeführt: Datum und Dauer des Interviews, Kontextinformationen des Interviews, zudem Merkmale des Interviewpartners wie Geschlecht, Alter, Sprache, Ärztestatus (mit den Ausprägungen Assistenz-, Fach- und Oberarzt/-ärztin), Altersgruppe (mit den Ausprägungen 31-35 Jahre, 36-40 Jahre, 41-45

Jahre, über 45 Jahre) und Berufserfahrungen (mit den Ausprägungen bis 5 Jahre, 6-10 Jahre, 11-20 Jahre, mehr als 20 Jahre) und auch die Antwort auf die Frage zur allgemeinen Einstellung zu medizinischen Entscheidungen „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?“ (mit den Ausprägungen: nur der Arzt, hauptsächlich der Arzt, der Arzt und der Patient, hauptsächlich der Patient, nur der Patient). Da aus den beschriebenen Merkmalen der Interviewpartner eine Zuordnung zu einzelnen Mitarbeitern prinzipiell möglich ist, werden diese nicht veröffentlicht.

Nach der Entwicklung eines groben Kategoriensystems wurden die relevanten Textausschnitte von Mitgliedern der Forschungsgruppe (Gesell, Durand, Winkler, Dorn) auszugsweise unabhängig voneinander kodiert. Anschließend wurden die jeweilig erstellten Kategorien innerhalb der Forschungsgruppe analysiert und diskutiert, so dass die aktuellen Kategoriensysteme im Konsens entstanden. Darüber hinaus erfolgte eine regelmäßige Reflexion der Ergebnisse im Rahmen der qualitativen Forschungswerkstatt.

Deduktive Oberkategorien aus der Fragestellung

Ausgehend von der zentralen Fragestellung „Wie wird die Arzt-Patienten-Interaktion rund um medizinische Entscheidungsprozesse aus der Perspektive orthopädischer Ärzte wahrgenommen und gestaltet?“ wurden zunächst deduktiv grobe Oberkategorien (149 Codes) erstellt, d.h. dass schon vorher festgelegte, theoretisch begründete Auswertungsaspekte an das Material herangetragen werden (Mayring & Brunner, 2009). Deduktiv gewonnene Kategorien werden Textstellen methodisch abgesichert zugeordnet. Folgende deduktiv ermittelte Kategorien wurden zunächst gebildet: „Gestaltung des Entscheidungsprozesses“ mit den Unterkategorien „Rollenbild des Arztes“, „zugeschriebene Patientenrolle“, „Wahrgenommene Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion bei einzelnen Schritten des Entscheidungsprozesses“. Letztere Kategorie wurde während des Auswertungsprozess induktiv erweitert zu „Wahrgenommene Schwierigkeiten in der Arzt-Patienten-Interaktion bei Entscheidungsprozessen und deren Ursachenzuschreibungen“. Für die weitere Auswertung wurde die Methode des Process Codings ausgewählt. Die deduktiv erstellten Kategorien wurden im weiteren Verlauf in dieser Form aufgelöst und den mittels Process Coding erstellten einzelnen Prozessschritten zugeordnet.

Process Coding

Beim Process Coding werden beobachtbare und konzeptuelle Handlungen in den Daten kodiert (Saldaña, 2012). Prozesse implizieren ebenso Handlungen in Verbindung mit Zeit (Dinge tauchen auf, verändern sich, passieren in bestimmten Abfolgen oder werden strategisch eingesetzt). Aus allen Interviewtranskripten wurden die Textausschnitte der deduktiv erstellten Oberkategorie „Gestaltung des Entscheidungsprozess“ extrahiert und mittels des Process Codings bearbeitet. Hier ein exemplarischer Auszug:

Tabelle 1 - Auszug Process Coding der Originalinterviews

Auszüge aus den Interviewtranskripten zu Entscheidungsprozessen	Process Coding Entscheidungsprozesse
<p>A8, Absatz 13-18: A8: Ich - was hatten wir. ¹Die Aufklärung ist die größte Herausforderung glaube ich. Weil, weil es der Patient, also ²man muss es dem Patient so erklären, dass er irgendwie denkt, er hat das verstanden. ³Ähm, was er in vielen Fällen nicht kann, glaube ich. ⁴Und ähm, und dann aber trotzdem einverstanden ist mit der Therapie und denkt, er ist informiert. Das ist halt schwer zu erzählen (lacht). ⁵Ich glaube, dass dieser "informed consent", informed consent den gibt es in den seltensten Fällen, also vielleicht in 20 Prozent der Fälle [...]</p>	<p>¹A: Aufklärung als größte Herausforderung erleben ²A: es dem Patienten erklären müssen, dass er denkt er habe es verstanden ³P: es in vielen Fällen nicht verstehen können ⁴P: mit der Therapie einverstanden sein und denken informiert zu sein ⁵A: „informed consent“ in den seltensten Fällen wirklich geben (ca. 20%) [...]</p>

Induktive Kategorienentwicklung aus dem Material, deduktive Ergänzung

Die erstellten Process Codes aus allen Interviews wurden im nächsten Schritt wieder in das qualitative Auswertungsprogramm MAXQDA eingespielt. Induktiv wurde ein Schema medizinischer Entscheidungsprozesse erstellt und deduktiv ergänzt (siehe Kategorienbaum im Ergebnisteil). Insbesondere wurden das Eingehen auf die emotionale Ebene im Gespräch (Kategorie 1.5.2 Vermittlung der Diagnose), das freie Sammeln von Informationen (Kategorie 1.3.1 Anliegen des Patienten in freier Rede), die Berücksichtigung der Gesamtsituation des Patienten (1.3.3 Psychosoziale Aspekte), die Diskussion des klinischen Problems (1.5.3 Diskussion der Diagnose), das Eingehen auf Erwartungen des Patienten (2.3.3.5 Kommunikation über Erwartungen) und das Eingehen auf die emotionale Ebene bei Therapieauswahl (2.3.3.6 Umgang mit Ängsten und Sorgen von Patienten) in den Kategorienbaum integriert. Ärztliche Aussagen, die sich auf eine Betreuung von Krebspatienten beziehen, wurden nicht entfernt, jedoch als solche kenntlich gemacht, da an diesen Stellen Kontraste im Umgang mit lebensbedrohlich erkrankten Patienten deutlich werden. Eine zunächst erfolgte grobe Einteilung der Entscheidungsstile in arztzentrierte, partizipative und autonome Patientenentscheidung erwies sich als nicht geeignet, da die Entscheidungsstile der befragten Ärzte diverse „Graustufen“ aufweisen. In einer zweiten Codier-Runde wurden 26 Codierungen aus den Originalinterviews ergänzt und fünf Fehlzugeordnungen des ersten Process Codings entfernt.

Ethische Unbedenklichkeit

Die Studie wurde konform der ethischen Prinzipien der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Alle wichtigen studienbezogenen Dokumente wurden der Ethikkommission der Ludwig-Maximilian-Universität München (LMU) vorgelegt und positiv beurteilt (Siehe Anhang).

Risiken und Nutzen

Zu erwartende Risiken oder Nebenwirkungen gibt es weder für Arzt noch Patient. Für Ärzte und Patienten besteht kein direkter Nutzen. Ein indirekter Nutzen zeigt sich wie folgt: Für Patienten besteht ein indirekter Nutzen darin, dass sie die Möglichkeit haben, ihre persönliche Wahrnehmung der Arzt-Patient-Interaktionen und ihre Wünsche daran weiterzugeben. Langfristig tragen sie so zu einer Verbesserung der Patientenorientierung in der klinischen Orthopädie bei. Für orthopädische Ärzte besteht ein indirekter Nutzen darin, ihre persönliche Erfahrung mit Patientenkontakten zu

formulieren. Langfristig tragen sie so potentiell zu einer Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Gesprächsführung bei.

Datenschutz

Bei dieser Studie wurden die Vorschriften zum Datenschutz eingehalten. Persönliche Daten, die über Ärzte und Patienten erhoben wurden, wurden gespeichert und nur verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, d.h. weder Name noch Initialen oder Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Die Angaben in den Interviews wurden anonymisiert, die Fragebögen enthielten weder Namen noch Geburtsdatum. Genannte Personen-, Institutions- und Ortsnamen wurden nicht transkribiert. Die Namen der teilnehmenden Personen wurden weder schriftlich noch mündlich gegen außen bekannt gegeben. Die Fragebögen, Aufnahmen und Transkripte wurden nicht an Drittpersonen weitergegeben. Die Aufnahmen werden nach erfolgter Analyse gelöscht. Die Unterlagen wurden getrennt voneinander und verschlossen aufbewahrt, so dass nur Mitarbeitende des Forschungsteams Zugriff auf die Daten haben. Im Falle des Widerrufs der Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet. Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Studienleiterin Dipl. Psych. Susanne Gesell und die stellvertretende Projektleitung (Maria Durand). Die Unterlagen werden am Uniklinikum für 10 Jahre aufbewahrt. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt bzw. zur Kontaktierung von Patienten/ Ärzten für den zweiten Befragungsabschnitt (Interview bzw. Fragebogen). Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

C Ergebnisse

Ergebnisse Studienteil I

Beschreibung der Stichprobe

Rücklauf

Bei der Fragebogenerhebung wurden insgesamt 2346 Patienten über 20 Wochen angesprochen. 1610 Patienten erklärten sich bereit an der Studie teilzunehmen. 680 Fragebögen wurden abgegeben, davon mussten 45 Fragebögen aussortiert werden, da zu viele Daten fehlten. Diese wurden auch nicht für die Berechnung der Rücklaufquote herangezogen. Daher besteht die Stichprobe aus 635 verwertbaren Fragebögen, davon 422 Fragebögen von Arthrosepatienten. Damit wurde die Mindeststichprobengröße von 200 mehr als erreicht.

Die Veränderung der Erhebungsstrategie von reiner anonymer Fragebogenausgabe und Abgabe am Stützpunkt (Woche 1-8) zur Möglichkeit mit frankiertem Rückumschlag zu Hause den Fragebogen auszufüllen (Woche 9-15) und schließlich personalisierter Erhebung mit telefonischer Erinnerung (Woche 16-20) erhöhte den Rücklauf von zu Beginn 34,9% auf am Ende 71,1%.

Im Folgenden werden die Zahlen der Patienten dargestellt, die angesprochen wurden, die den Fragebogen annahmen, die ihn ausgefüllt zurückgaben und die davon aufgrund ihrer Arthrose behandelt wurden. Der prozentuale Rücklauf bezieht sich auf das Verhältnis von ausgefüllt zurückerhaltenen Fragebögen zu angenommenen Fragebögen.

Tabelle 2 - Rücklauf Fragebogenerhebung Ambulanz

Erhebungswoche	Angesprochene Patienten	Angenommene Fragebögen	Fragebogen Rücklauf	Rücklauf Arthrose
1-8	1366	851 (62,3%)	297 (34,9%)	198
9-15	639	503 (78,7%)	156 (31,0%)	101
16-20	341	256 (75,1%)	182 (71,1%)	123
Gesamt	2346	1610 (68,6%)	635 (39,4%)	443

Die verbreitetsten Gründe für eine Ablehnung der Teilnahme waren gesundheitlich bedingt (z.B. herabgesetztes Sehvermögen, Hand, -Arm, -Schulterverletzungen, Gips oder Schiene an der schreibenden Hand...), aber auch Zeitmangel, „keine Lust“, kein Vertrauen in die Erhebungsmethode und Konflikt bzw. Freundschaft oder Verwandtschaft mit einem Arzt („Ich könnte nicht objektiv antworten“).

Statistische Ausfallanalyse

Um mögliche Verzerrungen aufgrund des anfänglich geringen Rücklaufs auszuschließen, wurde ein Vergleich der Daten im Rahmen einer statistischen Ausfallanalyse der vertieften Erhebungsgruppe (Woche 16-20) mit einer Rücklaufquote von 71,09%, mit den vorher erhobenen Daten (Woche 1-15), deren Rücklauf nur 33,46% beträgt, durchgeführt. Wenn keine Verzerrungen vorliegen, ist der zugehörige p-Wert größer als das festgelegte Signifikanzniveau. Hier wird ein Signifikanzniveau von 0,10 empfohlen (Hirsig, 2006). In folgender Tabelle sind Mittelwerte und Häufigkeitsverteilung relevanter demographischer Daten in beiden Erhebungsgruppen dargestellt.

Tabelle 3 - Statistische Ausfallanalyse

	Woche 1-15	Vertiefte Erhebung Woche 16-20	p-Wert (T-Test) Werte des χ^2-Test kritische Werte
Rücklauf/ Ausfall	n ₁ =453; n ₀ = 901, 33,46% Rücklauf	n ₁ =182; n ₀ = 74, 71,09% Rücklauf	
Alter	n=452; 1 fehlend M=54,04; SD=18,13; SdM=0,853	n=182 M=53,27; SD=17,51; SdM=1,298	p-Wert=0,62
Geschlecht	w: 255 (56,3%) m: 198 (43,7%)	w: 92 (50,5%) m: 90 (49,5%)	X ² =1,727 KW 90%: 2,71 95%: 3,84 99%: 6,63
Bildungs- stand	ohne Abschluss: 6 (1,3%) Hauptschulabschluss: 95 (21,0%) Mittlere Reife: 144 (31,8%) (Fach)Abitur: 64 (14,1%) Abgeschlossenes (Fach) Hochschulstudium: 144 (31,8%)	ohne Abschluss: 2 (1,1%) Hauptschulabschluss: 38 (20,9%) Mittlere Reife: 61 (33,5%) (Fach)Abitur: 33 (18,1%) Abgeschlossenes (Fach) Hochschulstudium: 48 (26,4%)	X ² =2,7945 KW 90%: 7,78 95%: 9,49 99%: 13,28
Erkrankung	Arthrose: 299 (66%)	Arthrose: 123 (67,6%)	X ² =0,1450 KW 90%: 2,71 95%: 3,84; 99%: 6,63
Versicherung	gesetzlich versichert: 388 (85,7%) privat versichert: 65 (14,3%)	gesetzlich versichert: 145 (79,7%) privat versichert: 37 (20,3%)	X ² =3,4447 KW 90%: 2,71 95%: 3,84 99%: 6,63

n₁= Rücklauf (Zahl der zurückerhaltenen Fragebögen/ Zahl der angenommenen Fragebögen)

n₀= Ausfall (Fragebögen, die nicht ausgefüllt zurückgegeben wurden); M= Mittelwert; KW= kritische Werte
SD= Standardabweichung; SdM= Standardfehler des Mittelwertes

Die Teststatistiken im X²-Test der demographischen Daten Geschlecht, Bildungsstand und Erkrankung sind jeweils kleiner als die dementsprechenden kritischen Werte. Jedoch sind der zweiten Erhebungsgruppe etwas mehr privat versicherte Patienten (20,3% zu 14,3%), der X²-Wert ist höher als der kritische Wert bei 90%. Es bestehen hier kleine Gruppenunterschiede. Für die Variable Alter ergibt der Gruppenvergleich im T-Test keinen p-Wert <0.10, d.h. hier wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. In Summe ist davon auszugehen, dass trotz des geringen Rücklaufs in Woche 1-15 nur geringe Verzerrungen vorliegen.

Demographische Daten

Insgesamt umfasst die Stichprobe N=422 Arthrosepatienten. Sie litten im Schnitt seit ca. 10 Jahren (M=9,7) an Arthrose. Bei rund 80% der befragten Patienten betraf die Arthroseerkrankung die großen Gelenke: Knie (n=219) und Hüfte (n=126). Jeweils über ein Sechstel der Patienten gaben Arthrose in der Wirbelsäule (n=71) bzw. in der Schulter (n=64) zu haben. Auch waren andere Arthrosearten mit jeweils unter 10% vertreten: Arthrose in Gelenken der Hand (n=38), im Sprunggelenk (n=32), in Gelenken des Fußes (n=24) und im Ellenbogen (n=16). Im Mittel waren die Patienten 57,7 Jahre alt.

Die prozentuale Verteilung über die Lebensjahrdekaden zeigt, dass die meisten Patienten zwischen 40 und 80 Jahren alt und über die Dekaden ungefähr gleichverteilt waren. Insgesamt wurden etwas mehr Frauen (n=55,9%) untersucht. In der untersuchten Stichprobe gaben 27,7% der Patienten an, als höchsten Bildungsabschluss ein abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium und 13% ein (Fach-)Abitur absolviert zu haben. Ungefähr ein Drittel (34,1%) gaben eine Mittlere Reife und ca. ein Viertel (23,7%) einen Hauptschulabschluss an. Nur 1,4% verfügten über keinen Schulabschluss. Insgesamt waren 82,9% der Befragten gesetzlich versichert, 17,1% privat.

Tabelle 4 - Demographische Daten

		n	%
Alter	N=421, 1 fehlend M (SD) = 57,7 (16,3) Min-Max= 18-88		
	X ≤ 30	32	7,6%
	30 < X ≤ 40	31	7,4%
	40 < X ≤ 50	77	18,3%
	50 < X ≤ 60	77	18,3%
	60 < X ≤ 70	86	20,4%
	70 < X ≤ 80	106	25,2%
	X > 80	12	2,9%
	Gesamt	421	100,0%
	18-29*	31	7,4%
	w=17/m=14	w=7,2%/m=7,6%	
30-44	54	12,8%	
	w=35/m=19	w=14,8%/m=10,3%	
45-64	168	43,7%	
	w=94/m=74	w=39,8%/m=40,0%	
Ab 65	168	43,7%	
	w=90/m=78	w=38,1%/m=42,2%	
Gesamt	421	100%	
	w=236/m=185	w=55,9%/ m=44,1%	
Geschlecht		w=236/ m=186	w=55,9%/ m=44,1%
Bildungsstand	ohne Schulabschluss	6	1,4%
	Hauptschulabschluss	100	23,7%
	Mittlere Reife	144	34,1%
	(Fach-)Abitur	55	13,0%
	Abgeschl. (Fach-) Hochschulstudium	117	27,7%
	Gesamt	422	100%
	Versicherung	gesetzlich versichert	350

* In der Diskussion wurden die vorliegenden Daten mit der repräsentativen Studie GEDA 2014/2015-EHIS des Robert-Koch-Instituts verglichen. Daher werden hier zusätzlich die dort verwendeten Altersgruppen aufgeschlüsselt nach Geschlecht dargestellt.

	privat versichert	72	17,1%
Dauer der Arthrose in Jahren	n=325, 97 fehlend Min-Max= 1-51 M= 9,7 (SD=8,3)		
Art der Arthrose (Mehrere Diagnosen möglich)	Gonarthrose Coxarthrose Sprunggelenksarthr. Fußarthrose Wirbelsäulenarthr. Handarthrose Ellbogenarthrose Omarthrose	219 126 32 24 71 38 16 64	51,9% 29,9% 7,6% 5,7% 16,9% 9,0% 3,8% 15,2%

Quantitative Analyse der medizinischen Entscheidungsprozesse in der Orthopädie aus Patientenperspektive

In diesem Studienteil wurde der Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß Arthrosepatienten in Entscheidungsfindungsprozesse für oder gegen eine Operation, eine konservative Therapie oder auch keine Behandlung mit einbezogen werden, was sie sich wünschen würden und welche Einflussfaktoren gefunden werden können. Mit dem Fragebogen PEF-FB-9 bewerteten Arthrosepatienten nach ihrem Arztgespräch in der orthopädischen Ambulanz, in welchem Ausmaß sie aus ihrer Perspektive am Prozess der Entscheidungsfindung beteiligt wurden (Isabelle Scholl et al., 2011). Ergänzend wurden die Art der getroffenen Entscheidung und die Zufriedenheit mit der Entscheidung erhoben. Bei Entscheidung für eine Operation wurden mögliche Sorgen und Ängste sowie die Unterstützung des Arztes erfasst. Darüber hinaus wurde untersucht, welche Auswirkungen psychische Belastungen (Angst/Depression) bei Arthrosepatienten auf die wahrgenommene Partizipation im Arztgespräch haben.

Dauer des Gesprächs und Kritik in Freitext-Antworten

Laut Angaben der Patienten dauerten die Gespräche im Schnitt ca. eine halbe Stunde (M=26 min.) bei einer großen Varianz (SD=16,2 min.). Dabei kamen Gespräche von 2 min. bis zu 2,5h vor.

Auf die Frage „Was hat Ihnen an Ihrem Gespräch nicht gefallen?“ gaben etwa ein Drittel der befragten Arthrosepatienten (32,9%, n=139, N=422) in Freitextantworten an, mit bestimmten Aspekten des Gesprächs unzufrieden zu sein (die vollständige Auflistung der Antworten befindet sich im Anhang).

Dabei wurden strukturelle Rahmenbedingungen kritisiert, wie die langen Wartezeiten in der Ambulanz (n=25), der Zeitdruck/-mangel und damit verbundene Stress der Ärzte (n=19) und externe Störungen (Studenten, Krankenschwester, Funk, Telefonate) (n=10). Die in der Ambulanz vorherrschende Regelung, dass zunächst Assistenzärzte die Gespräche führen, jedoch der Oberarzt über die weitere Behandlung entscheidet, störte einige (der Assistenzarzt könne nicht ohne den Oberarzt entscheiden, der Oberarzt sei nur kurz anwesend und gehetzt, es würde über den Patienten in seiner Anwesenheit gesprochen, man werde von ständig wechselnden Ärzten betreut) (n=16). Explizit wurde auch mehrfach die wahrgenommene Unsicherheit und Inkompetenz der Assistenzärzte thematisiert (n=8).

Viele Arthrosepatienten fühlten sich zu wenig ernst genommen, ihr Anliegen sei zu wenig gehört worden oder sie hätten zu wenig Informationen erhalten (n=32). Auch wurde die Art der Interaktion bemängelt (nicht beachten, kein Blickkontakt, distanziert, arrogant, unfreundlich, unsensibel) (n=19). Ärzte würden zu sehr in medizinischer Fachsprache sprechen und sich nicht um eine laienverständliche Vermittlung bemühen (n=7).

Mit dem Ergebnis des Gesprächs waren Patienten aus sehr unterschiedlichen Gründen nicht zufrieden (n=19). Hier wurde z.B. die Unzufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand oder die Sorge vor einer bevorstehenden Operation angegeben. Es gab noch weitere Themen, die sich keiner Kategorie zuordnen ließen (n=11).

Getroffene Entscheidungen im Arzt-Patient-Gespräch

Zunächst wurde gefragt, ob und wenn ja welche Entscheidung im Arztgespräch getroffen wurde. Es waren mehrere Antworten möglich. Von den N=422 befragten Arthrosepatienten, gaben 84,4% (n=356) an, dass überhaupt eine Entscheidung getroffen wurde. Bei 33,4% (n=141) wurde eine Entscheidung für eine Operation getroffen (50 Arthroscopien insbesondere von Knie, Hüfte und Schulter, 30 Hüft-TEPs davon 2 Wechsel-OPs, 22 Knie-TEPs davon 2 Wechsel-OPs sowie 6 andere Eingriffe am Knie, 7 Wirbelsäulen-OPs, 3 Eingriffe am Sprunggelenk sowie 9 sonstige OPs). Bei einem Fünftel (20,9%, n=88) stand eine Operation zur Diskussion, jedoch wurde (vorerst) dagegen entschieden. Für eine konservative Behandlung wurde bei 35,1% (n=148) entschieden. Bei 10,9% (n=46) sollte (vorerst) keine Behandlung durchgeführt werden. Bei 13,0% (n=55) sei im Gespräch keine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen worden (z.B. Kontrolltermin). 16,8% (n=71) kreuzten die Restkategorie „Sonstiges“ an.

Diejenigen Arthrosepatienten, bei denen nach eigenen Angaben keine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen wurde, und diejenigen, die sonstige Gründe angaben, wurden bei den nachfolgenden Berechnungen ausgeschlossen. **Alle weiteren Berechnungen beziehen sich auf die Stichprobe von n=356 Patienten, bei denen eine Entscheidung getroffen wurde.**

Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung im Arzt-Patient-Gespräch

Mit der getroffenen Entscheidung waren 79,7% sehr zufrieden oder eher zufrieden. Die aufgeführten Gründe für Unzufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung beziehen sich insbesondere auf folgende drei Aspekte (die Freitextantworten können im Anhang eingesehen werden):

- Unzufriedenheit mit der Diagnostik und Behandlung (z.B. Reduktion auf einzelne Körperteile ohne Gesamtsystem von Rücken, Laufen etc. zu berücksichtigen; Behandlungsfehler; Verweigerung der Schmerztherapie)
- Mangelnde Partizipationsmöglichkeit (z.B. mangelnder Einbezug der Patientenperspektive, mangelhafte Abwägung von Chancen und Risiken)
- Unzufriedenheit mit der gegebenen Situation (z.B. eigener Gesundheitszustand und dessen Behandlungsmöglichkeiten, Unsicherheiten, Ängste)

Tabelle 5 - Sind Sie mit dieser Entscheidung zufrieden?

	n	%
Überhaupt nicht zufrieden	11	3,1%
Eher nicht zufrieden	11	3,1%
Unentschieden	47	13,3%
Eher zufrieden	141	39,8%
Sehr zufrieden	144	40,7%
Gesamt (2 fehlend)	354	100%

Entscheidung für eine Operation: Gründe, Sorgen, Unterstützung durch den Arzt

Bei 33,4% (n=141) der Arthrosepatienten wurde eine Entscheidung für eine Operation getroffen. Diese wurden im Fragebogen gebeten, weitere Fragen rund um die geplante Operation zu beantworten. Als häufigster Grund für die OP-Entscheidung wurden Schmerzen (80,9%, n=114) angegeben. Zudem gaben n=58 Arthrosepatienten weitere Gründe an (siehe Anhang).

Tabelle 6 - Grund für die Operation

	n	%
Schmerzen	114	80,9 %
Fehlstellung, Dysplasie	7	5,0 %
Andere	18	12,8
Ich weiß es nicht genau	2	1,4
Gesamt	141	100

85,1% der zu operierenden Patienten gab an, sich Sorgen in Bezug auf die Operation zu machen. Die verschiedensten Sorgen der befragten Patienten können im Anhang eingesehen werden. 53,2% der Patienten (n=75) sei von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin auf mögliche Bedenken oder Ängste in Bezug auf die Operation angesprochen worden. 63,1% hätten sich gewünscht, dass diese(r) mehr auf ihre Bedenken und Ängste eingeht.

Tabelle 7 - Sorgen in Bezug auf die Operation

	n	%
Überhaupt nicht	21	14,9
Etwas	74	52,5
Nicht allzu stark	25	17,7
Stark	21	14,9
Gesamt	141	100%

Partizipative Entscheidungsfindung

Mit dem Fragebogen PEF-FB-9 wurden die neun Prozesselemente der Partizipativen Entscheidungsfindung in neun Items auf einer sechsstufigen Likert-Skala (0 = trifft überhaupt nicht zu, 1 = trifft weitgehend nicht zu, 2 =trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft weitgehend zu, 5 =trifft völlig zu) erhoben:

1. Mein Arzt/meine Ärztin hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss.
2. Mein Arzt/meine Ärztin wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte.
3. Mein Arzt/meine Ärztin hat mir mitgeteilt, dass es bei meinen Beschwerden unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt.
4. Mein Arzt/meine Ärztin hat mir die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten genau erläutert.
5. Mein Arzt/meine Ärztin hat mir geholfen, alle Informationen zu verstehen.
6. Mein Arzt/meine Ärztin hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeit ich bevorzuge.
7. Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen.
8. Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben gemeinsam eine Behandlungsmöglichkeit ausgewählt.
9. Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen.

Zusatzfrage: Wer soll bei Ihrer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen? (*Nur ich selbst/ Hauptsächlich ich selbst/ Ich und mein Arzt/ Hauptsächlich mein Arzt/ Nur mein Arzt*)

Alle aufgenommenen N=356 Patienten, füllten die neun Fragen plus Zusatzfrage zur allgemeinen Einstellung zu medizinischen Entscheidungen vollständig aus.

Tabelle 8 - PEF-FB-9: Mittelwerte und Standardabweichungen pro Item

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
M	2,57	2,08	2,58	2,81	3,65	2,18	2,36	2,58	3,85
SD	1,941	1,885	1,996	1,941	1,637	2,011	1,996	2,067	1,557

Bei allen neun Items zeigt sich eine hohe Streuung (1,56 bis 2,07 bei einem Range von 0-5).

Besonders niedrig fällt die mittlere Partizipation aus Patientenperspektive bei folgenden Items aus:

- 2) Mein Arzt/meine Ärztin wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte. (M=2,08; SD=1,885)
- 6) Mein Arzt/meine Ärztin hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeiten ich bevorzuge. (M=2,18; SD=2,011)
- 7) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen. (M=2,36; SD=1,996)

Verhältnismäßig hohe Ausprägungen wurden für folgende Items angegeben:

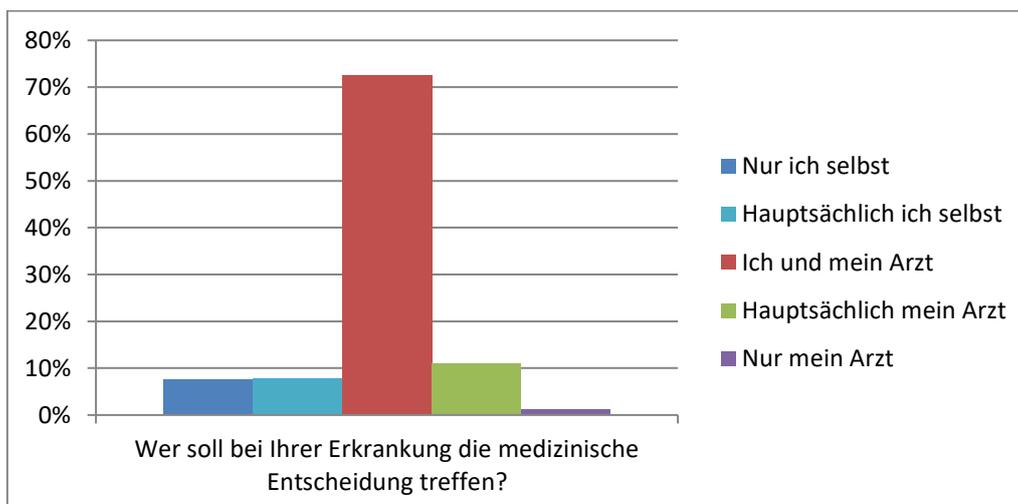
- 9) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen. (M=3,85; SD=1,557)
- 5) Mein Arzt/meine Ärztin hat mir geholfen, alle Informationen zu verstehen. (M=3,65; SD=1,637)

Die überwiegende Mehrheit von 72,5% der Patienten möchte in der Zusatzfrage zur allgemeinen Einstellung zu medizinischen Entscheidungen partizipativ – also gemeinsam mit dem Arzt – entscheiden. Eine stärkere Beteiligung im PEF-FB-9 sollte nur dann als positives Ergebnis bewertet werden, wenn der Patient eine entsprechend hohe Beteiligungspräferenz äußert. Bei Patienten mit einer geringen Beteiligungspräferenz ist eine hohe Beteiligung im Sinne des PEF-FB-9 nicht immer wünschenswert. Da jedoch 88% der Patienten entweder allein oder gemeinsam mit dem Arzt entscheiden möchten, ist davon auszugehen, dass insgesamt hohe Beteiligungswerte als wünschenswert interpretiert werden dürfen.

Tabelle 9 - Wer soll bei Ihrer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?

	n	%
Nur ich selbst	27	7,6
Hauptsächlich ich selbst	28	7,9
Ich und mein Arzt	258	72,5
Hauptsächlich mein Arzt	39	11,0
Nur mein Arzt	4	1,1
Gesamt	356	100%

Abbildung 1 - Partizipationspräferenz



Aus den neun Items des PEF-FB-9 wurde im Folgenden ein Rohgesamtwert gebildet, indem die Werte aller neun Items addiert wurden (Range 0–45). Es gab keine fehlenden Werte. Der Rohgesamtwert wurde mittels einer linearen Transformation in eine Skala von 0 bis 100 standardisiert (Rohgesamtwert multipliziert durch 20/9). Je höher der Summenwert ist, desto partizipativer wurde der Prozess der Entscheidungsfindung erlebt, d.h. dass höhere Werte auf eine stärkere Beteiligung vom Patienten an der medizinischen Entscheidungsfindung hindeuten. In der Stichprobe zeigte sich eine Beteiligung von 54,8 (Range 0-100) mit einer großen Streuung von 27,1.

Tabelle 10 - Standardisierter Summenwert PEF-FB-9 alle Arthrosepatienten

N	M	SD	Min	Max
356	54,8	27,1	0	100

In der Gruppe der Arthrosepatienten, bei denen im untersuchten Arztgespräch eine Entscheidung für eine Operation gefallen ist, zeigen sich noch deutliche geringere Partizipationswerte.

Tabelle 11 - Standardisierter Summenwert PEF-FB-9 Arthrosepatienten mit OP-Entscheidung

N	M	SD	Min	Max
141	39,1	12,7	4	60

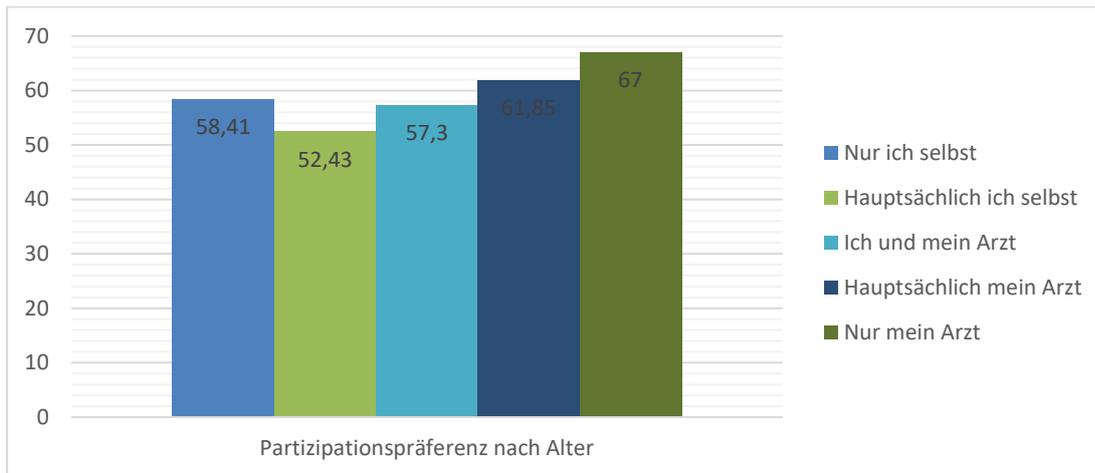
Partizipation und Alter

Hier wurde untersucht, inwieweit die Beteiligungspräferenz vom Alter der Patienten abhängt. Die meisten Patienten möchten gemeinsam mit dem Arzt entscheiden (n=299). Sie sind zwischen 18 und 87 Jahren, im Schnitt 57 Jahre alt. Dagegen sind in der Gruppe der Patienten, die die Entscheidung gänzlich dem Arzt überlassen möchten, nur 5 Patienten. Sie stellt mit durchschnittlich 67 Jahren die älteste Patientengruppe dar (37-79 J.). Die jüngste Patientengruppe mit durchschnittlich 52 Jahren möchte „hauptsächlich selbst“ entscheiden, jedoch finden sich auch hier Patienten zwischen 24 und 85 Jahren. Tendenziell sind also partizipative oder autonome Patienten etwas jünger, jedoch bei großer Varianz.

Tabelle 12 - Partizipationspräferenz und Alter

	M	N	SD	Min	Max
Nur ich selbst	58,41	29	16,56	24	85
Hauptsächlich ich selbst	52,43	35	18,69	18	85
Ich und mein Arzt	57,30	299	15,45	18	87
Hauptsächlich mein Arzt	61,85	53	18,29	22	88
Nur mein Arzt	67,00	5	17,25	37	79
Gesamt	57,66	421	16,31	18	88

Abbildung 2 - Partizipationspräferenz und Alter



Aufgrund der extremen Gruppengrößenunterschiede (nur 5 Patienten wollen den Arzt allein entscheiden lassen vs. 299 Patienten, die eine gemeinsame Entscheidung präferieren) wurde auf eine Signifikanzprüfung verzichtet.

Partizipation und Zufriedenheit

Die erlebte Partizipation korreliert positiv ($r=0,322$) mit der Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung. Die Korrelation nach Spearman ist zweiseitig signifikant bei $p \leq 0,05$. Je mehr die befragten Patienten das Gefühl hatten, in den Entscheidungsprozess miteinbezogen worden zu sein, desto zufriedener sind sie mit der Entscheidung.

Tabelle 13 - Korrelation PEF-FB-9 Summenwert mit der Zufriedenheit mit der Entscheidung

Spearman's Rangkorrelationskoeffizient	0,322**
Signifikanz (2-seitig)	0,000
N	354

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Vorinformation

Im Ambulanz-Fragebogen wurden Patienten auch zu ihrer Vorinformation befragt (Item: „Haben Sie sich bereits vor dem heutigen Gespräch oder in der Vergangenheit über Ihre Erkrankung und Ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert?“; Ausprägungen: *Nein/ Ja, ein wenig/ Ja, sehr ausführlich*). Nur 5,9% der Patienten gaben an, sich im Vorfeld des Gesprächs nicht über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert zu haben. Die Mehrheit informierte sich sehr ausführlich (57,3%) oder zumindest ein wenig (36,8%).

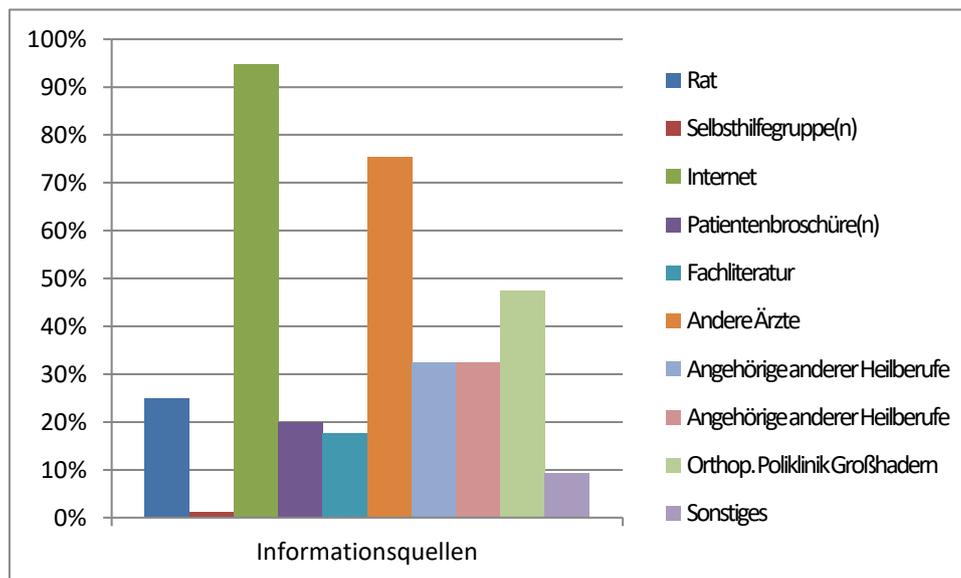
Tabelle 14 - Vorinformation

Vorinformation	n	%
Nein	21	5,9%
Ja, ein wenig	131	36,8%
Ja, sehr ausführlich	204	57,3%
Gesamt	356	100%

Informationsquellen

Arthrosepatienten nutzen diverse Informationsquellen. In der untersuchten Unterstichprobe der N= 356 Patienten, in deren Arztgespräch eine medizinische Entscheidung getroffen worden war, informierten sich 94,7% über das Internet im Vorfeld des Gesprächs. Patientenbroschüren wurden von 19,9% und Fachliteratur von 17,7% genutzt. 25% holten sich Rat von Angehörigen oder Bekannten, 1,1% in Selbsthilfegruppen und 9,3% nutzten noch andere Quellen. Sehr viele Patienten hatten sich entweder zuvor bei anderen Ärzten beraten lassen (75,3%) oder waren bereits von Ärzten der orthopädischen Klinik in Großhadern (47,5%) beraten worden. 30,4% der Patienten hatten sich auch bei anderen Heilberufen informiert.

Abbildung 3 - Art der Vorinformation



Vorinformation in Abhängigkeit vom Alter der Patienten

Um zu untersuchen, ob es Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß an Vorinformation und dem Alter der Patienten gibt, wurden das durchschnittliche Alter der Patienten in den Gruppen, die sich vor dem Arztgespräch nicht, ein wenig oder ausführlich vorinformiert haben, verglichen. Die Gruppe der Patienten, die sich vor dem Arztgespräch nicht eigenständig informierten, war mit durchschnittlich 51 Jahren am jüngsten. Patienten, die sich ein wenig vorinformierten, waren im Schnitt 55 Jahre alt. Ausführlich vorinformierte Patienten waren mit durchschnittlich 60 Jahren am ältesten.

Tabelle 15 - Mittelwerte Alter pro Gruppe Ausmaß an Vorinformation

Vorinformation	n	Alter	
		M	SD
Nein	27	51,07	16,73
Ja, ein wenig	149	55,34	16,80
Ja, sehr ausführlich	245	59,80	15,62
Gesamt	421	57,66	16,31

Die Gruppenunterschiede stellten sich in der Varianzanalyse als signifikant heraus ($p=0,003$). Die Voraussetzungsprüfung zur Homoskedastizität im Levene-Test zeigt, dass sich die Varianzen in den Gruppen bei $p \leq 0,05$ nicht signifikant voneinander unterscheiden und somit die Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse erfüllt ist.

Tabelle 16 - Test auf Homogenität der Varianzen

Levene-Statistik	df1	df2	p
0,531	2	418	0,588

Tabelle 17 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: Alter; UV: Vorinformation)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p
Zwischen Gruppen	3093,877	2	1546,938	5,956	0,003
Innerhalb Gruppen	108574,869	418	259,748		
Gesamt	111668,746	420			

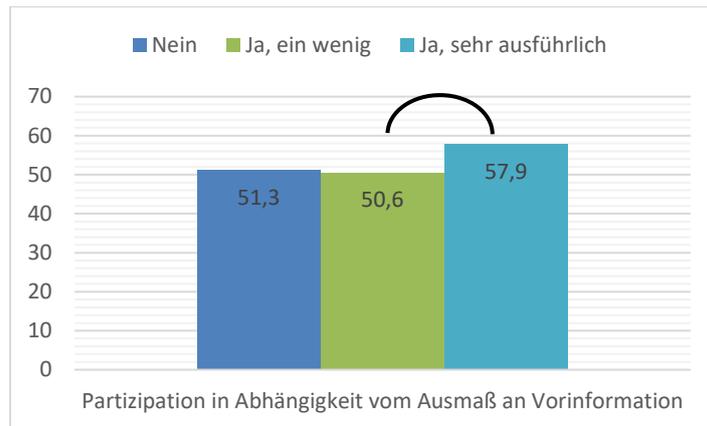
Partizipation und Vorinformation

Die Auswirkungen von Vorinformation auf die wahrgenommene Partizipation am Entscheidungsprozess wurden im Folgenden analysiert. Die Mittelwerte der PEF-FB-9 Summenwerte in den drei Ausprägungen an Vorinformation variieren leicht. Insbesondere geben ausführlich vorinformierte Patienten leicht höhere Partizipationswerte an als ein wenig oder nicht vorinformierte Patienten. Dabei bleibt limitierend zu berücksichtigen, dass die Gruppe der nicht-vorinformierten Patienten mit $n=20$ vergleichsweise klein ist.

Tabelle 18 - PEF-FB-9 Summenwerte pro Gruppe

Vorinformation	n	M	SD
Nein	21	51,3	31,5
Ja, ein wenig	131	50,6	26,9
Ja, sehr ausführlich	204	57,9	26,5
Summe	356	54,8	27,1

Abbildung 4 - Mittlere PEF-FB-9 Summenwerte in Abhängigkeit vom Ausmaß an Vorinformation



Die Mittelwertsunterschiede der PEF-FB-9 Summenwerte in Abhängigkeit von der Vorinformation wurden in einer einfaktorielle Varianzanalyse auf Signifikanz überprüft. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität zeigt, dass sich die Varianzen in den Gruppen bei $\alpha=0,05$ nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse ist erfüllt.

Tabelle 19 - Test der Homogenität der Varianzen

Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
0,553	2	353	0,576

Tabelle 20 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: Vorinformation)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	4562,307	2	2281,154	3,145	0,044
Innerhalb der Gruppen	256009,908	353	725,241		
Gesamt	260572,215	355			

Die Varianzanalyse wird mit $p \leq 0,05$ signifikant. Zur Prüfung, welche Gruppenvergleiche signifikant sind, wurde a-posteriori der simultane Zweistichprobentest unter Beachtung der α -Adjustierung nach Bonferroni-Holm durchgeführt. Der Gruppenunterschied zwischen „Ja, ein wenig“ und „Ja, sehr ausführlich“ wird signifikant bei $p \leq 0,05$. Arthrosepatienten, die sich sehr ausführlich vor ihrem Arztgespräch informiert haben, bewerten das Arztgespräch als partizipativer, als Patienten, die sich vor ihrem Arztgespräch nur ein wenig informiert haben.

Tabelle 21 - Mehrfachvergleiche (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: Vorinformation)

(I) selbst informiert	(J) selbst informiert	Mittlere Diff. (I-J)	SD	p	95%-K.I. Untergr.	95%-K.I. Obergr.
Nein	Ja, ein wenig	0,77	6,33	1,00	-14,46	16,00
	Ja, sehr ausführl.	-6,56	6,17	0,86	-21,41	8,28
Ja, ein wenig	Nein	-0,77	6,33	1,00	-16,00	14,45
	Ja, sehr ausführl.	-7,33	3,02	0,046*	-14,59	-0,08
Ja, sehr ausführl.	Nein	6,56	6,17	0,86	-8,28	21,41
	Ja, ein wenig	7,33	3,01	0,046*	0,08	14,59

* Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0,05 signifikant.

Psychische Belastung und Partizipation

In der Gesamtstichprobe der N=422 Arthrosepatienten litten 36,0% unter klinisch relevanten Ängsten (n=152), dabei 20,1% (n=85) unter grenzwertigen und 15,9% (n=67) unter auffälligen Ängsten. Von Depressionen waren 27,0% (n=114) betroffen, dabei 15,6% (n=66) von grenzwertigen und 11,4% (n=48) von auffälligen Depressionen. Bei 43,1% lagen Ängste und/oder Depressionen vor (n=182).

Zur Untersuchung der Auswirkungen psychischer Belastung auf die Partizipation beziehen sich folgende Berechnungen auf die Stichprobe der N=356 Patienten, in deren Gespräch eine Entscheidung getroffen worden war. Gemäß dem affektiven Screening litten hier 37% unter klinisch relevanten Ängsten und 28,4% unter klinisch relevanten Depressionen.

Tabelle 22 - HADS (Entscheidung)

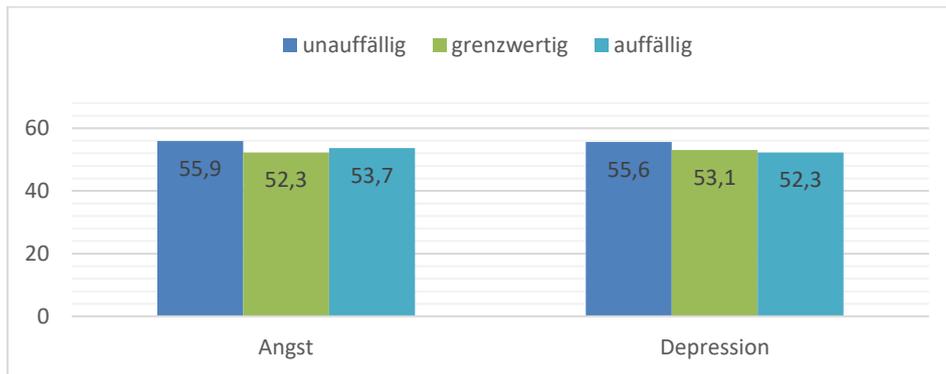
	HADS-Angst		HADS-Depression	
	n	%	n	%
fehlend	1	0,7	0	0
unauffällig	223	62,6	255	71,6
grenzwertig	76	21,3	60	16,9
auffällig	56	15,7	41	11,5
Gesamt	356	100,0	356	100,0

Der Vergleich der mittleren PEF-FB-9 Summenwerte in Abhängigkeit von der Ausprägung an Angst bzw.. Depression im HADS-D zeigt geringe Gruppenunterschiede bei hoher Streuung.

Tabelle 23 - PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe

	HADS-Angst			HADS-Depression		
	n	M	SD	n	M	SD
unauffällig	223	55,9	28,6	255	55,6	27,4
grenzwertig	76	52,3	26,5	60	53,1	25,2
auffällig	56	53,7	21,7	41	52,3	28,0
Gesamt	355	54,8	27,1	356	54,8	27,1

Abbildung 5 - Mittlere PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe



Die Mittelwertsunterschiede der PEF-FB-9 Summenwerte in Abhängigkeit von der Ausprägung an Angst bzw. Depression wurden jeweils in einer einfaktorielle Varianzanalyse auf Signifikanz geprüft. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität bei HADS-D-Angst zeigt, dass die Varianzen in den Gruppen sich bei $\alpha=0,05$ signifikant voneinander unterscheiden. Er prüft die Nullhypothese, dass die Fehlervarianz der abhängigen Variablen über Gruppen hinweg gleich ist. Die Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse ist nicht erfüllt, da jedoch die Stichprobe mit $N=355$ Patienten sehr groß ist, kann diese Voraussetzungsverletzung vernachlässigt werden. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität bei HADS-D-Depression wird bei $\alpha=0,05$ nicht signifikant. Die Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse ist erfüllt.

Tabelle 24 - Test auf Homogenität der Varianzen

HADS-Angst			HADS-Depression				
Levene-Statistik	df1	df2	p	Levene-Statistik	df1	df2	p
5,404	2	352	0,005	0,283	2	353	0,754

Tabelle 25 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: HADS-D-Angst)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p
Zwischen Gruppen	801,104	2	400,552	0,543	0,582
Innerhalb Gruppen	259762,221	352	737,961		
Gesamt	260563,325	354			

Tabelle 26 - Einfaktorielle Varianzanalyse (AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: HADS-D-Depression)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p
Zwischen Gruppen	589,514	2	294,757	0,400	0,670
Innerhalb Gruppen	259982,702	353	736,495		
Gesamt	260572,215	355			

Beide Varianzanalysen zeigen keine Signifikanzen. Es zeigt sich also kein statistischer Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depression und der wahrgenommenen Partizipation im Arzt-Arthrosepatient-Gespräch bei medizinischen Entscheidungen.

Psychische Belastung und Partizipation bei OP-Entscheidung

Da Arthrosepatienten, bei denen eine Operation sehr dringlich geworden ist, möglicherweise unter einer stärkeren psychischen Belastung leiden, wurden die beschriebenen Berechnungen erneut in der Untergruppe der Arthrosepatienten durchgeführt, bei denen tatsächlich am Befragungstag eine Entscheidung für eine Operation getroffen worden war. Bei der Interpretation der Ergebnisse bleibt zu berücksichtigen, dass der HADS-D vor dem Arztgespräch und somit vor der (endgültigen) Entscheidung für eine Operation ausgefüllt wurde.

Gemäß dem affektiven Screening zeigten die Patienten in dieser Untergruppe mehr psychische Auffälligkeiten: 41,9% litten unter klinisch relevanten Ängsten und 29% unter klinisch relevanten Depressionen.

Tabelle 27 - HADS (OP-Entscheidung)

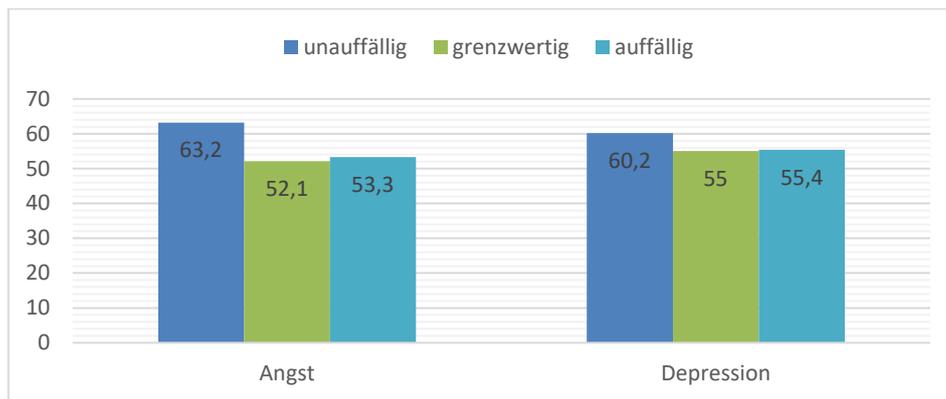
	HADS-Angst		HADS-Depression	
	n	%	n	%
fehlend	1	0,7	0	0
unauffällig	81	57,4	100	70,9
grenzwertig	31	22,0	27	19,1
auffällig	28	19,9	14	9,9
Gesamt	141	100,0	141	100,0

Rund um eine Operationsentscheidung zeigen sich auch deutlichere Auswirkungen von psychischer Belastung auf die wahrgenommene Partizipation.

Tabelle 28 - PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe bei OP-Entscheidung

	HADS-Angst			HADS-Depression		
	n	M	SD	n	M	SD
unauffällig	81	63,2	23,8	100	60,2	23,7
grenzwertig	31	52,1	25,9	27	55,0	23,5
auffällig	28	53,3	21,7	14	55,4	29,5
Gesamt	140	58,8	24,3	141	58,8	24,2

Abbildung 6 - Mittlere PEF-FB-9 Summenwerte pro HADS-Gruppe bei OP-Entscheidung



Die Mittelwertsunterschiede der PEF-FB-9 Summenwerte in Abhängigkeit von der Ausprägung an Angst bzw. Depression wurden jeweils in einer einfaktorielle Varianzanalyse auf Signifikanz geprüft. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität bei HADS-D-Angst und HADS-D-Depression zeigt jeweils, dass sich die Varianzen in den Gruppen bei $p \leq 0,10$ nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse ist erfüllt.

Tabelle 29 - Test auf Homogenität der Varianzen (OP)

HADS-Angst			HADS-Depression				
Levene-Statistik	df1	df2	p	Levene-Statistik	df1	df2	p
1,332	2	137	0,267	0,224	2	138	0,800

**Tabelle 30 - Einfaktorielle Varianzanalyse
(Stichprobe OP; AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: HADS-D-Angst)**

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p
Zwischen Gruppen	3821,734	2	1910,867	3,344	0,038*
Innerhalb Gruppen	78284,650	137	571,421		
Gesamt	82106,384	139			

* Der Unterschied zwischen den Gruppen ist auf dem Niveau 0,05 signifikant.

**Tabelle 31 - Einfaktorielle Varianzanalyse – Entscheidung für OP
(Stichprobe OP; AV: PEF-FB-9 Summenwert; UV: HADS-D-Depression)**

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	p
Zwischen Gruppen	764,612	2	382,306	0,649	0,524
Innerhalb Gruppen	81342,735	138	589,440		
Gesamt	82107,346	140			

Die Varianzanalyse zu Angst und Partizipation wird $p \leq 0,05$ signifikant. Arthrosepatienten, mit klinisch relevanten Ängsten, bewerten das Arztgespräch weniger partizipativ, als Patienten, ohne klinisch relevante Ängste. Zwischen Depression und Partizipation konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden ($p=0,524$).

Ergebnisse Studienteil II

Beschreibung der Stichprobe

Nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“ (Hans Merrens, 2000) wurden maximal unterschiedliche und ebenso als typisch geltende Fälle nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Ärztestatus und inhaltlichen Aspekten (verschiedenen Einstellungen, Strategien und Konzepten in der Interaktion mit Patienten bei medizinischen Entscheidungsprozessen) als Interviewpartner ausgewählt. Es konnten mannigfaltige Perspektiven erhoben werden (z.B. sehr partizipativ bis sehr paternalistisch orientierte Vorgehensweisen). Daher ist davon auszugehen, dass eine weitgehende inhaltliche Sättigung erreicht werden konnte.

Insgesamt wurden acht Ärzte und eine Ärztin interviewt. Zu der Zeit waren 28 Vollzeitkräfte in der orthopädischen Klinik tätig, davon 25 Männliche und 3 Weibliche. Das Geschlechterverhältnis der Klinik, also eine Frau auf 9,3 Männer, entspricht dem Geschlechterverhältnis der Befragung.

Vier der Befragten hatten Assistenz- oder Facharztstatus sowie fünf mindestens Oberarztstatus. Fünf waren im Altersbereich zwischen 25 und 40 Jahren sowie vier zwischen 41 und 65 Jahren.

PEF-FB-Doc

Im Kurzfragenbogen wurde neben demographischen Daten auch die Zusatzfrage zur allgemeinen Einstellungen zu medizinischen Entscheidungen aus dem Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung Arztversion (PEF-FB-Doc) untersucht (Item: „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?“; mit dem Ausprägungen: „nur der Arzt/hauptsächlich der Arzt/Arzt und Patient/hauptsächlich der Patient/nur der Patient“). Nur ein Arzt (A4) gab an, dass die medizinische Entscheidung nur vom Arzt getroffen werden sollte, alle anderen gaben an, dass der Arzt und der Patient gemeinsam medizinische Entscheidungen treffen sollten.

Kategorienbaum

Die mittels Process Coding bearbeiteten Interviewausschnitte wurden durch induktives und deduktives Kodieren in Ober- und Unterkategorien eingeteilt. Dabei wurde ein zeitlicher Ablauf medizinischer Entscheidungsprozesse erstellt, der in die drei übergeordneten Prozessschritte 1. Kontaktaufnahme, Informationsaustausch, Untersuchung und Diagnose, 2. Informationsaustausch zu Therapieoptionen und 3. Entscheidung unterteilt ist. In den einzelnen Prozessschritten werden die jeweiligen Kernthemen, Herausforderungen und Strategien in der Interaktion mit Patienten rund um medizinische Entscheidungsprozesse aus ärztlicher Sicht herausgearbeitet. In 3. Entscheidung werden zunächst die erstellten Kategorien zur Bewertung der Patientenorientierung eines Entscheidungsprozesses und die vorliegenden Ausprägungen beschrieben. Anhand dieser Kategorien erfolgt eine Einordnung der Entscheidungsstile pro interviewten Arzt. Dieses Vorgehen ermöglicht die Facetten jenseits der groben Kategorisierungen „Patientenzentriert“ und „Paternalistisch“ zu verdeutlichen.

Tabelle 32 - Kategorienbaum

Ober- und Unterkategorien	Anzahl der Codings
1 Kontaktaufnahme, Informationsaustausch, Untersuchung und Diagnose	5
1.1 Einfluss von Rahmenbedingungen während des Gesprächs	6
1.2 Beziehungsaufbau seitens des Arztes	4
1.3 Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient	0
1.3.1 Anliegen des Patienten in freier Rede	7
1.3.2 Strategien der Begrenzung und gezielten Informationserhebung	2
1.3.3 Psychosoziale Aspekte	4
1.3.4 Störendes Patientenverhalten	2
1.4 Körperliche Untersuchung, diagnostische Tests, Befundsichtung	4
1.5 Diagnose	0
1.5.1 Diagnosestellung durch den Arzt	6
1.5.2 Vermittlung der Diagnose	14
1.5.3 Diskussion der Diagnose	1
2 Informationsaustausch zu Therapieoptionen	0
2.1 Therapieoptionen	3
2.1.1 Konservative Therapie, Operation, OP-Verfahren	1
2.1.2 psychologische Behandlungsoptionen	3
2.1.3 Alternative Nichts tun- Warten	3
2.2 Bedingungen für die Wahl der Therapie	0
2.2.1 Therapie-Bedingungen	0
2.2.1.1 Unterschiedlichkeit der Alternativen	3
2.2.1.2 Anzahl an Alternativen	3
2.2.1.3 Konsequenzen, Unsicherheiten von Erfolg/Risiken	11
2.2.2 Patienten-Bedingungen	0
2.2.2.1 Patientenfaktoren	3
2.2.2.2 Unklare Diagnosen	4
2.2.2.3 Dringlichkeit	6
2.2.2.4 Notfall	2
2.2.2.5 Beendigung der Therapie mit Todesfolge	2
2.2.2.6 Leidensdruck	5
2.2.2.7 Persönlichkeitsstruktur des Patienten	1
2.3 Vermittlung der therapeutischen Möglichkeiten	0
2.3.1 Themenbereiche	15
2.3.2 Aufklärung	10
2.3.3 Art der Vermittlung von Therapieoptionen	0
2.3.3.1 Vermittlungsstrategien von Ärzten	30
2.3.3.2 Vorauswahl der Therapieoptionen	14
2.3.3.3 Empfehlung des Arztes	11
2.3.3.4 Interessengeleitete Vermittlung	8
2.3.3.5 Kommunikation über Erwartungen	6
2.3.3.6 Umgang mit Ängsten und Sorgen von Patienten	4
2.4 Eigenständige Vorinformation von Patienten	0
2.4.1 Gründe für Vorinformation	7
2.4.2 Häufigkeit der Vorinformation	4
2.4.3 Art der Vorinformation	11
2.4.4 Qualität der Vorinformation (aus ärztlicher Sicht)	14
2.4.5 Folgen der Vorinformation	15
2.4.6 Umgang mit vorinformierten Patienten	16
2.5 Meinung zur Partizipationsfähigkeit von Patienten	0
2.5.1 Verständnis	25
2.5.2 Entscheidungsfähigkeit	20
3 Entscheidung	
Zusammenfassende Kategorisierung des Entscheidungsprozesses pro Arzt (A1-A14)	

Qualitative Analyse der medizinischen Entscheidungsprozesse aus Ärzte-Perspektive

Zur Einordnung der Inhalte der folgenden Prozessschritte und Kategorisierungen ist zu berücksichtigen, dass das relativ offen gehaltene Interview ermöglichte, dass die befragten Ärzte ihre persönlichen Schwerpunkte setzten. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass nicht Genanntes oder selten Genanntes auch nicht oder selten vorkommt. Die individuelle Schwerpunktsetzung ermöglicht dagegen grundlegende Vorgehensweisen, Konzepte, Einstellungen und Strategien im Umgang mit Patienten deutlicher herauszuarbeiten. Textbelege werden in Form von Process Codes angeführt (siehe Bsp. Process Coding in den Auswertungsmethoden). In Klammern wird der Process Code dem jeweiligen Interview (z.B. A1) und der jeweiligen Process Code-Nummer (z.B. 51) zugeordnet.

1 Kontaktaufnahme, Informationsaustausch, Untersuchung und Diagnose

Entscheidungsgespräche in der orthopädischen Ambulanz würden bei einem Erstgespräch so beginnen „Erstkontakt: Patient irgendwelche Beschwerden haben, Ursache wissen wollen, beraten werden wollen“ (A4, 51).

1.1 Einfluss von Rahmenbedingungen während des Gesprächs

Entscheidungsgespräche zwischen Arzt und Patient in der Regel in der orthopädischen Ambulanz werden von diversen Rahmenbedingungen beeinflusst.

Lange Wartezeiten

Lange Wartezeiten werden in der orthopädischen Ambulanz als Problem benannt. Die Gesprächsatmosphäre könne so bereits im Vorfeld negativ geprägt sein. „Problem mit langen Wartezeiten in der Poliklinik haben“ (A10, 50), „2h warten müssen, sehr verärgert sein“ (A10, 51), „Gespräche dann schlecht beginnen“ (A10, 52), „im Gespräch merken, dass Patient wütend ist“ (A10, 53), „Verspätung nicht die entscheidende Rolle spielen“ (A10, 55), „manchmal Gefühl haben, dass das doch ein bisschen mitschwingt“ (A10, 56).

Zeitmangel

Für die Patientensvisiten scheinen in der orthopädischen Ambulanz Zeiteinheiten von 10 Minuten vorgesehen zu sein. In dieser Zeit müssten sowohl die Untersuchung als auch das Patientengespräch über Behandlungsmöglichkeiten und Entscheidungsfindung stattfinden „Problem in Ambulanz: wenig Zeit für das Patienten-Gespräch haben, in 10-Minuten-Slots arbeiten inklusive Untersuchung, Aufklärung etc.“ (A7, 108), „gutes Patientengespräch ausreichend Zeit benötigen (auch bei häufigeren Terminen)“ (A7, 107).

Unterbrechungen

Die orthopädischen Kollegen in der Ambulanz stünden auch während den Visiten per Funk zur Verfügung. Zudem sei es üblich, dass im Gespräch Studenten dabeisäßen und ständig jemand ins Behandlungszimmer käme. So käme es zu vielfältigen Unterbrechungen und Störungen der Gesprächsatmosphäre „Rahmen der Gespräche in der Poliklinik schwierig sein“ (A4, 44), „in Patientengesprächen ungünstige Störungen haben, wie angefunkt werden, anderes abarbeiten müssen, Zeitdruck haben“ (A4, 38), „Rahmenbedingungen haben: stressig sein, zwei Studenten und eine Schwester dabei sitzen, ständig jemand reinkommen“ (A4, 41), „in Ausbildungshaus das so sein müssen, das Patienten wissen müssen“ (A4, 43), „Störungen für Patienten unangenehm sein“ (A4, 45), „bei Gesprächsunterbrechungen sich nicht ernstgenommen und nebenher abgefertigt fühlen“ (A4,

50). Als Lösung wird folgendes beschrieben „Lösung: während Patientengespräch zumindest bei auswärtigen Funkanrufen nicht zu reagieren“ (A4, 49).

Wechselnde Ärzte

Die orthopädische Ambulanz sei so organisiert, dass Assistenzärzte ständig wechselten, aber auch der behandelnde Oberarzt nicht immer derselbe sei „Assistenzärzte bei Ambulanzterminen ständig wechseln“ (A4, 46), „wichtig und nicht immer gegeben sein, dass Patient feste ärztliche Bezugsperson/ immer denselben Oberarzt bei Ambulanzterminen hat“ (A4, 47), „Problem in Ambulanz: Patienten bei Folgeterminen ständig von neuen Ärzten gesehen werden“ (A7, 109).

Keine Vergütung der Gesprächsleistungen

Die kassenärztliche Vergütung richte sich nach durchgeführter Behandlung und unterstütze somit Operationen gegenüber konservativen Behandlungen, während die Investition in ein gutes Patientengespräch nicht honoriert werde „Problem durch Facharztausbildung: möglichst viele Operationen ergattern müssen und diese dafür indizieren müssen“ (A7, 110), „Operationen für Assistenzärzte, Oberärzte und Chefärzte interessanter/lukrativer als konservative Behandlungen sein“ (A7, 111), „Gesprächsleistungen nicht vergütet werden“ (A7, 112).

Seitens der Medien geschürte Ängste vor Kunstfehlern

Neben Bedingungen der orthopädischen Ambulanz wirkten sich auch andere Faktoren negativ auf die Gesprächsatmosphäre aus. Insbesondere würden auch Negativmeldungen aus der Presse dazu beitragen, das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft zu belasten „jeder Patient in sich Angst verborgen haben, dass der Arzt einen Fehler macht“ (A11, 98), „Zahlen von 100.000 Kunstfehlern im Jahr in Deutschland gehört haben“ (A11, 99), „glauben, dass die Wahrscheinlichkeit aus einer Operation lebend herauszukommen gering ist“ (A11, 100), „Zahlen ohne Kontext problematisch sein, wirkliche Kunstfehler DEUTLICH weniger sein“ (A11, 101).

1.2 Beziehungsaufbau seitens des Arztes

Zu Beginn eines Arzt-Patienten-Gesprächs, insbesondere bei einem Erstgespräch, sei das Ziel, eine Vertrauensbasis mit dem Patienten aufzubauen. Hierzu werden zwei Strategien beschrieben.

Strategie „Eindruck von competence und care vermitteln“ (A11, 30)

Bei dieser Strategie scheint es darum zu gehen, dem Patienten einen Eindruck von Kompetenz und Fürsorge zu vermitteln „einen strahlenden Eindruck zu vermitteln versuchen“ (A11, 20), „Röntgenbild länger anucken als man muss“ (A11, 27), „Unterlagen detailliert zu studieren versuchen“ (A11, 28), „Patienten immer untersuchen“ (A11, 31), „eine Beziehung aufzubauen versuchen“ (A11, 26), „nach zwei Sekunden sehen um was es geht“ (A11, 29), „paar wichtige Dinge in Sekunden erledigen“ (A11, 32), „Gefühl vermitteln, viel zu machen (A11, 33).

Strategie „Probleme ernst nehmen“ (A1, 15)

Auch diese Strategie zielt darauf ab, dass sich der Patient gesehen fühlt „ein paar Minuten mit dem Patienten beschäftigen“ (A1, 13), „wirklich auf den Patienten konzentrieren“ (A1, 14), „(essentiell) deren Probleme ernst nehmen“ (A1, 15).

1.3 Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient

1.3.1 Anliegen des Patienten in freier Rede – Hauptproblematik und Zwischentöne hören

Um das Anliegen des Patienten und die zur Diagnosestellung relevanten Informationen zu erfahren werden folgende Herangehensweisen beschrieben.

Dem Patienten werde Raum gegeben, sein Anliegen darzulegen „dem Patienten die Möglichkeit geben, das Problem darzustellen“ (A10, 79), „den Patienten reden lassen müssen“ (A7, 52). So könnten neben den Beschwerden auch andere, relevante Informationen herausgehört werden „Schlüsselaspekte ...“ (A1, 7), „Gedanken, Befürchtungen, Wünsche, individuelle Hauptproblematik des Patienten herausfinden“ (A1, 8).

Problem ausufernder Patienten

Dieser Prozessschritt wird störungsanfällig erlebt: „Patienten erleben, die mit der Erzählung ihrer Probleme in der Kindheit anfangen“ (A10, 77), „ausufernd werden, wenn man ihn frei reden lässt“ (A7, 55). Patienten und Ärzte scheinen teilweise unterschiedliche Ansichten darüber zu haben, welche Informationen notwendig sind, um eine gute Therapiewahl zu treffen „glauben, dass der Arzt nicht alle Informationen habe, um die richtige Therapiewahl zu treffen“ (A7, 48), „immer weitere Informationen anführen, die gar nichts mit der Sache zu tun haben“ (A7, 49), „nicht unterscheiden können was wichtig für den Arzt ist“ (A7, 51). Dabei wird der Kompetenzvorsprung des Arztes gegenüber dem Patienten betont, wichtige Informationen von unwichtigen zu unterscheiden „das sehr schnell können“ (A7, 50).

1.3.2 Strategien der Begrenzung und gezielten Informationserhebung

Um dem potentiellen Ausufernden einer freien Rede des Patienten entgegenzuwirken, werden Strategien zur Begrenzung, Lenkung, gezielten Informationserhebung und Strukturierung beschrieben „das abkürzen müssen“ (A10, 78), „frühzeitig einsteigen müssen“ (A7, 53), „gezielte Fragen stellen müssen“ (A7, 54), „Informationen abfragen, um das [Gespräch] zu verkürzen“ (A7, 56), „Informationen des Patienten ordnen“ (A7, 55).

1.3.3 Psychosoziale Aspekte

Patientenfaktoren

Für den Informationsaustausch vor einer orthopädisch-medizinischen Diagnosestellung werden neben den medizinischen Fragestellungen auch diagnoserelevante Patientenfaktoren beschrieben. „Patientenfaktoren (haben) wie Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung, Aktivitätsniveau und solche Sachen“ (A5, 67).

Erwartungen und Ängste

Ängste und Erwartungen rund um die Erkrankung und die Therapie könnten herausgehört oder aktiv erfragt werden, „Gedanken, Befürchtungen...herausfinden“, „...ansprechen können“ (A1, 8-9), „...Wünsche...herausfinden“, „...ansprechen können“ (A1, 8-9).

Krankheitsbewältigung (bezieht sich auf Tumorerkrankungen)

Die Ausdrucksweise des Patienten könnte auch Hinweise auf dessen Krankheitsbewältigung geben „[bezieht sich auf Tumorerkrankungen] relativ schnell im Gesprächsverlauf merken, ob Patient sich seiner Erkrankung und Situation bewusst ist“ (A13, 7), „[bezieht sich auf Tumorerkrankungen] an der Detailliertheit der Fragen ...“ (A13, 8).

Psychische Belastungen

Auch psychische Belastungen könnten erkannt und parallel angegangen werden „schwarz tragen, dies und das passiert sein“ (A1, 34), „dringend [Anm.: psychologische] Fachperson empfehlen“ (A1, 35), „nicht [Anm.: für psychologische Themen] qualifiziert sein“ (A1, 36), „das schon ein paar Jahre machen“ (A1, 37), „für ein gutes Behandlungsergebnis zweigleisig fahren müssen“ (A1, 38), „das so in die Akten reinschreiben“ (A1, 39) „darüber sprechen“ (A1, 40).

1.3.4 Störendes Patientenverhalten

Fehlende Befunde

Die Diagnosestellung und Behandlung würden erschwert, wenn Patienten unvorbereitet oder passiv ins Arztgespräch gingen, d.h. ohne Befunde mitzubringen oder über die eigene Medikation Bescheid zu wissen „keine Unterlagen dabei haben“ (A10, 61), „denken, dass der Hausarzt automatisch seine Befunde an die Ärzte weiterleiten würde“ (A10, 60), „nicht wissen, welche Tabletten und warum nehmen“ (A10, 65), „nicht vorankommen“ (A10, 67), „banale Informationen fehlen“ (A10, 67).

Anspruchshaltung

Diese Verantwortungsabgabe, insbesondere in Verbindung mit einer hohen Anspruchshaltung, wirke sich negativ auf die Arzt-Patient-Beziehung aus „Arzt-Patient-Kontakt als schwierig erleben“ (A10, 66), „das Problem dem Arzt zuschieben“ (A10, 69), „glauben selbst nichts dazutun zu müssen“ (A10, 70), „sagen: „Rufen Sie doch da an, wenn Sie es wissen wollen.““ (A10, 74). Diese Probleme würden nicht nur bei älteren Patienten auftreten (A10, 71-75).

Kontrollverhalten

Es werden Patienten beschrieben, die das diagnostische Gespräch erschwerten, in dem sie den diagnostischen Prozess zu kontrollieren versuchen „Zweit- oder Drittmeinung haben wollen“ (A14, 2), „Problem nicht benennen und nur Bilder vorlegen“ (A14, 3), „schwierig sein, weil nicht wissen, was das Problem ist“ (A14, 4), „Bild nicht (unbedingt) das Problem sagen“ (A14, 5), „sich durchmanövrieren und Problem/Therapie rausfinden müssen“ (A14, 6).

1.4 Körperliche Untersuchung, diagnostische Tests, Befundsichtung durch den Arzt

Neben dem Gespräch erfolge die körperliche Untersuchung und die Sichtung der vorliegenden Befunde und Bildgebung „Untersuchung, Bildgebung durchführen“ (A4, 52), „Patienten immer untersuchen“ (A11, 31), „Unterlagen detailliert zu studieren versuchen“ (A11, 28).

1.5 Diagnose

1.5.1 Diagnosestellung durch den Arzt

Die Diagnosestellung wird als eine meist vergleichsweise einfache und schnelle Aufgabe beschrieben „Ursachen und Lösungsmöglichkeiten herausfinden“ (A1, 2), „nicht die Schwierigkeit in der Therapieoption oder Diagnose haben“ (A5, 20), „[Anm.: Diagnose und Therapie] schnell klar sein“ (A11, 2) und „nach zwei Sekunden sehen um was es geht“ (A11, 29).

Unbefriedigende Interaktion bei unklaren Diagnosen

Eine schwierige Situation für Arzt und Patient würde in diagnostisch unklaren Situationen entstehen „keine richtige Ursache für die Beschwerden des Patienten finden können, keine richtige Diagnose stellen können“ (A4, 55), „unzufrieden sein“ (A4, 56), „irgendwie zu helfen versuchen ohne offensichtliche Möglichkeit der Ursachenbekämpfung“ (A4, 57), „schwierige Situation sein“ (A4, 58).

1.5.2 Vermittlung der Diagnose

Bei der Vermittlung der Diagnose „Ursache der Beschwerden erklären“ (A1, 1) werden diverse Problemstellungen sowie notwendige ärztliche Kompetenzen beschrieben.

Übermittlung schlechter Nachrichten

Die Schwere der Diagnose bestimme die Schwierigkeit bei der Übermittlung „gewaltigen Unterschied erleben bei der Vermittlung der Diagnose in Abhängigkeit von deren Inhalt (Anm.: z.B. neues Kniegelenk notwendig oder tödliches Tumorleiden)“ (A13, 9), „[bezieht sich auf Tumorerkrankungen] bei dem Überbringen schlechter Nachrichten extrem viel Konfliktpotential erleben“ (A13, 10).

Es wird auch große Unsicherheit im Umgang mit betroffenen Patienten beschrieben „Schwierigkeit im Umgang mit emotional belasteten/weinenden Patienten haben“ (A5, 70), „am liebsten fliehen wollen“ (A5, 71), „unsicher sein, wie verhalten sollen“ (A5, 72), „Hilfestellung wünschen“ (A5, 73).

Geringe Aufnahmefähigkeit nach der Vermittlung schlechter Nachrichten

Müssen bei der Vermittlung der Diagnose schlechte Nachrichten überbracht werden, könne das nachfolgende Gespräch nicht mehr aufgenommen werden „[bezieht sich auf Tumorerkrankungen] nach der Überbringung schlechter Nachrichten nicht aufnahmefähig (sein)“ (A13, 11), „[bezieht sich auf Tumorerkrankungen] teilweise keine Erinnerung mehr an den nachfolgenden Gesprächsverlauf haben“ (A13, 12), „[bezieht sich auf Tumorerkrankungen] als Schwierigkeit erleben, dem Patienten seine Erkrankung zu erklären und Vorschläge zum weiteren Vorgehen zu unterbreiten“ (A13, 13).

Ärztliche Kompetenzen bei der Diagnosevermittlung: patientengerechte Sprache und emotionale Unterstützung

Zwei wichtige ärztliche Kompetenzen bei der Diagnosevermittlung werden benannt: Die Vermittlung in patientengerechter Sprache „komplexe medizinische Sachverhalte einfach und ohne unnötigen Fachwortschatz schildern“ (A1, 10), „mit Erfahrung nicht schwierig und lernbar sein“ (A1, 11) und die emotionale Unterstützung zur Verarbeitung negativer Diagnosen „bei schlechten Nachrichten körperlichen Kontakt versuchen“ (A11, 23), „Hand auf ein Bein legen“ (A11, 24), „sagen: „Es wird schon alles.““ (A11, 25), „eine Beziehung aufzubauen versuchen“ (A11, 26), „Gedanken, Befürchtungen, Wünsche, individuelle Hauptproblematik ansprechen können“ (A1, 9).

1.5.3 Diskussion der Diagnose

Die Sicherheit der Diagnose werde von Patienten hinterfragt „gutes Recht sein, sich verschiedene Meinungen anzuhören“ (A14, 31), „den Arzt mit der Meinung der anderen konfrontieren“ (A14, 29).

In der Frage der Diagnosesicherheit scheint sich ein grundlegender Konflikt zu offenbaren. Es gebe Patienten, die „hundertmal das Gleiche fragen, jeden [Anm.: Arzt] etwas anderes fragen“ (A14, 27), „jeder [Anm.: Arzt] eine bisschen andere Antwort geben“. Ärztlicherseits wird dieses Verhalten so erlebt: „ätzend sein“ (A14, 26), „anstrengend aber nicht schlimm finden“ (A14, 30), „nervig sein, wenn

Patienten Wort im Mund verdrehen“ (A14, 32). Es wird interpretiert als „versuchen [Ärzte] gegeneinander auszuspielen“ (A14, 25), „zwischenmenschliche Sache sein“ (A14, 33).

2. Informationsaustausch - Therapieoptionen

Nach der Vermittlung der Diagnose beginnt ein für den Entscheidungsprozess sehr relevanter Prozessschritt - der Austausch von Informationen zur Wahl der Therapie. Die Ausgestaltung dieses Schrittes bestimmt die Qualität der Entscheidung und die Zufriedenheit des Patienten mit der getroffenen Entscheidung maßgeblich.

2.1 Therapieoptionen

Bei der Behandlung von Erkrankungen in der Orthopädie gebe es meist verschiedene Behandlungsalternativen (A1, 64, 65, 67; A5, 58, 64; A11, 47; A13, 87). Das Angebot an Therapieoptionen würde sich je nach Land, Verfügbarkeit von Techniken, üblichen Verfahrensweisen und kultureller Akzeptanz unterscheiden (A1, 66).

2.1.1 Konservative Therapie, Operation, OP-Verfahren

Therapieoptionen in der Orthopädie würden folgendermaßen eingeteilt „unterscheiden müssen zwischen grundsätzlich unterschiedlichen Behandlungen und zwischen Operationsverfahren mit unterschiedlichen Modifikationen (Prothesentyp, konkurrierende Operationsverfahren)“ (A7, 92).

Dieses Beispiel für verschiedene Operationsverfahren zeigt die Komplexität der operativen Möglichkeiten „Möglichkeit 1: bei Patienten mit gelockerten Implantaten: einfachere Methode eine Nummer größer zu nehmen und den Knochendefekt auszufüllen“ (A11, 64), „Folge von 1: nach der zweiten, dritten Operation keine Möglichkeiten mehr haben“ (A11, 65), „Möglichkeit 2: solche Defekte biologisch mit Knochen aus dem Knochenmark aufbauen - als technisch viel aufwendigere Alternative mit gleichem Risiko haben [Anm.: ohne Folge 1]“ (A11, 66).

2.1.2 psychologische Behandlungsoptionen

Bei psychisch (mit-)bedingten Beschwerden wird die Kooperation mit Fachpersonen empfohlen „Gleitwirbel und Idiotenschmerzkomponente haben“ (A1, 32), „schwarz tragen, dies und das passiert sein“ (A1, 34), „dringend [Anm.: psychologische] Fachperson (zu) empfehlen“ (A1, 35), „nicht [Anm.: für psychologische Themen] qualifiziert sein“ (A1, 36).

2.1.3 Alternative Nichts tun- warten

Eine Behandlungsalternative sei Nichts tun bzw. Abwarten „häufig medizinische Entscheidungen haben, wo jetzt operiert werden kann oder auch nicht/später und konservative Therapie gemacht werden kann“ (A10, 80), „Frage haben: Es überhaupt operiert haben wollen oder nicht“ (A11, 59).

2.2 Bedingungen für die Wahl der Therapie

Die Wahl der Therapieart und der Prozess der Entscheidung würden neben der Diagnose auch von Bedingungen in den verschiedenen Therapiealternativen und Bedingungen im Patienten mitbestimmt.

2.2.1 Therapie-Bedingungen

Die Wahl der Therapie werde auch von Eigenheiten der verschiedenen Therapiemöglichkeiten bestimmt. Verschiedene Therapiemöglichkeiten könnten bezüglich Durchführung, Outcome und Risiko sehr ähnlich oder sehr unterschiedlich sein. Für bestimmte gesundheitliche Situationen könnten viele oder wenige Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Therapiemöglichkeiten unterschieden sich nach Art, Schwere und Reversibilität der Risiken und Nebenwirkungen, sowie der Wahrscheinlichkeiten von Erfolg und Risiko.

Unterschiedlichkeit der Alternativen

Die zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten bei einer Erkrankung könnten bezüglich Durchführung, Outcome und Risiko ähnlich oder sehr unterschiedlich sein „häufig medizinische Entscheidungen haben, wo jetzt operiert werden kann oder auch nicht/später und konservative Therapie gemacht werden kann“ (A10, 80), „in 30% der Fälle Behandlungsalternativen sehen, die mehr oder minder gleichwertig sind“ (A7, 90), „wenn tatsächlich ambivalente [Anm.: Entscheidungssituation] beide Optionen gute Chancen haben (...)“ (A14, 37).

Anzahl an Alternativen

Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten könne sich sehr unterscheiden „viele therapeutische Optionen bei einer Grunderkrankung haben“ (A13, 87), „keine Entscheidungsmöglichkeiten bei vielen Sachen haben“ (A7, 97), „vorselektiert sein, außerhalb der Klinik schon vorbehandelt worden sein/ ausgeschöpft haben und gezielt zur Operation kommen“ (A7, 98), „in dieser Situation nur einen einzigen Weg zu helfen sehen“ (A14, 8).

Konsequenzen, Unsicherheiten von Erfolg/Risiken

Einschneidende Folgen von Operationen

Invasive orthopädische Therapien wie Operationen, würden Auswirkungen haben, die mitunter einschneidend sein können „durch Knie-TEP in der Bewegung eingeschränkt sein“ (A14, 112), „diese Operationen besonders für älteren Menschen Konsequenzen haben“ (A10, 82), „monatelang nicht einsatzfähig sein, sich Hilfe suchen müssen etc.“ (A10, 83).

Vorrübergehende, langfristige und irreversible Folgen

Diese Auswirkungen könnten vorrübergehend sein „ein großer Teil der Knie-TEP-Patienten ein Jahr lang Probleme haben, bis Körper sich gewöhnt hat“ (A14, 109) oder irreversible Auswirkungen haben „manchmal auch immer wieder Probleme mit der Knie-TEP haben“ (A14, 111), „Prothetik eine Entscheidung sein, die man nicht mehr loswird“ (A14, 116).

Vorhersehbare Folgen versus Risiken

Konsequenzen von Eingriffen könnten, wie oben beschrieben, im Vorhinein feststehen oder mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit als Risiko auftreten „Prothesen gewisses Infektionsrisiko haben (1-2%)“ (A14, 104), „selten auch Komplikationen haben“ (A10, 27).

Verschiedene Erfolgswahrscheinlichkeiten

Die Erfolgswahrscheinlichkeit würde sich bei verschiedenen Therapien unterscheiden „Hüft-TEP empfehlen leichter sein, weil nach OP meist relativ schnell gut sein“ (A14, 107), „Knie-TEP empfehlen viel schwieriger sein“ (A14, 108).

Restunsicherheiten

Auch Therapieempfehlungen, die leitliniengerecht empfohlen worden seien, könnten sich als falsch erweisen „alle Optionen auf dem Papier richtig sein“ (A13, 89), „Option sich im Nachhinein trotzdem als falsch entpuppen können“ (A13, 90).

2.2.2 Patienten-Bedingungen

Die Auswahl an Therapiemöglichkeiten und der Prozess der Entscheidung würden von verschiedenen Bedingungen im Patienten beeinflusst. Dazu zählten Patientenfaktoren (wie z.B. Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung, Aktivitätsniveau), aber auch die Sicherheit der Diagnose, die Dringlichkeit des Eingriffs bis hin zum Notfall sowie der Leidensdruck des Patienten.

Patientenfaktoren

Folgende Einflussfaktoren im Patienten seien relevant: „Patientenfaktoren haben wie Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung, Aktivitätsniveau und solche Sachen“ (A5,67).

Diese Faktoren könnten Entscheidungen erschweren „Patienten mit Nebenerkrankungen höheres Infektionsrisiko haben“ (A14, 105), „das als schwierig erleben“ (A14, 106), „reichlich schwierige Entscheidungssituationen haben“ (A14, 89), „älter, krank sein: hohes Risiko haben auf dem Tisch zu bleiben, Schlaganfall oder Herzinfarkt nach der OP zu bekommen“ (A14, 90), „Rückenproblem haben, das Beweglichkeit und Leben einschränkt“ (A14, 91), „nicht wissen, ob die Angewiesenheit auf einen Rollstuhl besser als das Risiko ein Komplikation ist“ (A14, 92).

Unklare Diagnosen begünstigen Therapieversuche, Zweitmeinung und Patientenpartizipation

Gesundheitliche Problemstellungen können uneindeutig sein und somit die Therapiewahl erschweren: „manchmal ganz klar sein, was man tun soll“ (A10, 7), „manchmal nicht so klar sein, was man tun soll“ (A10, 8), „bei komplexen Situationen nicht sagen können, welcher der bessere Weg ist“ (A1, 49), „nicht den Goldweg geben, den man für den Patienten gehen kann“ (A5, 64).

Zur Therapiewahl in unklaren Situationen werden verschiedene Vorgehensweisen beschrieben, wie das Trail-and-Error Prinzip „(...) Fälle haben, wo man etwas probieren, aber nichts garantieren kann“ (A7, 64), das Hinzuziehen von Zweitmeinungen „andere Ärzte zur Zweitmeinung empfehlen“ (A1, 50) und die Verlagerung der Verantwortung mehr hin zum Patienten „in unklaren Situationen mit dem Patienten gemeinsam Entscheidung zu treffen versuchen müssen“ (A10, 9).

Arztzentrierte Entscheidungen bei Dringlichkeit

Die Dringlichkeit eines Eingriffs durch Zeitdruck und/oder Lebensbedrohung scheint sich deutlich auf das Ausmaß an Mitbestimmung im Entscheidungsprozess auszuwirken „einen fundamentalen Unterschied haben zwischen elektiven Eingriffen und Notfällen“ (A1, 61), „gesundheitliche Situationen sich verschlechtern ohne Operation“ (A10, 86), „auch medizinische Indikationen haben, wo Patienten drängen müssen“ (A10, 85), „Situationen haben, wo sagen: Wenn jetzt nicht operieren, dann später schwierig“ (A11, 60), „Patienten in gewisse Richtung drängen müssen“ (A11, 61), „Zeitdruck als Belastung erleben, Entscheidung vorantreiben müssen“ (A13, 19), „in lebensbedrohlichen Situationen unter Umständen mehr Entscheidungsverantwortung übernehmen müssen“ (A1, 56), „der Arzt wird sehr aktiv in der Entscheidungsfindung: bei offenen Frakturen, luxierten oder gebrochenen Sprunggelenken“ (A8, 44).

Arztzentrierte Entscheidungen in Notfallsituationen

Es werden Situationen beschrieben, in denen eine Mitentscheidung des Patienten nicht mehr möglich sei „der Arzt entscheidet allein: bei Notfallindikationen, wenn sofort operiert wird“ (A8, 43), „nur in Notfallindikationen, wenn der Patient nicht zurechnungsfähig ist oder im Schockraum liegt, über den Patienten entscheiden dürfen“ (A8, 37), „okay für alle Patienten sein, dass im Notfall Ärzte entscheiden“ (A8, 38), „bei allen Nichtnotfallindikationen sein „ja“ geben müssen“ (A8, 39).

Entscheidungen über die Beendigung der Therapie mit Todesfolge

Neben der Frage der richtigen Therapie könne auch die Fragestellung der Beendigung jeglicher Therapie mit der Todesfolge für den Patienten entstehen „Fatale Entscheidungssituationen haben“ (A13, 96), „z.B. wann Reanimation beenden? Überhaupt reanimieren, wenn kein Wunsch vorliegt?“ (A13, 97), „Entscheidung unangenehm sein“ (A13, 98), „Patient nicht mehr entscheiden können“ (A13, 99).

Erhöhte Risikobereitschaft bei Patienten mit hohem Leidensdruck

Ein hoher Leidensdruck (körperlicher oder psychischer Art) könne die Bereitschaft erhöhen, gravierende Operationsrisiken inklusive Tod in Kauf zu nehmen oder gar zu erhoffen „älter, krank sein: hohes Risiko haben auf dem Tisch zu bleiben, Schlaganfall oder Herzinfarkt nach der OP zu bekommen (A14, 90)“, „nicht mehr leben wollen und mit dem Risiko zu versterben kein Problem haben“ (A14, 93).

Aus ärztlicher Sicht entstünden bei derart motivierten Patientenentscheidungen bestimmte Dilemmata „das [Risikobereitschaft und Todeswunsch] voll und ganz verstehen“ (A14, 94), „Problem sehen, weil Patienten nicht sterben“, (A14, 95), „nicht sterben, sondern Schlaganfall bekommen, gelähmt sein, Wundheilungsstörung bekommen etc.“ (A14, 96), „wochenlang auf der Intensivstation liegen, danach Pflegefall sein“ (A14, 97), „[Patient] das nicht wollen“ (A14, 98), „dieselbe Einstellung diesbezüglich wie der Patient haben“ (A14, 99), „[diese Verläufe] ein paarmal gesehen haben“ (A14, 100), „[bei diesen Verläufen dem Patienten] die Decke auf den Kopf fallen“ (A14, 101), „sich schwer tun, solchen Patienten eine OP zu empfehlen, die man einem jungen Patienten gut empfehlen kann“ (A14, 102), „als junger Patient 1-2% Risiko haben, dass etwas passiert, und 90% Chance haben, dass danach wieder gut laufen können und schmerzärmer sein“ (A14, 103).

Persönlichkeitsstruktur von Patienten

Die Persönlichkeitsstruktur von Patienten scheint insbesondere bei schwerwiegenden Entscheidungen eine große Rolle zu spielen „pessimistische Patienten, die glauben bei Operation zu sterben, behindert zu werden oder die den Tod billigend in Kauf nehmen, anders entscheiden als sehr optimistische Patienten, die eher verdrängen“ (A11, 102).

Für den Entscheidungsprozess erscheint es daher wichtig, die vorliegende Persönlichkeitsstruktur einzuschätzen und bewusst in die Gesprächsführung miteinzubeziehen „Einstellung und Persönlichkeitsstruktur (Optimismus, Pessimismus/Depression) des Patienten in Erfahrung bringen müssen“ (A11, 103).

In solchen Situationen könnten Ärzte die Bewältigungsfähigkeit von Patienten besser einschätzen als sie selbst „schwere der Erkrankung und Folgen der Operation besser einschätzen können als Patient“ (A11, 104). So sei ärztlicherseits die Erfahrung gemacht worden, dass Patienten beispielsweise vor Amputationen sich ein solches Leben nicht vorstellen könnten, im Verlauf jedoch damit gut zurechtkommen könnten „Einstellungsänderungen bei Betroffenen erleben: vor OP ohne Bein nicht

mehr leben wollen und danach recht gut zurechtkommen (Beispiel Beinamputation, Kinder mit Borggreve-Umkehrplastik)“ (A11, 105).

2.3 Vermittlung der therapeutischen Möglichkeiten

Bei der Vermittlung von Therapieoptionen werden Behandlungsalternativen mit ihren Chancen und Risiken sowie den damit verbundenen zu erwartenden Ergebnissen und Nachbehandlungserfordernissen beschrieben. Zudem wird die juristische Relevanz der Aufklärung diskutiert. Für diese Arbeit liegt jedoch der Schwerpunkt auf der Art der Vermittlung. Es zeigen sich verschiedenste Vermittlungsstrategien, Einflussnahme durch Vorauswahl von Therapieoptionen oder ausgesprochene Empfehlungen sowie die Bedeutung von Eigeninteressen. Auch der Umgang mit Erwartungen und Ängsten von Patienten wird thematisiert.

2.3.1 Themenbereiche

Hier geht es darum, welche Themenbereiche mit Patienten besprochen werden, um sie auf den Entscheidungsprozess vorzubereiten "Therapieberatung durchführen" (A4, 53).

Behandlungsalternativen

Im ersten Schritt würden eine oder mehrere Behandlungsalternativen dargelegt „Alternativen erwähnen“ (A4, 4), „versuchen, unterschiedliche Therapieoptionen aufzuzeigen“ (A5, 58), „sich mit dem Patienten zusammensetzen, Therapie vorschlagen können (...)“ (A13, 63).

Chancen und Risiken

Für die eine oder mehrere Behandlungsalternative würden die damit verbundenen Chancen und Risiken erklärt „wichtig (sein), dass der Patient versteht, welche Therapie notwendig ist und was er dafür Chancen und Risiken hat“ (A7, 47), „durch Arzt ungefähr über Risiken (...) und so was Bescheid wissen“ (A4, 10).

Komplikationen

Zu den Risiken würden mögliche Komplikationen „Komplikationen und den Umgang damit dem Patienten erklären (müssen)“ (A10, 28), beispielsweise, dass Patienten „manchmal auch immer wieder Probleme mit der Knie-TEP haben“ (A14, 111).

Realistische Darstellung des zu erwartenden Outcomes

Die Vermittlung der Chancen solle möglichst realistisch sein „realistische Erwartungshaltung vermitteln (können)“ (A1, 29), beispielsweise dass nach dem Eingriff mit dauerhaften Einschränkungen zu rechnen sei „durch Knie-TEP in der Bewegung eingeschränkt sein“ (A14, 112).

Realistische Darstellung der zur erwartenden Nachbehandlung und der Dauer der Regeneration

Auch über die Nachbehandlung und die Dauer der Regeneration solle ein realistisches Bild vermittelt werden „Dauer [bis Genesung]/Verlauf bei den einzelnen Behandlungsoptionen erklären“ (A14, 35). Hierfür werden verschiedene Beispiele genannt „[mit dem Patienten besprechen, dass] diese Operationen besonders für älteren Menschen Konsequenzen haben“ (A10, 82), „monatelang nicht einsatzfähig sein, sich Hilfe suchen müssen etc.“ (A10, 83), „das planen können“ (A10, 84), „erklären

(müssen), dass eine Knie-TEP nicht gleich danach gut ist“ (A14, 110), „deutlich länger für die Regeneration nach Schulter-OPs (brauchen)“ (A10, 23), „zu Hause versorgt werden müssen, nach OP sechs Wochen nicht einsatzfähig sein“ (A14, 51), „das wissen (müssen)“ (A14, 45), „das vorher erklären müsse(n)/könne(n)“ (A10, 24).

2.3.2 Aufklärung

Die Aufklärung zum operativen Eingriff werde meist zweimal - nach OP-Entscheidung und kurz vor dem Eingriff durchgeführt „[...] der ersten Aufklärung ca. 4 Wochen vorher bis zur zweiten Aufklärung direkt vor der OP“ (A10, 18).

Juristische Relevanz des „informed consent“

Der „informed consent [...]“ (A8, 5) vor einem Eingriff habe eine hohe juristische Relevanz für Arzt und Klinik „(forensische) Problem der Dokumentation haben: Wieviel muss man aufklären? Wie gut muss man aufklären? Ist alles gut dokumentiert?“ (A10, 47), „forensisch: jede Komplikation, die von Relevanz ist/eintreten kann, aufzählen und nachvollziehbar dokumentieren müssen“ (A10, 48).

Inhalte der Aufklärung

Folgende Inhalte würden bei der Aufklärung vermittelt „[...] Risiken, Komplikationen und mögliche Behandlungsalternativen durchsprechen“ (A4, 54). Für den „informed consent“ müsse der Patient die Art des Eingriffs und mögliche Risiken verstanden haben „sehr komplexe Operationen dem Patienten nahebringen (müssen)“ (A10, 2), „sehr wichtig sein, dass Patienten wissen, was auf sie zukommt“ (A14, 38), „Es wird gefordert, für Patienten alle seltenen Eventualitäten zu erzählen, die in weniger als in tausend Fällen passieren können“ (A8, 12).

Kritik an der bestehenden juristischen Aufklärung

An der bestehenden juristischen Aufklärung wird die Kritik geäußert, dass die psychische Verarbeitung und Einordnung der gegebenen Information schwierig sei „viel schrecklicher sein, das [Anm.: seltene Risiken] zu hören [Anm.: als weniger zu wissen (?)]“ (A8, 13), „im Hinterkopf haben, was alles bei der OP passieren kann“ (A8, 15), „vom Grundtypus des Patienten abhängen wie ausführlich sie aufgeklärt werden wollen“ (A10, 43). Insbesondere die mangelnde Angabe von Risikowahrscheinlichkeiten und Auftretenshäufigkeiten wird bemängelt „das nicht wissen müssen, weil – ohne die Wahrscheinlichkeit dessen zu wissen – es eher für einen schlecht ist“ (A8, 14).

2.3.3 Art der Vermittlung von Therapieoptionen

Vermittlungsstrategien von Ärzten

Bei der Vermittlung von Therapieoptionen zeigen sich verschiedene ärztliche Strategien.

1. Medizinische Fachsprache vereinfachen, Zeit ins Patientengespräch investieren, Meinungsbildung ermöglichen

Das Ziel hier ist, eine Voraussetzung für Patientenpartizipation zu schaffen, also zu „informieren, dass Patient annähernd auf Augenhöhe mitsprechen und Fragen stellen kann“ (A5, 1), „primär die Aufgabe haben, den Patienten zu informieren, dass er sich eine eigene Meinung bilden kann“ (A5, 61), „sich mit dem Patienten zusammensetzen, Therapie vorschlagen können, auf eine mögliche Zweitmeinung hinweisen und Behandlungsvorschlag unterbreiten“ (A13, 63). Es wird als ärztliche Aufgabe

angesehen, Fachsprache in Alltagssprache zu übersetzen „komplexe medizinische Sachverhalte einfach und ohne unnötigen Fachwortschatz (zu) schildern“ (A1, 10), „möglichst verständlich (zu) erklären“ (A1, 4). Dabei seien teils starke Vereinfachungen notwendig, aber auch machbar „bei komplexen Situationen stark vereinfachend erklären müssen“ (A1, 48), „die meisten Sachverhalte einfach erklären können“ (A1, 54). Zudem werde Zeit ins Patientengespräch investiert „extrem ausführlich mit Patienten sprechen“ (A1, 17). Die Umsetzbarkeit dieser Strategie wird wie folgt eingeschätzt „mit Erfahrung nicht schwierig und lernbar sein“ (A1, 11).

2. Technische Details erklären

Bei dieser Strategie wird weniger vereinfacht „versuchen technische Dinge zu erklären“ (A11, 15), „Partikelabrieb erklären, halben wissenschaftlichen Vortrag halten“ (A11, 52). Die Vermittlung erscheint weniger erfolgreich – Patienten „bei halbem wissenschaftlichem Vortrag des Arztes kein Wort verstehen“ (A11, 53). Das Vermittlungsproblem wird reflektiert „falsch machen, auf zu technische Bereiche runterbrechen“ (A11, 51).

3. Patienten scheinbar aufklären, Vertrauen erzeugen für einen guten Placeboeffekt

Hier wird die Information und Aufklärung als Versuch und als Pflicht angesehen, bei der nur das scheinbare Verständnis erreicht werde „es dem Patienten erklären müssen, dass er denkt, er habe es verstanden“ (A8, 2), „versuchen herüberzubringen, dass der Patient denkt, er versteht das, ohne dass er das wahrscheinlich tut“ (A8, 7). Das Ziel sei die Zustimmung zur Therapie und ein Vertrauen in den Arzt für einen guten Placeboeffekt „mit der Therapie einverstanden sein und denken informiert zu sein“ (A8, 4), „[trotz mangelndem Verständnis] überzeugt sein müssen, dass der Arzt das richtige tut, weil es guttut und der Verlauf dann besser wird“ (A8, 6).

4. Scheinbar aufklären um reibungslosen zeitlichen Ablauf zu gewährleisten

Es werden verschiedene Verständnisprobleme erkannt und mögliche Lösungen erwogen „bei der Patientenaufklärung bei intellektuellen- oder Sprachbarrieren die Initiative ergreifen könnten“ (A5, 40), „sich die Mühe machen könnten und einen Dolmetscher holen“ (A5, 41), „oder auf andere Art erklären versuchen“ (A5, 42). Diese Lösungen werden jedoch dem reibungslosen zeitlichen Ablauf untergeordnet „dann Zeitplan sich nach hinten verschieben“ (A5, 43), „Weg des geringsten Widerstands nehmen“ (A5, 44). Ein formuliertes Verständnis bei offensichtlichem Unverständnis wird in Kauf genommen „fünfmal "ja kapiert" sagen und nichts verstanden haben“ (A5, 45), „nicht ohne weiteres erkennen können, wer sowieso alles unterschreibt“ (A5, 9). Es wird eine Pflichtverletzung und ein damit einhergehendes Unwohlsein formuliert „doch nicht nachhaken wie er eigentlich müsste“ (A5, 46), „schlechtes Gefühl haben“ (A5, 47).

5. In möglichst kurzer Zeit vom „Richtigen“ überzeugen

Bei dieser Strategie scheint die medizinische Behandlungsentscheidung zumindest für den Arzt bereits festzustehen. Ziel sei es, den Entscheidungsprozess um die gemeinsame Abwägung abzukürzen und sich auf das Überzeugen des Patienten zu fokussieren „Patient vom Richtigen überzeugen“ (A11, 1), „[Anm.: Diagnose und Therapie] schnell klar sein“ (A11, 2), „versuchen zu überzeugen“ (A11, 3), „in möglichst kurzer Zeit“ (A11, 4), „sich Mechanismen wünschen, um Patienten glauben zu machen, selbst entschieden zu haben“ (A11, 42).

Zusammenfassung

Die Strategie „Medizinische Fachsprache vereinfachen, Zeit ins Patientengespräch investieren, Meinungsbildung ermöglichen“ konzentriert sich auf Patientenpartizipation. In den Vermittlungsstrategien "Technische Details erklären", "Patienten scheinbar aufklären, Vertrauen erzeugen für einen guten Placeboeffekt“, „Scheinbar aufklären um reibungslosen zeitlichen Ablauf zu

gewährleisten“ und „In möglichst kurzer Zeit vom „Richtigen“ überzeugen“ zeigen sich Unsicherheiten bei der Vermittlung von Therapieoptionen bzw. teils mangelnde Bereitschaft zur Vermittlung. Das Verständnis von Patienten bleibt unzureichend für eine qualitativ hochwertige Mitentscheidung, was auch als belastend empfunden wird „versucht haben einfach und anschaulich zu erklären“ (A10, 19), „merken, dass Patient nicht begreift“ (A14, 19), „merken, dass nicht richtig verstanden wird“ (A14, 23), „schwer finden, wenn nicht richtig mit Patient reden können“ (A14, 18), „Aufklärung als größte Herausforderung erleben“ (A8, 1), „schlechtes Gefühl haben“ (A5, 47).

Vorauswahl der Therapieoptionen

Es zeigt sich, dass unterschiedliche Vorstellungen darüber herrschen, welche und wie viele Behandlungsalternativen dem Patienten unterbreitet werden sollen.

Fast immer Behandlungsalternativen sehen und auch vermitteln

Hier wird die Ansicht formuliert, dass in der Orthopädie fast immer Behandlungsalternativen zur Verfügung stünden „immer Alternativen in der Orthopädie haben“ (A1, 67), „bei Erkrankungen immer Behandlungsalternativen haben“ (A1, 64), „fast immer Alternativen haben“ (A1, 65). Diese würden variieren „[...] in verschiedenen Ländern und je nach Verfügbarkeit von Techniken, Verfahrensweisen, kultureller Akzeptanz“ (A1, 66).

Der Patient werde hier über alle bestehenden Möglichkeiten aufgeklärt „fast nie an eine Alternative vergessen“ (A1, 68), „vom Assistenzarzt manchmal an eine Alternative erinnert werden“ (A1, 69), „die Alternativen dem Patienten erklären“ (A1, 70).

Wenig echte Entscheidungssituationen wahrnehmen

Entgegen der obigen Ansicht werden hier kaum Entscheidungsmöglichkeiten wahrgenommen „keine Entscheidungsmöglichkeiten bei vielen Sachen haben“ (A7, 97), „weniger Entscheidungsalternativen geben, als Patient glaubt“ (A11, 57). Viele Patienten würden auch bereits von extern direkt zur Operation in die Klinik überwiesen werden „vorselektiert sein, außerhalb der Klinik schon vorbehandelt worden sein/ ausgeschöpft haben und gezielt zur Operation kommen“ (A7, 98). Dem Patienten bleibe die Entscheidung für oder gegen den Eingriff übrig „Frage haben: Es überhaupt operiert haben wollen oder nicht“ (A11, 59). Zugleich scheinen weitere Behandlungsoptionen zumindest erwähnt zu werden „grundsätzliche Optionen immer anbieten müssen“ (A11, 58).

Wahl des Operationsverfahren in der ärztlichen Entscheidungskompetenz sehen

Die Wahl der operativen Methodik wird hier als ärztliche Fragestellung erachtet, die nicht mit dem Patienten diskutiert werde „die Wahl der verschiedenen Operationsverfahren treffen (in Abhängigkeit davon, was für das Beste halten oder am besten können)“ (A7, 94), „keinen Sinn darin sehen, das mit Patienten zu diskutieren“ (A7, 95). Dem Patienten die Entscheidungskompetenz in dieser Fragestellung nicht zugetraut „zwischen konkurrierenden Operationsverfahren nicht entscheiden können, das nicht erfassen können“ (A7, 93). Hier geht es auch um die Frage der ärztlichen Kompetenz in verschiedenen Operationstechniken „woanders hingehen müssen, wenn ein Operationsverfahren möchten, mit dem der Arzt keine Erfahrung hat“ (A7, 96).

Alternativen insbesondere in technischen Fragen sehen

Die Frage nach Behandlungsalternativen wird hauptsächlich als Frage nach Operationstechniken interpretiert „Alternativen mehr in technischen Umsetzungsfragen sehen“ (A11, 63). Als Beispiel wird eine Reoperation bei einer gelockerten Knieprothese angeführt „Möglichkeit 1: bei Patienten mit gelockerten Implantaten: einfachere Methode eine Nummer größer zu nehmen und den Knochendefekt auszufüllen“ (A11, 64), „Folge von 1: nach der zweiten, dritten Operation keine

Möglichkeiten mehr haben“ (A11, 65), „Möglichkeit 2: solche Defekte biologisch mit Knochen aus dem Knochenmark aufbauen - als technisch viel aufwendigere Alternative mit gleichem Risiko haben [Anm.: ohne Folge 1]“ (A11, 66).

Auch hier wird die Wahl des Operationsverfahrens vom Arzt selbst getroffen ohne den Patienten zu involvieren „diese Alternativenwahl als die eigene Philosophie ansehen“ (A11, 67), „dem Patienten nur diese Behandlungsoption erklären“ (A11, 69).

Als Erklärung werden Schwierigkeiten in der Vermittlung und die Vielzahl der technischen Möglichkeiten angeführt „das dem Patienten zu erklären als sehr schwierig erachten und daher kaum tun“ (A11, 68), „viele unterschiedliche Implantate haben“ (A11, 71) angeführt. Möglicherweise schwingt in dieser Aussage auch noch ein zeitliches Problem mit „es nicht schaffen dem Patienten alle Vor- und Nachteile [aller Behandlungsoptionen] zu erklären“ (A11, 72). Dieses Vorgehen wird durchaus als defizitär erachtet „eigentlich über die Optionen aufklären müssen“ (A11, 70).

Weniger Behandlungsoptionen bei geringem Verständnis anbieten

In Abhängigkeit vom wahrgenommenen Verständnis würden Patienten eine Vorauswahl der Behandlungsoptionen dargeboten (Vgl. 2.5.1 Verständnis) „bei manchen Patienten es als besser erleben, nicht zu viele Optionen zu geben“ (A10, 92).

Nur bei gleichwertigen Behandlungsalternativen Mitentscheidung ermöglichen

Bei diesem Vorgehen würden nur in Situationen mit aus ärztlicher Sicht gleichwertigen Behandlungsalternativen diese dem Patienten auch unterbreitet „in 30% der Fälle Behandlungsalternativen sehen, die mehr oder minder gleichwertig sind“ (A7, 90), „dem Patienten in diesen Situationen eine Auswahl geben müssen“ (A7, 91).

Bestimmte Behandlungsalternativen favorisieren und anbieten

Durch die eigene Berufserfahrung würden für eine Erkrankung bestimmte Behandlungsalternativen favorisiert und auch nur diese Auswahl vermittelt „immer medizinische Behandlungsalternativen geben“ (A11, 47), „jeder Arzt für sich mal entschieden haben, was an diesen Alternativen das Richtige ist“ (A11, 48), „wissen was man will, was für den Patienten gut ist“ (A11, 16), „Patienten eigentlich Entscheidung aufbürden müssen [Anm.: aber nicht tun]“ (A11, 18).

Manipulation durch Vorauswahl der Therapieoptionen

Eine spezifische Vorauswahl der dargebotenen Therapieoptionen könnten manipulativ eingesetzt werden, um die Entscheidung des Patienten zu beeinflussen „den Patienten mit der Aufzeigung bestimmter Therapieoptionen in eine bestimmte Richtung lenken“ (A5, 63).

Auf Station keine Zeit für Patienteninformation und Zustimmung von Patienten sehen

Es wird unterschieden zwischen der ambulanten Patienteninformation und Aufklärung, also vor einer Operation, und jener auf Station, wenn z.B. überraschende zusätzliche Eingriffe notwendig werden. Auf Station würden keine über Patienteninformation und kein Einholen der Zustimmung des Patienten stattfinden. Als Begründung dafür werde die mangelnde Zeit genannt „auf Station keine Zeit haben, deshalb sich (über Zustimmung/ Patienteninformation) die Frage nicht stellen“ (A5, 52), „auf Station das als weniger wichtig erachten“ (A5, 50). Zugleich wird der Wunsch nach mehr Zeit geäußert „auf Station gerne mehr Zeit haben“ (A5, 51).

Empfehlung des Arztes

Neben der Information über die verfügbaren Handlungsoptionen werde oft eine konkrete Empfehlung ausgesprochen „Therapieoptionen nennen und begründete Empfehlung aussprechen“ (A10, 90), „[...] aufzählen, welche Behandlungsmöglichkeiten es gebe, welche aus schulmedizinischer Sicht vorschlagen und was empfehlen“ (A13, 37), „aus professioneller Sicht sein Problem und die Behandlungsoptionen sowie Empfehlungen kennen sollen“ (A13, 62), „sich mit dem Patienten zusammensetzen, Therapie vorschlagen können, auf eine mögliche Zweitmeinung hinweisen und Behandlungsvorschlag unterbreiten“ (A13, 63).

Empfehlung auf Wunsch des Patienten

Teilweise werde diese Empfehlung auf Wunsch des Patienten erteilt „wenn Patient es wünscht: klare Empfehlung aussprechen und bei Einverständnis umsetzen“ (A13, 68). Patienten suchten Entscheidungshilfe durch eine persönliche Empfehlung des Arztes „Patienten fragen: „Was würden Sie mit Ihrer Mutter machen?““ (A1, 51), „erzählen, was mit eigener Mutter in diesem Fall machen würde“ (A1, 52).

Ärztliche Anliegen

Neben Patienteninteressen können auch ärztliche Anliegen Behandlungsempfehlungen prägen „einem [speziellen] Patienten etwas empfehlen wollen“ (A14, 7), „in dieser Situation nur einen einzigen Weg zu helfen sehen“ (A14, 8), „dann klare Empfehlung geben“ (A14, 36), „operationswürdiges operieren“ (A1, 16).

Manipulation

Der Übergang zur Manipulation scheint fließend „oft sagen können: „Wenn Sie Schmerzen haben wollen, dann müssen wir’s nicht operieren.““ (A11, 62).

Iteratives Vorgehen

Die Behandlungsempfehlung könne auch ein iteratives Vorgehen beinhalten „wenn Gefühl mit Operation nicht helfen zu können, abraten“ (A13, 49), „eher nicht operieren“ (A13, 53), „sonst nur weitere Wundgebiete, Körperverletzung, Komplikationsrisiken und verschlimmerten Schmerzen produzieren“ (A13, 50), „vorher alle Behandlungsoptionen ausnutzen“ (A13, 51), „später immer noch über Operation sprechen können“ (A13, 52), „vor einer Operation, die nicht aussichtsreich erscheint: z.B. bei Rückenleiden nicht nur 6 mal Physiotherapie, sondern lebenslang mit Rückenschule, Schmerztherapie, vielleicht mit Spritze Nervenäste betäuben [Infiltration]“ (A13, 54).

Empfehlungen unter Unsicherheit

Behandlungsempfehlungen würden erschwert je komplexer die Therapie- und Patientenbedingungen (vgl. 2.2.1 und 2.2.2), konkret je unsicherer oder langwieriger der Heilungserfolg und je einschneidender der Eingriff „Hüft-TEP empfehlen leichter sein, weil nach OP meist relativ schnell gut sein“ (A14, 107), „Knie-TEP empfehlen viel schwieriger sein“ (A14, 108), „ein großer Teil der Knie-TEP-Patienten ein Jahr lang Probleme haben, bis der Körper sich gewöhnt hat“ (A14, 109), „erklären müssen, dass eine Knie-TEP nicht gleich danach gut ist“ (A14, 110), „manchmal auch immer wieder Probleme mit der Knie-TEP haben“ (A14, 111), „durch Knie-TEP in der Bewegung eingeschränkt sein“ (A14, 112), „Prothetik eine Entscheidung sein, die man nicht mehr loswird“ (A14, 116).

Unzufriedenheit mit der Behandlungsempfehlung

Behandlungsempfehlungen würden von Patienten teilweise unbefriedigend erlebt „nicht begreifen, dass an einer Knie-TEP viele Probleme hängen können“ (A14, 113), „langsam angehen, erst

Schmerztherapie (Injektionen, Voltaren) machen“ (A14, 114), „beleidigt sein, dass Arzt nichts anderes rät“ (A14, 115).

Interessengeleitete Vermittlung von Therapieoptionen

Therapieempfehlungen scheinen nicht nur von gesundheitlichen Fragestellungen geleitet zu werden. Ökonomische Interessen von einzelnen Ärzten, Praxen oder Kliniken führten zu einer höheren Operationsrate bzw. begünstigten andere lukrative Behandlungen.

Ein Teil der genannten Beispiele bezieht sich nicht auf die eigene Klinik, sondern auf niedergelassene Orthopäden, denen das missbräuchliche Verhalten zugeschrieben wird. Nur an einer Stelle wird eine mögliche Quelle für diese Informationen angedeutet „Patienten vom niedergelassenen Arzt hören, dass das nur operiert werden kann“ (A14, 68). Wenn Patienten derart vorinformiert würden, hätte das auch Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Gespräch „die Meinung ihres niedergelassenen Land-Orthopäden vertreten“ (A14, 69), „das schwierig sein“ (A14, 70).

Ökonomische Interessen niedergelassener Orthopäden im operativen und konservativen Bereich

Einigen niedergelassenen Orthopäden wird vorgehalten, Patienten nach bestimmten ökonomisch motivierten Strategien zu beraten und behandeln, die sich aus dem aktuellen Abrechnungssystem der Krankenkassen ergäben. Operativ und konservativ tätige Orthopäden hätten je eigene Vorgehensweisen, ihre Praxis zu einem lukrativen Unternehmen werden zu lassen. Bei operativ tätigen niedergelassenen Orthopäden würden finanziell motiviert mehr Operationsempfehlung ausgesprochen „der Großteil der niedergelassenen Orthopäden operativ tätig sein“ (A7, 99), „niedergelassene, operativ tätige Orthopäden: eine gewisse Auslastung an Operationen haben müssen“ (A7, 102), „Einzelpraxen oder Kleinpraxen habend: auch über die Operationsentscheidung [die Auslastung] steuern“ (A7, 103).

Auch nicht operativ tätige niedergelassene Orthopäden würden Behandlungsentscheidungen durch eigene ökonomischen Interessen leiten lassen, hier jedoch durch Patientenbindungen und Herausögern von möglicherweise notwendigen Operationen „niedergelassene, nicht operativ tätige Orthopäden: konservative Therapie machen, auch wenn eine Operation teilweise längst fällig ist“ (A7, 100), „niedergelassene, nicht operativ tätige Orthopäden: Patienten an sich binden und damit verdienen“ (A7, 101).

Ökonomisch gesteuerte Behandlungsentscheidungen begünstigten Behandlungsempfehlungen aus dem Spektrum der eigenen fachlichen Kompetenz und vernachlässigten Weitervermittlungen an Fachkollegen „niedergelassene Ärzte: Nur die Operation oder nur die konservative Behandlung in Betracht ziehen“ (A14, 65), „niedergelassene Ärzte: Behandlungsentscheidung nach eigenem Können oder Vorlieben entscheiden“ (A14, 66). Diese Kritik am eigenen Berufsstand wird jedoch etwas relativiert „niedergelassene Ärzte: auch sehr objektive Ärzte geben“ (A14, 67).

Weniger Missbrauch in Großpraxisverbänden und Kliniken

Großpraxisverbände und Kliniken seien für interessengeleitete Behandlungsempfehlungen weniger anfällig, da die Operationsempfehlungen meist von unabhängigen Ärzten außerhalb ausgesprochen würden „in Großpraxisverbänden seiend: spezialisiert sein, Patienten schon selektiert für die Operation bekommen“ (A7, 104), „Kliniken und Großpraxen: auf Operationen spezialisiert sein, Patienten speziell zugewiesen bekommen, andere Bereiche nicht sehen und keine Therapiemöglichkeiten haben“ (A7, 105).

Ökonomische Interessenkonflikte in der befragten Klinik

Bei der hier befragten Klinik sei derartige Missbrauch besonders gering, da es sowohl viele Direktzuweisungen gäbe als auch eine große konservative Therapieabteilung existieren würde „hier in der Klinik – große Poliklinik mit Kassenzulassung: Möglichkeit der konservativen Therapie. 3% der gesehenen Patienten werden nur operiert“ (A7, 106), „d.h. Alternative nicht zu operieren oder andere Optionen anbieten können und müssen“ (A11, 80), „nicht glauben, dass in dieser Klinik konservative Behandlungsmethoden vernachlässigt werden“ (A11, 84). Zudem sei die Klinik gut ausgelastet „hier in der Klinik: nur partiell eine Rolle spielen, genug Operationen haben“ (A11, 78). Dennoch scheint auch hier die wirtschaftliche Abhängigkeit der Klinik im Bewusstsein zu sein „wenn nicht genug Operationen hätten: nicht wissen wie verhalten müssen“ (A11, 79).

Die ökonomische Ausrichtung mache anfällig für medizinisch fragwürdige Patientenanliegen „nicht um den Patienten buhlen dürfen“ (A8, 31), „dem Patienten nach dem Mund reden: in dieser Klinik nicht so ausgeprägt wie bei niedergelassenen Ärzten wahrnehmen“ (A8, 32). Diese Gefahr werde in der befragten Klinik zwar als weniger stark eingestuft, sei jedoch vorhanden. Auch in dieser Klinik würden bei den besonders lukrativen ausländischen Privatpatienten derartige ethischen Maßstäbe fallen gelassen „ausländische Privatpatienten finanziell absolut melken“ (A8, 33), „Gefahr denen nach dem Mund zu reden und nach der Pfeife zu tanzen“ (A8, 34), „das langfristig als nicht gut erachten“ (A8, 35).

Auswirkungen des Abrechnungssystems der Krankenkassen

Eine Mitschuld an dem beschriebenen Missbrauchsverhalten wird dem ökonomischen Anreizsystem der Krankenkassen bzw. der Politik zugeschrieben. Gut honoriert würden Operationen, besonders die günstigeren ambulanten „System von der Politik: je mehr operieren, desto mehr verdienen“ (A11, 73), „unglückliches System: Krankenhäuser zu teuer sein – ambulante Eingriffe wo möglich, weil billiger“ (A11, 74), „viele niedergelassenen Orthopäden mit ambulanten Eingriffen Geld verdienen können“ (A11, 75), „viele niedergelassenen Orthopäden: viel mehr ambulante Eingriffe durchführen“ (A11, 76), „[andere Ärzte?/Niedergelassene?] kucken wieviel Geld mit welcher Behandlungsmethode verdienen“ (A11, 82), „Konflikt zwischen Privatwirtschaft und ärztlicher Ethik haben, von der Politik mitverschuldet sein“ (A11, 83), „das Umfeld nicht in Ordnung sein“ (A11, 81).

Interessenskonflikte in der Facharztausbildung

Missbrauch würde auch durch Interessenskonflikte in der Facharztausbildung begünstigt. So könnten in der befragten Klinik insbesondere bei Assistenzärzten Interessenskonflikte auftreten, da die Operationsindikation zwar letztlich vom Oberarzt gestellt werden würden, jene jedoch auf die Entscheidung Einfluss nehmen könnten und zugleich ein Eigeninteresse hätten, im Rahmen ihrer Ausbildung möglichst viele Operationen durchzuführen. In fachspezifischen Teams würden die selben Ärzte die Diagnose stellen, die später auch operierten „Assistenten in Sprechstunden Konflikt erleben wg. der Teambildung [Anm.: Aufteilung in fachspezifische Teams]“ (A11, 85), „Assistenzarzt ein Viertel oder halbes Jahr im Endoprothesen-Team, Knie-Team oder Wirbelsäulen-Team sein“ (A11, 92), „alle Assistenten versuchen für sich möglichst viele Patienten zum Operieren rauszuziehen“ (A11, 88), „Konflikt für Assistent abgemildert: OP-Indikation vom Oberarzt gestellt werden“ (A11, 95), „Assistenzarzt an Stellschrauben pro OP drehen können“ (A11, 96).

Diese Struktur sei bewusst gewählt, weil sie dem Patientenbedürfnis nach Vertrauen und Vorhersagbarkeit entgegenkommt „für diese Teambildung entschieden haben“ (A11, 90), „Assistenten in Sprechstunde möglichst dieselben sein, die auch auf Station den Patienten sehen und operieren“ (A11, 86), „Patient soll Ärzte bereits kennen“ (A11, 87), „Patienten von Anfang bis Ende sehen“ (A11, 93), „wenn anders machen, Patienten beklagen, immer neuen Arzt zu sehen“ (A11, 89). Da sich dieses System für die Patientenbetreuung bewährt habe und zudem für die Ärzteausbildung geeignet erscheine, werde die Missbrauchsgefahr als nachrangig betrachtet „auch für die Ausbildung gut sein“

(A11, 91), „gutes System aber Konflikt bei der Indikation haben“ (A11, 94), „das als schwer änderbar erachten“ (A11, 97).

Kommunikation über Erwartungen

Zufriedenere Patienten durch Vermittlung realistischer Erwartungen an das Behandlungsergebnis

Patienten im Vorfeld eine realistische Erwartung an das Ergebnis zuzumuten, verbessere die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis und erleichtere weitere Gespräche für den Arzt „realistische Erwartungshaltung vermitteln können“ (A1, 29), „am wenigsten unzufriedene Patienten oder schlechte Ergebnisse mögen“ (A1, 28), „nicht sagen können: „Sie haben mir doch versprochen, dass...““(A1, 30), „realistische Ergebnisse verstehen“ (A1, 31).

Konflikte infolge realitätsferner Erwartungen

Bei realitätsfernen Erwartungen z.B. bezüglich der Heilungsgeschwindigkeit, zeigt sich Unzufriedenheit beim Patienten und potentiell konfliktträchtiger Gesprächsbedarf „postoperativ bei Schulter einen unterschiedlichen Verlauf bezüglich der Geschwindigkeit der Heilung haben“ (A10, 21), „Probleme mit der Erwartungshaltung haben – denken nach 3 Wochen wieder fit zu sein“ (A10, 22), „deutlich länger für die Regeneration nach Schulter-OPs brauchen“ (A10, 23), „das vorher erklären müssen/können“ (A10, 24), „unzufrieden sein, weil die Anspruchshaltung so groß war“ (A10, 33), „ein großer Teil der Knie-TEP-Patienten ein Jahr lang Probleme haben, bis der Körper sich gewöhnt hat“ (A14, 109), „erklären müssen, dass eine Knie-TEP nicht gleich danach gut ist“ (A14, 110).

Ein expliziter Umgang mit Patientenerwartungen scheint nicht immer zu erfolgen „bspw. bei Schulteroperationen ASK schnell gemacht haben“ (A14, 43), „sechs Wochen brauchen, bis er den Arm heben können“ (A14, 44), „das wissen müssen“ (A14, 45), „wenn Patienten das nicht vorher wissen: ungeduldigen Patienten haben“ (A14, 46), „zurecht ungeduldig sein: nicht richtig informiert worden sein“ (A14, 47).

Umgang mit Ängsten und Sorgen von Patienten

Erschwerte Kommunikation

Bei der Vermittlung von Therapieoptionen würden Ängste und Sorgen von Patienten die Kommunikation und Integration in den Entscheidungsprozess erschweren „viele aus Angst mit negativer Grundhaltung an den Arzt herantreten“ (A13, 4), „Erkrankung gar nicht wissen wollen, eigenes Schicksal in die Hand des Arztes legen wollen“ (A13, 5), „schwierig herauszufiltern, welche Patienten detailliert eingehen und welche führen müssen“ (A13, 6), „sehr wichtig sein, dass Patient weiß, was auf ihn zukommt“ (A14, 38), „nicht verstehen oder nicht verstehen wollen“ (A14, 9), „Angst haben“ (A14, 10), „Angst als unbegründet ansehen“ (A14, 11), „schwierig sein“ (A14, 12), „nicht überreden wollen“ (A14, 13), „selbst draufkommen müssen (A14, 14).

Unsicherheiten im Umgang mit emotionalen Patienten

Dabei werden Unsicherheiten im Umgang mit emotionalen Patienten beschrieben „jeder anders sein und anderes Verhalten oder andere Person als Gegenüber brauchen“ (A8, 24), „emotionale oder sachliche Ärzte hilfreich sein können – in Abhängigkeit vom dem Patienten“ (A8, 25), „manche Patienten emotionales Verhalten von Fachärzten als unprofessionell erachten“ (A8, 26), „authentisch sein sollen (nicht: mit dem Patienten weinen, auch wenn es einem gar nicht danach ist)“ (A8, 27), „für manche Patienten passen und andere nicht“ (A8, 28), „einen anderen Arzt suchen“ (A8, 29), „den Arzt als gefühlskalt wahrnehmen aber fachlich schätzen und akzeptieren“ (A8, 30).

2.4 Eigenständige Vorinformation von Patienten

Aus verschiedensten Gründen würden sich Patienten zunehmend vor ihrem Arztgespräch über Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informieren. Dabei wird insbesondere das Internet vermehrt genutzt. Während aus ärztlicher Sicht gute Vorinformation hilfreich aber selten sei, werden vielfältige, negative Folgen für das Vertrauen und die Zusammenarbeit beschrieben. Vorinformation wird oft als zusätzliche Belastung erlebt, der mit sehr unterschiedlichen Strategien begegnet wird.

2.4.1 Gründe für Vorinformation

Elektive Behandlungen

Elektive Behandlungen, die ausreichend Zeit für einen fundierten Entscheidungsprozess ermöglichen, werden als Grund für Vorinformation in Form von Zweitmeinungen herangezogen „in Elektivsituationen mehrere Ärzte konsultieren“ (A1, 57).

Empfehlung zur Zweitmeinung durch die Kostenträger

Die Empfehlung zur Zweitmeinung durch die Kostenträger scheint die eigenständige Vorinformation zu unterstützen „von den Krankenkassen aufgefordert werden, sich Zweitmeinungen einzuholen“ (A7, 15).

Veränderung der Patientenrolle

Die Veränderung der Patientenrolle begünstige Vorinformation „früher sicher mehr Patienten gewesen sein, die dem Arzt vertrauen, dass er das Richtige machen wird und nicht bis ins Detail aufgeklärt werden wollen“ (A7, 24).

Infragestellen der ärztlichen Behandlungskompetenz

Die Behandlungskompetenz wird hinterfragt „meinen, der Arzt führe nur eine Therapieoption durch, weil er nur diese könne“ (A7, 30).

Mangelndes Vertrauensverhältnis durch kurze Behandlungsdauer

Die kurze Behandlungsdauer in der Orthopädie erschwere den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses „zu IHREM Arzt Vertrauen haben (meist vermutlich Hausarzt)“ (A7, 42), „beim Hausarzt lange angebunden sein“ (A7, 43), „in die Orthopädie nur kurzfristig kommen“ (A7, 44).

Vertrauen in die eigene Vorinformation

Dabei wird unter Umständen mehr Vertrauen in die eigene Vorinformation gelegt als in die Empfehlung des behandelnden Arztes „sich vorab informiert haben“ (A7, 32), „zu wissen glauben, was die richtige Therapie sei“ (A7, 33).

Unterstellung interessengeleiteter Behandlungsentscheidungen

Wenn Patienten ökonomische Interessen bei der Behandlungsentscheidung vermuten, erschwere das den Aufbau eines tragfähigen Vertrauensverhältnisses „misstrauisch sein“ (A7, 3), „auch Patienten mit grundsätzlichen Misstrauen gegenüber dem Arzt geben“ (A7, 22), „meinen, dass der Arzt nur versucht

maximal Geld draus zu machen“ (A7, 28), „meinen, dass der Arzt eine Therapieoption nur durchführt, weil er von einer Firma bezahlt ist“ (A7, 29), „meinen, der Arzt würde die Therapiewahl nicht aus seriösen Gesichtspunkten entscheiden“ (A7, 31).

Juristische Absicherung

Der empfundenen Ohnmacht angesichts der Risiken einer Operation und möglicher Behandlungsfehler wird im Extremfall mit Drohen juristischer Schritte begegnet „schon vor Beginn der Operation mit dem Rechtsanwalt drohen, wenn etwas schiefgehen sollte“ (A7, 23).

Negative mediale Darstellung orthopädischer Ärzte

Schuld wird der medialen Darstellung dieser Berufsgruppe gegeben „in der Öffentlichkeit geschürtes Misstrauen gegenüber Ärzten oder Arztgruppen mitbekommen“ (A7, 40), „ein Fach haben, das dargestellt werde, als ob Therapiemaßnahmen ohne Evidenz oder nur wegen Geld ergriffen werden“ (A7, 45), „durch diese Darstellung Probleme haben“ (A7, 46).

2.4.2 Häufigkeit der Vorinformation

Es wird ein Zuwachs an bereits eigenständig vorinformierten Patienten beschrieben, wenngleich das Gesamtmaß als relativ gering eingeschätzt wird „häufiger solche Situationen erleben“ (A5, 33), „zunehmend häufiger mit Informationen aus dem Internet oder aus Foren kommen“ (A5, 34), „solche Patienten in der letzten Zeit häufiger vorkommen (vielleicht 5%)“ (A7, 11), „die wenigsten sich überhaupt vorinformiert haben, bevor sie zum Arzt gehen“ (A5, 35).

Dabei seien Privatpatienten häufiger vorinformiert als Kassenpatienten „Privatpatienten sich mehr selbst informieren“ (A7, 13).

2.4.3 Art der Vorinformation

Es werden verschiedene Quellen erwähnt, die Patienten laut der befragten Ärzte zur Vorinformation nutzen.

Internet und Fernsehen – Altersunterschiede in der Nutzung

Verbreitete Quellen scheinen die modernen Medien zu sein „im Internet [...] informieren“ (A5, 27), „zunehmend häufiger mit Informationen aus dem Internet oder Forum kommen“ (A5, 34), „sich mehr über das Internet informieren [...]“ (A7, 12), „sich [vorher] im Internet informieren“ (A11, 6), „sich schon im Internet über Diagnose informiert haben“ (A13, 70).

Dabei gäbe es Altersunterschiede in der Häufigkeit und Art der Internetnutzung „Ältere Patienten das Internet weniger nutzen“ (A10, 16), „jüngere Patienten: viel mehr Detailwissen über bestimmte Therapieverfahren (überwiegend aus dem Internet, TV) nutzen“ (A10, 17).

Zweitmeinung

Insbesondere bei elektiven Eingriffen holten sich Patienten eine Zweit- oder auch Drittmeinung ein „sich [vorher] weitere ärztliche Meinungen einholen“ (A11, 7), „Zweitmeinung [...] einholen“ (A7, 16), „gutes Recht sein, sich verschiedene Meinungen anzuhören“ (A14, 31), „in Elektivsituationen mehrere Ärzte konsultieren“ (A1, 57).

Bekanntenkreis

Der Austausch im sozialen Umfeld des Patienten scheint ebenso eine Quelle zur Vorinformation zu sein „[...] bei Bekannten informieren“ (A5, 27).

Selbsthilfegruppen

Patienten mit seltenen Erkrankungen ragten durch die Qualität ihrer Vorinformation aus Selbsthilfegruppen heraus „bei seltenen Erkrankungen Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen haben und teilweise sehr gut vorinformiert sein“ (A5, 39).

2.4.4 Qualität der Vorinformation (aus ärztlicher Sicht)

Die Qualität der Vorinformation scheint aus Ärztesicht an bestimmte Bedingungen geknüpft zu sein und wirke sich auf die Qualität des Informationsaustausches und der Entscheidungsfindung aus.

Bedingungen für gute Vorinformation – breites Informationsangebot, jüngere Patienten, seltene Erkrankungen

Gute Vorinformation von Patienten sei durch ein breites Informationsangebot häufiger geworden „auch besser informiert seien oder mehr Informationsmöglichkeiten haben“ (A7, 38), „auch gut informierte Patienten geben“ (A7, 19). Insbesondere bei jüngeren Patienten und seltenen Erkrankungen seien häufiger gut vorinformiert „jüngere Patienten über viel mehr Detailwissen über bestimmte Therapieverfahren verfügen (vermutlich überwiegend aus dem Internet, TV)“ (A10, 17), „bei seltenen Erkrankungen Erfahrungen aus Selbsthilfegruppen haben und teilweise sehr gut vorinformiert sein“ (A5, 39).

Dies würde sich auch auf die Qualität des Informationsaustausches zwischen Arzt und Patienten und den Entscheidungsprozess auswirken „gut informierte Patienten: auf relativ hohem Niveau besprechen können“ (A7, 20), „sehr gut informierte Patienten geben, die genau wissen was sie wollen und was nicht“ (A10, 5).

Gute Vorinformation von Patienten scheint nicht die Regel zu sein „nicht oft passieren, dass Patienten gut vorinformiert sind“ (A5, 38), „manchmal helfende Vorinformationen haben“ (A11, 9), „aus zufälligen Gründen das Richtige gelesen und gelernt haben“ (A11, 10).

Bedingungen für schlechte Vorinformation (aus Sicht der befragten Ärzte)

Das Bemühen von Patienten, sich selbst in die Behandlungsentscheidung einzubringen, und sich, vom betreuenden Arzt unabhängig, tragfähige Informationen zur Meinungsbildung anzueignen scheint an diversen Hürden zu scheitern.

Mangelhafte Qualität der Quellen

Besonders wird dabei die Qualität der verfügbaren Informationen, insbesondere im Internet, kritisiert „zweifelhafte Informationen haben“ (A14, 75), „sich mehr über das Internet informieren und da teilweise unseriöse Darstellungen finden“ (A7, 12), „Halbwissen aus dem Internet beziehen und sich eine Meinung bilden“ (A7, 14).

Zweitmeinung bei Ärzten mit mangelnder Fachkenntnis

Das Einholen von Zweitmeinungen könne auch Verwirrung stiften „Zweitmeinung von nicht wirklich kompetenten Stellen einholen“ (A7, 16), „erleben, dass Patienten mit Sportverletzungen noch mit

ihrem Hausarzt mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin Rücksprache halten möchten“ (A7, 17), „als Hausarzt mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin von der Materie keinerlei Ahnung haben“ (A7, 18), „bei verschiedenen Ärzten seien und von jedem eine andere Meinung bekommen“ (A7, 5).

Eingeschränkte Beurteilungsfähigkeit

Selbstinformation scheitere auch an der mangelnden Fähigkeit vieler Patienten, gute von schlechten Quellen zu unterscheiden und die gefundenen Informationen im Rahmen der eigenen gesundheitlichen Situation adäquat zu bewerten „auf Grund von Persönlichkeitsstruktur sich wahllos informieren“ (A14, 76), „vielleicht nicht wissen, welche Internetseiten professionell informieren/welche subjektiv“ (A13, 72), „Kontext nicht kennen“ (A5, 31), „dieselbe Therapie wie die Nachbarin wollen“ (A5, 37).

Patienten würden zu Selbstüberschätzung neigen „sich selbst belügen und vortäuschen etwas zu wissen“ (A5, 30), „abstruse Vorstellungen haben“ (A11, 11). So seien „von den Vorinformierten die wenigsten gut vorinformiert (sein)“ (A5, 36).

2.4.5 Folgen der Vorinformation

Aus ärztlicher Sicht einige positive Folgen für Arztgespräch und Entscheidungsprozess

„Gute“ Vorinformationen können Arztgespräch und Entscheidungsprozess unterstützen und sogar maßgeblich verändern, in dem sie das Verständnis verbessern „sehr glücklich sein, wenn Patienten schon ein bisschen Plan haben“ (A14, 78), „von einer neuen OP-Methode gehört haben und mit anderer Methode verglichen haben“ (A14, 79), „gute, gezielte Fragen haben“ (A14, 72), „durch Fragen/Ideen des Patienten sinnvolle Anregungen erhalten, auf die man sonst selbst nicht gekommen wäre“ (A14, 73).

Aus ärztlicher Sicht überwiegend negative Folgen für Arztgespräch und Entscheidungsprozess

Bei den befragten Ärzten überwiegen jedoch die Beschreibungen negativer Auswirkungen auf das Gespräch „Dr. Google vieles schwieriger machen für einige Patientengespräche“ (A13, 69), „Patienten mit zweifelhafter Information schwierig finden“ (A14, 74).

Divergierende Therapievorschläge verschiedener Ärzte

Dabei wurden problematische Folgen von Zweitmeinungen (oder Dritt-/Viert- etc.) mehrfach genannt. So erhielten Patienten teilweise divergierende ärztliche Einschätzungen und Therapievorschläge, besonders, wenn viele Meinungen eingeholt würden „bei verschiedenen Ärzten seien und von jedem eine andere Meinung bekommen“ (A7, 5), „neunmal die gleiche ärztliche Meinung bekommen und einmal eine andere und mit der 10. Meinung den Therapievorschlag in Frage stellen“ (A7, 6), „hundertmal das Gleiche fragen, jeden [Anm.: Arzt] etwas anderes fragen“ (A14, 27), „jeder [Anm.: Arzt] eine bisschen andere Antwort geben“ (A14, 28).

Vorgefertigte Behandlungsvorstellungen

Als Folge von Vorinformation hätten Patienten bereits vorgefertigte Meinungen „fertiges Therapiekonzept haben“ (A13, 78), „schon mit einer fertigen Meinung bezüglich der Therapie kommen“ (A5, 28), „mit vorgefertigten Dingen kommen“ (A11, 43), „konkrete Vorstellungen von der Behandlung haben“ (A7, 4), „Gesamtkonstrukt von seiner Erkrankung aus diesen Informationen haben“ (A13, 73), „Herausforderung erleben, wenn Patienten konkrete Vorstellungen von der Behandlung haben, die sich nicht mit den eigenen decken“ (A7, 2), „falsche Vorstellungen haben“ (A11, 8), „falsche Fakten zugrunde legen“ (A7, 35).

Misstrauen

Der Perspektive des betreuenden Arztes würde mit Misstrauen begegnet und es bestünde keine Offenheit mehr für andere Ansätze „misstrauisch sein“ (A7, 3) „Vorschlag vom Arzt nicht mehr akzeptieren“ (A13, 75), „erzählen können ohne gehört zu werden“ (A7, 34), „nicht einsehen“ (A7, 36), „andere Vorschläge des Arztes erstmal als schlecht erachten, weil sie zu Verwirrung führen“ (A13, 80).

Konflikt mit dem Behandlungskonzept des betreuenden Arztes

Die verschiedenen Behandlungsvorstellungen führten zu Konflikten „den Arzt mit der Meinung der anderen konfrontieren“ (A14, 29), „dem Arzt eine andere Therapie aufdrängen wollen“ (A7, 7), „nicht locker lassen und auf Arztmeinung nicht eingehen“ (A7, 8), „versuchen [Ärzte] gegeneinander auszuspielen“ (A14, 25).

Autonome Patientenentscheidungen

Teilweise trafen Patienten Entscheidungen ganz ohne den Arzt „[...] Entscheidung [über Therapie] gefällt haben“ (A7, 85), „[...] Alles läuft wie Patient es will“ (A7, 86).

Erzwingen problematischer Therapien

Im Extremfall gerate der Arzt in Konflikt mit seinem Berufsethos „an nächsten Arzt wenden und diesen mit seinem Gesamtkonstrukt konfrontieren“ (A13, 74), „dieses fertige Therapiekonzept umsetzen sollen“ (A13, 79), „sagen: „Ich möchte das, sonst gehe ich woanders hin.““ (A11, 44), „trotz mehrfacher Ablehnung von zwei drei Ärzten trotzdem erzwingen wollen“ (A7, 37), „in die Konfrontation gehen“ (A13, 76), als Arzt „Krisenpunkt haben, wenn nicht beugen“ (A13, 77), „wenn Arzt was anderes erzählt, als das was gelesen oder anderer Arzt erzählt hat, dann diesen Unseriösität oder mangelndes Fachwissen unterstellen“ (A13, 81).

Scheitern der Zusammenarbeit

Letztlich könne die aus Vorinformation entstandene vorgefertigte Meinung auch das Scheitern von Gespräch und gemeinsamem Entscheidungsprozess nach sich ziehen „nach den ersten zwei, drei Minuten merken, dass man nie zu einem Ergebnis kommen wird“ (A7, 10).

Schuldzuweisungen

Besonders schwierig sei es für den Behandler, wenn Patienten autonom entschieden haben, jedoch die Verantwortung für deren Konsequenzen nicht tragen möchten „(zu Variante: der Patient entscheidet alleine) wenn es nicht gut wird, am aggressivsten auftreten“ (A7, 87), „[...] dem Arzt die Schuld zuschieben wollen, um Forderungen zu stellen“ (A7, 88), „[...] Behaupten, nie darüber aufgeklärt worden zu sein usw.“ (A7, 89).

Zeitlicher Mehraufwand

Für das Arztgespräch würde daher Vorinformation letztlich einen deutlichen zeitlichen Mehraufwand bedeuten „sehr zeitaufwendig sein“ (A7, 9).

2.4.6 Umgang mit vorinformierten Patienten

Vorinformierte Patienten als Belastung für den behandelnden Arzt

Unter 2.4.5 Folgen des Vorinformierens wurde u.a. das erlebte Konfliktpotential deutlich. Wenn Patienten sich bereits vor dem Gespräch mit dem betreuenden Arzt eigenständig über ihre Erkrankung und die möglichen Behandlungen informiert haben, würden Ärzte den Entscheidungsprozess mitunter als anstrengender erleben „solche Gespräche schwierig finden“ (A5, 29), „anstrengend [für den Arzt] sein“ (A5, 32), „anstrengend aber nicht schlimm finden“ (A14, 30), „ätzend sein“ (A14, 26).

Die oben beschriebenen „negativen“ Folgen von Vorinformation, wie divergierende Behandlungsvorstellungen und eine geringe Beeinflussbarkeit würden das Gespräch erschweren, insbesondere, wenn, wie oben beschrieben, Misstrauen in den Arzt dazukomme „Herausforderung erleben, wenn Patienten konkrete Vorstellungen von der Behandlung haben, die sich nicht mit den eigenen decken“ (A7, 2), „Schwierigkeiten durch vorgefertigte Vorstellungen von Patienten aus Internet oder Zweitmeinung haben“ (A11, 5), „schwierig diese Patienten auf klare Linie zurückzuführen“ (A14, 77), „Herausforderung erleben mit misstrauischen Patienten“ (A7, 1), „nervig sein, wenn Patienten Wort im Mund verdrehen“ (A14, 32), „zwischenmenschliche Sache sein“ (A14, 33), „früher sicher mehr Patienten gewesen sein, die dem Arzt vertrauen, dass er das Richtige machen wird und nicht bis ins Detail aufgeklärt werden wollen“ (A7, 24).

Strategien zum Umgang mit vorinformierten Patienten

Die befragten Ärzte haben verschiedene Strategien entwickelt, mit dem beschriebenen Konfliktpotential umzugehen. Die Strategien unterscheiden sich darin, inwieweit der Arzt sich darauf konzentriert, den Patient für die eigene Perspektive zu gewinnen oder sich mit der Perspektive und dem Behandlungswunsch des Patienten auseinandersetzt bzw. diesem entgegenkommt.

Vom eigenen Therapiekonzept überzeugen

Bei dieser Strategie wird versucht, den Patient von seinen Behandlungsvorstellungen abzubringen und sich auf die Vorschläge des Arztes einzulassen „bessere Optionen als der Patient kennen“ (A11, 13), „Vorurteile nehmen“ (A11, 14), „in relativ kurzer Zeit überzeugen“ (A11, 12), „denen trotzdem versuchen, die relevanten Sachen zu erklären“ (A7, 25), „auf dieser Vertrauensbasis gut arbeiten können“ (A7, 26).

Entgegenkommen im Rahmen der persönlichen Vertretbarkeit

Bei dieser Strategie lässt sich der Arzt auf den Behandlungsvorschlag des Patienten ein, prüft inwieweit er diesen bei der vorliegenden Diagnose für medizinisch vertretbar hält und lehnt ggf. die Behandlung ab „sich fragen, ob es medizinisch vertretbar ist, das zu machen oder es abzulehnen“ (A11, 45), „medizinisch nicht vertretbares von anderen gemacht werden sollen“ (A11, 46).

Vorinformation als hilfreicher Beitrag

Hier wird Vorinformation wertgeschätzt „sein gutes Recht sein, sich im Internet über die Erkrankung und Behandlungsoptionen zu informieren“ (A13, 71), „gutes Recht sein, sich verschiedene Meinungen anzuhören“ (A14, 31), „es als positiv erleben, wenn Patienten mit einer Vorinformation kommen“ (A14, 86). Besonders wird sogenannte „gute“ Vorinformation geschätzt „gut informierte Patienten: angenehme Patienten sein“ (A7, 21), „es als sehr angenehm erleben, wenn Patienten gut informiert sind“ (A14, 71).

Vorinformation wird als Einstieg und Informationsbasis im Arztgespräch genutzt „gut finden, wenn Patienten von neuer OP-Methode gehört haben und diese mit anderen Methoden verglichen haben“ (A14, 80), „bisschen begriffen haben, was bei OP passiert“ (A14, 81), „sagen können, was man von

dieser OP-Methode hält“ (A14, 82), „viele neue Methoden nicht brauchbar sein“ (A14, 83), „das dem Patienten solide erklären können“ (A14, 84), „(Patient) dann meist von selbst verstehen, dass die Methode nicht brauchbar ist und dann das nicht wollen“ (A14, 85), „Patienten dann nicht überfluten müssen mit allen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (konservativen und vier verschiedenen operativen Methoden)“ (A14, 87), Patient „überfordert sein, wenn alle verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erklärt werden“ (A14, 88).

Auseinandersetzung mit der Vorinformation des Patienten

Um mit der teils als zweifelhaft beschriebenen Qualität mancher Internetquellen und der damit verbundenen problematisch erlebten Patienteninteraktion umzugehen, wird eine offene Auseinandersetzung mit der Vorinformation von Patienten im Gespräch vorgeschlagen (jedoch bislang so nicht umgesetzt) „sich der Internetproblematik stellen müssen“ (A13, 82), „auf die Recherchen der Patienten offen eingehen sollten und nachfragen“ (A13, 83), „dann darauf gezielter eingehen könnten“ (A13, 84), „eigene Meinung dazu abgeben könnten“ (A13, 85), „weniger Disput haben könnten“ (A13, 86).

Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit Quellen

Umsetzungen dieses Lösungsvorschlags finden sich bereits bei anderen befragten Ärzten. Die Vorinformation des Patienten wird gezielt zum Thema gemacht, mit dem Ziel, den Patienten bei der Unterscheidung unseriöser Quellen von gesicherten Gesundheitsinformationen zu unterstützen „Qualität von Informationen im Internet und auf Papier erklären“ (A1, 60).

2.5 Meinung zur Partizipationsfähigkeit von Patienten

Die Partizipationsfähigkeit von Patienten unterliegt nach Einschätzung der befragten Ärzte vielfältigen Einschränkungen. Abgesehen von einigen wenigen sehr verständigen Patienten, würde die bestehende Wissensasymmetrie, die Fachsprache der Ärzte, die mangelnde Intelligenz, kognitive Einschränkungen durch Alter oder Gesundheitszustand sowie Sprachbarrieren die Partizipationsfähigkeit deutlich einschränken. Auch bestehe teils beim Patienten nicht die Bereitschaft dazu.

2.5.1 Verständnis

Die Fähigkeit von Patienten, die vermittelten Informationen über die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Inhalte der sogenannten „Aufklärung“ in ihrer Komplexität zu begreifen, wird als sehr unterschiedlich beschrieben „nicht alle in eine Schublade passen“ (A5, 8).

Gutes Verständnis möglich

Es gebe Patienten, die sich selbst bereits informiert hätten, und über ein gutes Verständnis verfügen würden „sehr gut informierte Patienten geben, die genau wissen was sie wollen und was nicht“ (A10, 5), „auch besser informiert seien oder mehr Informationsmöglichkeiten haben“ (A7, 38), „Möglichkeit haben, sich selbst ein gewisses Bild zu machen“ (A7, 39).

Diverse Verständnisschwierigkeit häufig

Häufig träten jedoch größere Verständnisschwierigkeiten auf „überfordert sein, wenn alle verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erklärt werden“ (A14, 88), „das ganze Ausmaß der Operation, Risiken und Komplikationen nicht einsehen können“ (A8, 11), „es nicht begreifen“ (A14, 20), „nicht wirklich überblicken“ (A10, 3), „nicht komplett verstehen“ (A10, 93), „es in vielen Fällen

nicht verstehen können“ (A8, 3), „informed consent“ in den seltensten Fällen wirklich geben (ca. 20%)“ (A8, 5), „trotz Information durch den Arzt nicht auf Augenhöhe mitsprechen können“ (A5, 2).

Ursachen der Verständnisprobleme aus Ärztesicht

Wissensasymmetrie

Zwischen Arzt und Patient bestehe naturgemäß eine große Wissensasymmetrie „sich primär damit nicht auskennen“ (A13, 57), „medizinische Probleme genauso wenig wie ein Mediziner die Juristischen verstehen“ (A8, 9), „(Ärzte) Spezialisten in der Medizin seien“ (A8, 8).

Fachsprache, wenig patientengerechte Sprache

Das ärztliche Fachvokabular und dessen unzureichende Übersetzung in patientengerechte Sprache schaffe weitere Barrieren „anders als der Arzt kommunizieren“ (A5, 16), „mit einem anderen Vokabular reden“ (A5, 17), „bei halbem wissenschaftlichem Vortrag des Arztes kein Wort verstehen“ (A11, 53).

Intelligenz

Auch die Intelligenz von Patienten spiele dabei eine Rolle „trotz Einfühlungsvermögen des Arztes nicht begreifen“ (A5, 7), „einfach [strukturiert] sein“ (A5, 10), „glauben es eh nicht zu verstehen“ (A5, 13), „nicht alle dumm seien“ (A5, 15), „[...] intellektuelle Verständnisprobleme haben“ (A8, 10).

Alter, kognitive Einschränkungen

Besonders gravierend zeigten sich die Verständnisprobleme bei zusätzlichen altersbedingten, kognitiven Defiziten „älter sein, [...] Verständnisprobleme haben“ (A8, 10), „schwierige Situationen: OP-Aufklärung insbesondere bei älteren Patienten“ (A10, 15), „ältere Dame: künstliches Kniegelenk bekommen sollen“ (A10, 35), „über alle Vor- und Nachteile sowie Komplikationen sehr ausführlich aufgeklärt worden sein“ (A10, 36), „am Tag vor der OP nachfragen, welche Therapie nun gemacht werde“ (A10, 37), „die ganze Aufklärung zu komplex - nicht verstanden haben“ (A10, 38), „Aufklärung unterschrieben haben“ (A10, 39), „sich fragen, woran das liege“ (A10, 40), „Einzelfälle aber prägnantes Beispiel sein“ (A10, 41).

Nicht entscheidungsfähige Personen, Kinder

Spezielle Situationen würden bei der Aufklärung von Angehörigen bei nicht entscheidungsfähigen, Personen bzw. von Erziehungsberechtigten bei Kindern entstehen „Aufklärung schwierig erleben, wenn Patienten nicht aufklärungsfähig wegen dementiellen Syndrom, mit Angehörigen auseinandersetzen müssen“ (A10, 44), „bei ganz kleinen Kinder einfach“ (A10, 45), „Diskussionen bei Heranwachsenden (15, 16, 17 Jahre alt) und deren Eltern, meist einvernehmlich lösbar, meist keine gravierende Operationen“ (A10, 46).

Geringes Memorieren der Aufklärungsinhalte

Ein verbreitetes Phänomen scheint ein geringes Memorieren der Aufklärungsinhalte zu sein „relativ wenig hängen bleiben von der ersten Aufklärung ca. 4 Wochen vorher bis zur zweiten Aufklärung direkt vor der OP“ (A10, 18), „bei komplizierteren Operationen (z.B. Prothesen) wenig sicher ankommen und verarbeitet werden“ (A10, 20).

Sprachbarrieren

Eine zusätzliche Hürde stellen Sprachbarrieren dar „[...]sprachliche [...] Verständnisproblem haben“ (A8, 10), „auch bei sprachlichen Barrieren schwierig sein“ (A14, 21), „Ausländer sein, nicht verstehen, nicht dumm da stehen wollen, höflich sein wollen, Einwilligungserklärung unterschreiben“ (A5, 24),

„vortäuschen oder sich selbst vorgaukeln, die Sache (bereits) zu verstehen“ (A5, 26), „keinen Übersetzer haben“ (A14, 22), „jemand dabei sein, der dolmetscht, aber der auch nicht verstehen oder richtig übersetzen können“ (A14, 24).

Bereitschaft zur Partizipation

Es liege jedoch nicht nur am Verständnis, auch die Bereitschaft zur Partizipation fehle teilweise „dem Arzt vertrauen, egal was er erzählt“ (A5, 11), „nicht das Gefühl brauchen, mehr Informationen aufnehmen zu müssen“ (A5, 12), „glauben es eh nicht zu verstehen“ (A5, 13), „den Arzt für zuständig erachten“ (A5, 14), „alles für selbstverständlich hinnehmen“ (A5, 18), „das tagtäglich haben“ (A5, 19), „nichts davon verstehen und auch nicht nachfragen“ (A5, 20), „nicht verstehen und trotzdem unterschreiben“ (A5, 22), „sich selber belügen und vortäuschen etwas zu wissen“ (A5, 30), „Kontext nicht kennen“ (A5, 31), „die Details nicht so genau wissen wollen“ (A10, 42), „vom Grundtypus des Patienten abhängen, wie ausführlich sie aufgeklärt werden wollen“ (A10, 43).

2.5.2 Entscheidungsfähigkeit von Patienten aus Ärztesicht

Hier werden Aussagen zur Partizipationsfähigkeit von Patienten aus den verschiedenen vorhergehenden Kategorien zusammengefügt und durch zusätzliche Aussagen ergänzt. Patienten wird eine grundsätzliche (Mit-)Entscheidungsfähigkeit zugesprochen. Deren wahrgenommene **Entscheidungsqualität** aber auch die vom Arzt tatsächlich **zugestandene Entscheidungsmöglichkeit** wird jedoch **von folgenden Bedingungen abhängig** gemacht: Bedingungen im Arzt (Vermittlungsfähigkeit), Bedingungen im Patienten (Verständnis und Fähigkeit zwischen Alternativen zu wählen) und Bedingungen der gesundheitlichen Situation (Komplexität und Dringlichkeit).

Bedingungen im Arzt

Vermittlungsfähigkeit des Arztes

Eine gute Vermittlungsfähigkeit von Ärzten wird hier als Voraussetzung für eine grundlegende (Mit-)Entscheidungsfähigkeit von Patienten angesehen „selbst entscheiden können, abhängig davon wie gut Ärzte erklären können“ (A1, 45), „in Abhängigkeit von der Qualität der Erklärung des Arztes ein bisschen mitentscheiden können“ (A4, 9), „durch Arzt ungefähr über Risiken und Zeiträume und so was Bescheid wissen“ (A4, 10), „dann in der Regel schon zumindest mitentscheiden können“ (A4, 11).

Wie in der Kategorie „Vermittlungsstrategien von Ärzten“ bereits herausgearbeitet, fällt die Patientenzentrierung der befragten Ärzte sehr unterschiedlich aus. Bei Strategie „Medizinische Fachsprache vereinfachen, Zeit ins Patientengespräch investieren, Meinungsbildung ermöglichen“ liegt der Fokus auf der Befähigung zur Partizipation.

Die Vermittlungsstrategien „Technische Details erklären“, „Patienten scheinbar aufklären, Vertrauen erzeugen für einen guten Placeboeffekt“, „Scheinbar aufklären, um reibungslosen zeitlichen Ablauf zu gewährleisten“ und „in möglichst kurzer Zeit vom „Richtigen“ überzeugen“ weisen auf eine geringere Bereitschaft zur Vermittlung sowie Defizite in der Vermittlungsfähigkeit hin. Das Verständnis von Patienten bleibt teils unzureichend für eine fundierte Mitentscheidung, was auch als belastend empfunden wird.

Verständnis

Die Entscheidungsfähigkeit von Patienten u.a. von deren Verständnis abhängig gemacht „selbst entscheiden können, abhängig davon wie gut begreifen können“ (A1, 46). Wenn kein ausreichendes Verständnis wahrgenommen wird, wird die Entscheidungsmöglichkeit eingeschränkt und eine arztzentrierte Entscheidung angestrebt „das manchmal als schwierig empfinden, wenn der Patient die Tragweite der Entscheidung nicht überblickt“ (A10, 10), „dann den Patienten lenken MÜSSEN“ (A10, 11).

In der Kategorie „Meinung zu Verständnis von Patienten“ zeigte sich, dass es aus Sicht von Ärzten zwar verständige und gut informierte Patienten gebe, jedoch in vielen Fällen größere Verständnisschwierigkeiten auftreten würden „sehr gut informierte Patienten geben, die genau wissen, was sie wollen und was nicht“ (A10, 5).

Als Ursache für die auftretenden Verständnisprobleme zeigten sich folgende beim Arzt liegende Faktoren: Grundlegende Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient sowie das ärztliche Fachvokabular und dessen unzureichende Übersetzung in patientengerechte Sprache. Beim Patienten liegende Faktoren waren folgende: mangelnde Intelligenz, altersbedingte kognitive Defizite, Aufklärung von Angehörigen bei nicht entscheidungsfähigen Personen bzw. von Erziehungsberechtigten bei Kindern, geringes Memorieren der Aufklärungsinhalte, Sprachbarrieren sowie mangelndes Interesse und geringe Bereitschaft zur Partizipation.

Fähigkeit zwischen Alternativen zu wählen

Bei Entscheidungen werde noch eine weitere Kompetenz von Patienten relevant - die generelle Fähigkeit bei verschiedenen Optionen die für sich Passende auszuwählen. Dabei würden folgende Entscheidungsmuster beobachtet „unterschiedlich mit Wahl umgehen (sich schwer bei der Entscheidung tun, sich schnell und gut entscheiden, sich schnell und häufig schlecht entscheiden, sich langsam und schlecht entscheiden, sich langsam und gut entscheiden)“ (A1, 74), „gerade „einfache Leute“ sich sehr schnell für Alternativen entscheiden können, wenn Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren erklärt werden“ (A1, 71), „von der Entscheidungsfähigkeit „einfacher Leute“ überrascht sein“ (A1, 72), „manche schnell für sich die richtige Kombination von ‚risks and benefits‘ wissen“ (A1, 73)

Auswirkungen von „guter“ und „schlechter“ Vorinformation auf Entscheidungsfähigkeit von Patienten

Wie in der Kategorie „Folgen der Vorinformation“ beschrieben, werden Patienten nicht nur von den betreuenden Ärzten informiert, sondern kommen oft bereits vorinformiert zum Arztgespräch. Hierbei wird unterschieden zwischen (aus ärztlicher Sicht) gut vorinformierten Patienten, denen sowohl ein besserer Informationsaustausch „gut informierte Patienten: auf relativ hohem Niveau besprechen können“ (A7, 20), als auch eine bessere Entscheidungsfähigkeit zugeschrieben wird „sehr gut informierte Patienten geben, die genau wissen was sie wollen und was nicht“ (A10, 5).

Aus ärztlicher Sicht schlecht vorinformierten Patienten wird jedoch eine qualitativ schlechtere Entscheidungsfähigkeit attestiert „(zu Variante: der Patient entscheidet alleine) sich fragen, ob Patient wirklich gut informiert ist“ (A7, 79), „[...] sich fragen, ob Patient wirklich allein entscheiden können“ (A7, 80), „[...] aus Misstrauen alleine entscheiden, obwohl nicht beurteilen können“ (A7, 82).

Bedingungen der gesundheitlichen Situation und der verfügbaren Therapiemethoden

Wie in Kategorie „Therapiebedingungen“ beschrieben, werde der Entscheidungsprozess sowohl von der Art der Erkrankung, als auch von Eigenheiten der verschiedenen Therapiemöglichkeiten bestimmt. Verschiedene Therapiemöglichkeiten könnten bezüglich Durchführung, Outcome und Risiko sehr ähnlich oder sehr unterschiedlich sein. Für bestimmte gesundheitliche Situationen könnten viele oder wenige Therapiemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Therapiemöglichkeiten unterschieden sich nach Art, Schwere und Reversibilität der Risiken und Nebenwirkungen, sowie der Wahrscheinlichkeiten von Erfolg und Risiko.

Auch verschiedene Bedingungen im Patienten beeinflussten den Prozess, wie bereits ausführlich in Kategorie „Patientenbedingungen“ beschrieben. Dazu zählten Patientenfaktoren (wie z.B. Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung, Aktivitätsniveau), aber auch die Sicherheit der Diagnose, die Komplexität der medizinischen Entscheidung, die Dringlichkeit des Eingriffs bis hin zum Notfall sowie der Leidensdruck des Patienten.

Dabei könnten potentielle (Mit-)Entscheidungsfähigkeit und die zugestandene Entscheidungsmöglichkeit unter den verschiedenen Bedingungen durchaus auseinanderklaffen. So werde bei elektiven Eingriffen dem Patienten eine gewisse (Mit-)Entscheidungsfähigkeit attestiert, wobei die tatsächlich zugestandene Entscheidungsmöglichkeit ausbaufähig zu sein scheint „bei allen elektiven Eingriffen (einer Knieprothese oder Kniegelenksspiegelungen): sich (eigentlich) vielmehr zurückhalten müssen und den Patienten entscheiden lassen“ (A8, 45), „bei Wirbelsäulenversteifungen, die selten akut notwendig aber schmerzlindernd sein kann: irgendwie immer der Patient entscheiden“ (A8, 46).

Interaktion zwischen den Bedingungen

Schließlich scheint die Bereitschaft des Arztes, Patienten für eine tragfähige Entscheidung zu qualifizieren, teilweise auch den genannten drei Bedingungen unterworfen zu sein. Es werden beispielsweise geringe Verständigkeit beim Patienten in Kombination mit eigener mangelnder Fähigkeit bei einem solchen Patienten Wissen zu vermitteln, als Grund für eine arztzentrierte Entscheidung herangezogen „wenn Patienten für zu dumm für eigene, richtige Entscheidung halten, dann nicht fähig oder willens sein, zu erklären“ (A1, 53).

Auch wird auf die gesundheitliche Situation Bezug genommen „in lebensbedrohlichen Situationen unter Umständen mehr Entscheidungsverantwortung übernehmen müssen“ (A1, 56). Der Arzt trifft in diesen Fällen also die Entscheidung über die Entscheidungsfähigkeit des Patienten und enthält ihm ggf. die zur Entscheidung nötigen Informationen vor bzw. trifft selbst die Behandlungsentscheidung.

3 Entscheidung/Gesamtdarstellung des Entscheidungsprozesses

Die bisher beschriebenen Prozessschritte bereiten die Entscheidung vor. Die Aussagen der Ärzte zur Gestaltung der letztendlichen Entscheidung müssen vor dem Hintergrund ihrer Strategien im gesamten Verlauf betrachtet werden, um adäquat eingeordnet werden zu können. Daher werden zunächst die relevanten Entscheidungsparameter und die Ausprägungen und Kategorisierungen dargestellt. Dann erfolgt eine Einordnung des gesamten Entscheidungsprozesses pro Arzt. Der Entscheidungsprozess wird in fünf Kategorien eingeteilt: I Entscheidungshoheit, II vorgesehene Patientenpartizipation, III Information über Behandlungsalternativen, IV Befähigung zur Partizipation und V Umgang mit Partizipationswunsch.

Kategorisierung des Entscheidungsprozesses

I Entscheidungshoheit

Hier geht es um die Frage, wer letztlich die medizinische Behandlungsentscheidung trifft. Es zeigen sich drei Gruppen: arztzentrierte und partizipative Entscheidungsformen sowie Mischformen.

Arztzentrierte Entscheidungsformen

- Arztzentriert – ärztliche Kontrollinstanzen gefordert (A8)
- Arztzentriert (A11, A4)

Mischformen

- Arztzentriert – bedingt patientenzentriert bei Entscheidung unter Unsicherheit und gutem Patientenverständnis (A10)
- Arztzentriert – um informierte Zustimmung bemüht bei Entscheidung unter Unsicherheit und Patienteninteresse, bei Wunsch nach autonomer Patientenentscheidungen und fehlender Kooperationsbereitschaft auch Ausführung des Patientenwillens (A7)
- Arztzentrierte bis partizipative Entscheidung – Grund: zeitgemäß, geteilte Verantwortung (A5)

Partizipative Entscheidungsformen

- Partizipative Entscheidung – Berater, Grund: zeitgemäß, geteilte Verantwortung (A13)
- Partizipative Entscheidung – Berater mit klaren Empfehlungen, Patient trifft Entscheidung (A14)
- Partizipativ Entscheidung – Berater mit klaren Empfehlungen, Patient trifft Entscheidung, Grund: zeitgemäß, in Notfällen arztzentrierter (A1)

II vorgesehene Patientenpartizipation

In diesem Punkt geht es darum, in welchem Ausmaß von ärztlicher Seite vorgesehen ist, Patienten am Entscheidungsprozess partizipieren zu lassen. Diese lassen sich in drei Ausprägungen einteilen: Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung, bedingte Partizipation und umfangreiche Partizipation.

Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung

- Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung – bei Entscheidung unter Unsicherheit und Patienteninteresse (A7)

- Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung (A8)
- Informierte Zustimmung (A11)

Bedingte Partizipation

- Bedingte Partizipation – keine Partizipation bis Partizipation bei Entscheidung unter Unsicherheit und guter Verständigkeit (A10)
- Bedingte Partizipation – keine Partizipation, informierte Zustimmung oder Partizipation in Abhängigkeit von der Vermittlungsfähigkeit des Arztes (A4)
- Bedingte Partizipation – Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis, informierte Zustimmung oder Partizipation in Abhängigkeit von Partizipationswunsch (A5)

Umfangreiche Partizipation

- umfangreiche Partizipation (A13)
- umfangreiche Partizipation (A14)
- umfangreiche Partizipation unabhängig vom Bildungshintergrund (A1)

III Information über Behandlungsalternativen

Wie ausgiebig über Behandlungsalternativen mit ihren Chancen und Risiken aufgeklärt wird, kann auch hier grob in zwei Gruppen geteilt werden: die formale Information, welche sich teilweise an der juristischen Aufklärungspflicht orientiert und bis auf Ausnahmen nicht die Patientenbefähigung anzielt, und demgegenüber die umfangreiche Information.

Formale Information

- Wenig Information, außer bei selbstdefiniertem Entscheidungsspielraum (A7)
- Wenig Information, außer bei Entscheidung unter Unsicherheit und guter Verständigkeit (A10)
- Unklar (A8)
- Formale Information (A4)
- Formale Information, Schwerpunkt technische Umsetzungsfragen (A11)

Umfangreiche Information

- Umfangreiche Information, Manipulation (A5)
- Umfangreiche Information, gestaffeltes Vorgehen (A13)
- Umfangreiche Information, gestaffeltes Vorgehen (A1)
- Umfangreiche Information, gestaffeltes Vorgehen (A14)

IV Befähigung zur Partizipation

In welchem Ausmaß finden Bemühungen statt, den Patienten zur Partizipation zu befähigen? Hier zeigen sich zwei Gruppen: wenig bis bedingte Befähigung und umfangreiche Befähigung.

Wenig bis bedingte Befähigung

- halbherzige Bemühung zur Befähigung, kaum zugeschriebene Partizipationsfähigkeit (wenig echte informierte Zustimmung) (A8)

- Wenig aktive Befähigungsbemühungen – außer bei verständigen Patienten und unklaren Entscheidungen (A10)
- Ausmaß des ärztlichen Engagements nicht voll ersichtlich – Zeit geben bei emotionaler Belastung (A4)
- Befähigung zur informierten Zustimmung (A11, A7)

Umfangreiche Befähigung

- Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, eingeschränkt bei sprachlichen Hürden (A5)
- Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, Ermunterung zur Zweitmeinung und auf Wunsch Aussprechen von Empfehlungen (A13)
- Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, Einräumen von Zeit, Aussprechen von Empfehlungen, eingeschränkt bei sprachlichen Hürden/ schlecht ausgebildeten Dolmetschern (A14)
- Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, Ermunterung zur Zweitmeinung und auf Wunsch Aussprechen von Empfehlungen, meist gute Befähigung auch von Bildungsschwachen (A1)

V Umgang mit Partizipationswunsch

Der Umgang mit Partizipationswünschen bei Patienten erweist sich bei den einzelnen Ärzten als sehr facettenreich, sodass eine Gesamtkategorisierung wenig aussagekräftig erscheint. Grundsätzlich werden Partizipationswünsche von Patienten unter bestimmten Bedingungen positiv wahrgenommen bis auf eine Ausnahme (A8). Es zeigen sich verbreitete Problembereiche wie die Qualität der Vorinformation oder ein generelles Misstrauen gegenüber den Ärzten, was häufig als Konfliktpotential erlebt wird. Es werden Strategien im Umgang mit diesen Konflikten beschrieben. Klare Unterschiede finden sich darin, wie häufig ein Partizipationswunsch wahrgenommen wird.

Umgang Partizipationswünschen

- Ablehnung von Patientenpartizipation (A8)
- Wertschätzung „guter“ Vorinformation (A7, A10, A11, A13, A14, A1)
- Partizipation generell erwünscht (A5, A7, A10, A13, A14, A1)

Häufigkeit von Partizipationswünschen bei Patienten

- Seltener Partizipationswunsch (A4, A10)
- Häufiger Partizipationswunsch (A1, A13)

Konfliktpotential bei Partizipationswünschen

- Konflikte bei „zweifelhafter“ Vorinformation oder Misstrauen (A7, A8, A11, A13, A14, A1)

Strategien im Umgang mit „zweifelhafter“ Vorinformation

- Manipulation (A11)
- Hilfe im Umgang mit Quellen (A1, A13)

Gesamtdarstellung der einzelnen Umgangsformen mit Partizipationswünschen pro Arzt

- Partizipationswunsch als störender Eingriff in die ärztliche Fachkompetenz erlebt, Ablehnung der Therapie wird akzeptiert (A8)
- Partizipationswunsch selten mit steigender Tendenz, keine Aussagen zum Umgang damit (A4)
- Wertschätzung von Interesse an vorgegebener Behandlungsstrategie und „guter“ Vorinformation, Konfliktpotential bei „zweifelhafter“ Vorinformation, Misstrauen und autonomen Entscheidungen werden, fehlender Partizipationswunsch bei guten Chancen positiv, bei Entscheidungen unter Unsicherheit problematisch (A7)
- „gute“ Vorinformation positiv aber selten, vorgefertigte Meinungen häufig und problematisch, Strategie: Manipulation (A11)
- Wertschätzung von „guter“ Partizipationsfähigkeit, Partizipationswunsch selten (A10)
- Partizipation erwünscht, Problem bei fehlender Partizipation (A5)
- Wertschätzung von Partizipation, verbreiteter Partizipationswunsch, Konfliktpotential bei vorgefertigten Meinungen und „zweifelhaften“ Quellen, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen (A13)
- Wertschätzung von Partizipation, Konfliktpotential bei „zweifelhaften“ Quellen und Misstrauen (A14)
- Wertschätzung von Partizipation, verbreiteter Partizipationswunsch, Konfliktpotential bei „zweifelhaften“ Quellen, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen (A1)

Gesamtdarstellung des kompletten Entscheidungsprozesses pro Arzt

- Arztzentrierte Entscheidung mit gewisser Partizipationsmöglichkeit bei guter Vermittlungskompetenz des Arztes (A4)
- Arztzentrierte Entscheidung mit und ohne informierte Zustimmung in Abhängigkeit von Erfolgsaussicht und Patienteninteresse, Konflikt bei Misstrauen und autonomer Patientenentscheidung (A7)
- Arztzentrierte Entscheidung, Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung, störender Partizipationswunsch, bedingte Befähigungsbemühungen (A8)
- Arztzentriert bis bedingt partizipative Entscheidung, wenig Befähigung zur Partizipation, wenig wahrgenommener Partizipationswunsch (A10)
- Arztzentrierte Entscheidung, informierte Zustimmung, Strategie: Manipulation (A11)
- Arztzentrierte bis partizipative Entscheidung, bedingte Partizipation abhängig vom Patientenwunsch, umfangreiche Befähigung, eingeschränkt bei sprachlichen und intellektuellen Hürden, Strategie: Manipulation (A5)
- Partizipative Entscheidung, umfangreiche Befähigung zur Partizipation, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen (A13)
- Partizipative Entscheidung, umfangreiche Befähigung, eingeschränkt bei sprachlichen und intellektuellen Hürden, Konfliktpotential bei „zweifelhaften“ Quellen und Misstrauen (A14)
- Partizipative Entscheidung, umfangreiche Befähigung meist auch von Bildungsschwachen, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen (A1)

Zusammenfassende Kategorisierung des Entscheidungsprozesses pro Arzt

Anhand der oben beschriebenen Kategorien wird im Folgenden die Ausgestaltung der Entscheidungsprozesse im Arzt-Patient-Gespräch pro Arzt beschrieben.

A4 Arztzentrierte Entscheidung mit gewisser Partizipationsmöglichkeit bei guter Vermittlungskompetenz des Arztes

I Entscheidungshoheit: Arztzentriert

Die Therapiewahl liegt hier in ärztlicher Hand „Entscheidung klar der Arzt treffen“ (A4, 1), „DIE richtige Therapie feststellen können“ (A4, 3).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Bedingte Partizipation – keine Partizipation, informierte Zustimmung oder Partizipation in Abhängigkeit von der Vermittlungsfähigkeit des Arztes

Die vorgesehene Partizipation des Patienten an der Behandlungsentscheidung bewegt sich von keiner Partizipation „Entscheidung klar der Arzt treffen“ (A4, 1) über informierte Zustimmung im Rahmen der juristisch Pflicht „entscheiden müssen“ (A4, 5) bis zu bedingter Partizipation „in Abhängigkeit von der Qualität der Erklärung des Arztes ein bisschen mitentscheiden können“ (A4, 9), „dann in der Regel schon zumindest mitentscheiden können“ (A4, 11).

III Information über Behandlungsalternativen: formale Information

Der Aufklärungspflicht über Behandlungsalternativen wird formal nachgekommen „Alternativen erwähnen“ (A4, 4). Auch bei Patienten, die von externen Ärzten zur Operation in die Klinik geschickt werden „Patient mit festen Diagnosen z.B. zur Operationsvereinbarung kommen“ (A4, 17), werden neben der OP- Aufklärung weitere Behandlungsoptionen durchgesprochen „Aufklärung über Operation, Risiken, Komplikationen sprechen“ (A4, 18), „trotz bestehender Operationsvereinbarung Behandlungsalternativen nochmal durchsprechen“ (A4, 19).

IV Befähigung zur Partizipation: Ausmaß des ärztlichen Engagements nicht voll ersichtlich, Zeit geben bei emotionaler Belastung

In Abhängigkeit von der Vermittlungskompetenz des Arztes würde die tatsächliche Partizipationsmöglichkeit des Patienten steigen „in Abhängigkeit von der Qualität der Erklärung des Arztes ein bisschen mitentscheiden können“ (A4, 9), „durch Arzt ungefähr über Risiken und Zeiträume und so was Bescheid wissen“ (A4, 10), „dann in der Regel schon zumindest mitentscheiden können“ (A4, 11). Unklar bleibt, ob A4 sich selbst diese Vermittlungskompetenz zuschreibt oder nicht. Insgesamt kann hier das Ausmaß des ärztlichen Engagements zur Befähigung zur Partizipation nicht klar bestimmt werden.

Sind Patienten durch die Diagnose emotional so stark belastet, dass sie nicht (mit-) entscheidungsfähig sind, wird ein Folgetermin vereinbart, um Ihnen die Gelegenheit zur Verarbeitung und Reflexion der weiteren Behandlungsmöglichkeiten zu gewähren „bei emotionaler Reaktion auf Diagnose, versuchen Zeit zu investieren, nach Verständnisproblemen/Fragen fragen“ (A4, 30), „manchmal Folgetermin ausmachen, Zeit geben mit Familie und Hausarzt zu besprechen, Gedanken zu machen“ (A4, 31), „beim Folgetermin noch weitere Fragen klären können“ (A4, 32).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Partizipationswunsch selten mit steigender Tendenz, keine Aussagen zum Umgang damit

Der Partizipationswunsch wird insgesamt als eher gering wahrgenommen, scheint jedoch allgemein zuzunehmen „Entscheidung oft an den Arzt abgeben“ (A4, 7), „nicht mitentscheiden wollen“ (A4, 8), „in den letzten Jahrzehnten anspruchsvoller geworden sein oder mehr mitreden und mitentscheiden wollen“ (A4, 12).

A7 Arztzentrierte Entscheidung mit und ohne informierte Zustimmung in Abhängigkeit von Erfolgsaussicht und Patienteninteresse, Konflikt bei Misstrauen und autonomer Patientenentscheidung

I Entscheidungshoheit: Arztzentriert – um informierte Zustimmung bemüht bei Entscheidung unter Unsicherheit und Patienteninteresse, bei Wunsch nach autonomer Patientenentscheidungen und fehlender Kooperationsbereitschaft auch Ausführung des Patientenwillens

Hier werden in Abhängigkeit von Erfolgsaussicht und Partizipationswunsch unterschiedliche Entscheidungswege besprochen „drei Möglichkeiten der Entscheidungsfindung sehen: der Patient trifft die Entscheidung, der Arzt trifft die Entscheidung oder beide treffen es zusammen“ (A7, 62). Das individuelle Verständnis dieser drei Möglichkeiten ist hier interessant.

Bei guter Erfolgsaussicht und entsprechend paternalistischem Patienten werden arztzentrierte Entscheidungen ohne Patientenpartizipation bevorzugt „(zu Variante: Der Arzt entscheidet) Angenehme Möglichkeit für den Arzt sein, wenn der Arzt die Entscheidung trifft, weil der Patient dem Arzt Vertrauen entgegenbringt (nur wenn er davon überzeugt ist, dass was Gutes rauskommt)“ (A7, 63).

Bei unsicherer Erfolgsaussicht wird die Entscheidungsverantwortung ungern alleine getragen, auch wenn der Patient die Verantwortung an den Arzt abgeben möchte „(...) dem Patienten versuchen, es zu erklären“ (A7, 66), „(...) nicht wissen wollen und dem Arzt überlassen wollen“ (A7, 67), „(...) mit ganz unangenehmem Gefühl rangehen“ (A7, 68), da Patienten ein schlechtes Ergebnis dann auch nicht mittragen „(...) große Verärgerung haben, wenn 50% (negative) Wahrscheinlichkeit eintritt, auch wenn er die Entscheidung dem Arzt abgegeben hat“ (A7, 69).

Bei unsicherer Erfolgsaussicht und interessierten Patienten wird arztzentrierte Entscheidung mit Patientenpartizipation in Form von informierter Zustimmung präferiert, dabei wird von „gemeinsamer“ Entscheidung gesprochen „(...) Patienten haben, bei denen man gemeinsam die Entscheidung trifft“ (A7, 70), „(zu Variante: gemeinsame Entscheidung) sagen: „Ich vertraue dem Arzt, aber ich möchte das erklärt bekommen, möchte wissen, was auf mich zukommt und das passt dann.““ (A7, 72). Besonders bei unklarer Erfolgsaussicht wird mehr Partizipation i.S. einer informierten Zustimmung ausdrücklich erwünscht, da der Patient auch einen schlechten Ausgang mittragen muss „(...) Fälle haben, wo man etwas probieren, aber nichts garantieren kann“ (A7, 64), „(...) wirklich wollen, dass der Patient die Entscheidung mitträgt, wenn etwas auch schlecht werden kann“ (A7, 65). „(...) nicht das Gefühl haben, die Verantwortung allein tragen zu müssen“ (A7, 74), „(...) das als angenehm erleben“ (A7, 73), „(...) nicht das Gefühl haben, den Patienten, der das nicht kapiert hat, über den Tisch gezogen zu haben“ (A7, 76).

Autonome Patientenentscheidung ohne ärztliche Absprache wird scheinbar wie ein medizinischer Dienstleister umgesetzt, bei schlechtem Ausgang jedoch als problematisch erlebt. Hier werden Patienten beschrieben, die ihre Entscheidung ganz ohne den Arzt treffen „(...) Entscheidung [über Therapie] allein gefällt haben“ (A7, 85), „(...) alles läuft wie Patient es will“ (A7, 86). Alleinige Entscheidungen werden als problematisch erlebt, da kein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufgebaut sei „(...) als schwierig erleben, weil kein Vertrauensverhältnis mit dem Patienten haben“ (A7, 83), „(...) nie versucht Vertrauensverhältnis aufzubauen“ (A7, 84).

Dies könne dazu führen, dass bei schlechtem Ausgang der Therapie diese versuchen, die Verantwortung für das Behandlungsergebnis dem Arzt anzulasten „(...) wenn es nicht gut wird, am aggressivsten auftreten“ (A7, 87), „(...) dem Arzt die Schuld zuschieben wollen, um Forderungen zu stellen“ (A7, 88), „(...) behaupten, nie darüber aufgeklärt worden zu sein usw.“ (A7, 89).

Echte gemeinsame Entscheidungsformen bleiben unerwähnt.

II vorgesehene Patientenpartizipation: Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung – bei Entscheidung unter Unsicherheit und Patienteninteresse

Je nach Partizipationswunsch und Erfolgsaussicht wird keine Partizipation bis informierte Zustimmung als Form der gemeinsamen Entscheidungsfindung vorgesehen „(zu Variante: Der Arzt entscheidet) Angenehme Möglichkeit für den Arzt sein, wenn der Arzt die Entscheidung trifft, weil der Patient dem Arzt Vertrauen entgegenbringt (nur wenn er davon überzeugt ist, dass was Gutes rauskommt)“ (A7, 63), „(zu Variante: gemeinsame Entscheidung) sagen: „Ich vertraue dem Arzt, aber ich möchte das erklärt bekommen, möchte wissen was auf mich zukommt und das passt dann.““ (A7, 72), „(...) wirklich wollen, dass der Patient die Entscheidung mitträgt, wenn etwas auch schlecht werden kann“ (A7, 65).

III Information über Behandlungsalternativen: Wenig Information, außer bei selbstdefiniertem Entscheidungsspielraum

In vielen Fällen wird kein Entscheidungsspielraum wahrgenommen „keine Entscheidungsmöglichkeiten bei vielen Sachen haben“ (A7, 97), „vorselektiert sein, außerhalb der Klinik schon vorbehandelt worden sein/ ausgeschöpft haben und gezielt zur Operation kommen“ (A7, 98).

Hier wird kaum bis grundlegende Information über die vom Arzt gewählte Behandlung gewährt „(zu Variante: Der Arzt entscheidet) Angenehme Möglichkeit für den Arzt sein, wenn der Arzt die Entscheidung trifft, weil der Patient dem Arzt Vertrauen entgegenbringt [...]“ (A7, 63), „(zu Variante: gemeinsame Entscheidung) sagen: „Ich vertraue dem Arzt, aber ich möchte das erklärt bekommen, möchte wissen, was auf mich zukommt und das passt dann.““ (A7, 72), „wichtig sein, dass der Patient versteht, welche Therapie notwendig ist und was er da für Chancen und Risiken hat“ (A7, 47).

Entscheidungsspielraum für den Patienten wird in einem Drittel der Fälle gesehen „in 30% der Fälle Behandlungsalternativen sehen, die mehr oder minder gleichwertig sind“ (A7, 90), „dem Patienten in diesen Situationen eine Auswahl geben müssen“ (A7, 91).

Dabei werden folgende Entscheidungsbereiche unterschieden: „unterscheiden müssen zwischen grundsätzlich unterschiedlichen Behandlungen und zwischen Operationsverfahren mit unterschiedlichen Modifikationen (Prothesentyp, konkurrierende Operationsverfahren)“ (A7, 92), „zwischen konkurrierenden Operationsverfahren nicht entscheiden können, das nicht erfassen können“ (A7, 93), „die Wahl der verschiedenen Operationsverfahren treffen (in Abhängigkeit davon, was für das Beste halten oder am besten können)“ (A7, 94).

IV Befähigung zur Partizipation: Befähigung zur informierten Zustimmung

Auch wenn zu diesem Thema keine expliziten Aussagen getroffen wurden, lässt sich der Wunsch zur Befähigung zur informierten Zustimmung herauslesen „(zu Variante: gemeinsame Entscheidung) sagen: „Ich vertraue dem Arzt, aber ich möchte das erklärt bekommen, möchte wissen was auf mich zukommt und das passt dann.““ (A7, 72), „(...) wirklich wollen, dass der Patient die Entscheidung mitträgt, wenn etwas auch schlecht werden kann“ (A7, 65).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Wertschätzung von Interesse an vorgegebener Behandlungsstrategie und „guter“ Vorinformation, Konfliktpotential bei „zweifelhafter“ Vorinformation, Misstrauen und autonomen Entscheidungen werden, fehlender Partizipationswunsch bei guten Chancen positiv, bei Entscheidungen unter Unsicherheit problematisch

Ein Partizipationswunsch im Sinne von Interesse an der vorgelegten Behandlungsstrategie wird begrüßt „(...) Patienten haben bei denen man gemeinsam die Entscheidung trifft“ (A7, 70), „(zu Variante: gemeinsame Entscheidung) sagen: „Ich vertraue dem Arzt, aber ich möchte das erklärt bekommen, möchte wissen was auf mich zukommt und das passt dann.““ (A7, 72).

„Gute“ Vorinformation wird als positiv unterstützend erlebt und ermögliche eine gewisse Partizipation „gut informierte Patienten: auf relativ hohem Niveau besprechen können“ (A7, 20), „gut informierte Patienten: angenehme Patienten sein“ (A7, 21), „auch besser informiert seien oder mehr Informationsmöglichkeiten haben“ (A7, 38), „Möglichkeit haben, sich selbst ein gewisses Bild zu machen (A7, 39).

Ein völlig fehlender Partizipationswunsch wie hier „(...) dem Patienten versuchen es zu erklären“ (A7, 66), „(...) nicht wissen wollen und dem Arzt überlassen wollen“ (A7, 67), wird bei zu erwartendem gutem Ausgang begrüßt „(zu Variante: Der Arzt entscheidet) Angenehme Möglichkeit für den Arzt sein, wenn der Arzt die Entscheidung trifft, weil der Patient dem Arzt Vertrauen entgegenbringt (nur wenn er davon überzeugt ist, dass was Gutes rauskommt)“ (A7, 63).

Bei zu erwartendem unsicherem Ausgang wird ein mangelnder Partizipationswunsch gefürchtet „(...) große Verärgerung haben, wenn 50% (negative) Wahrscheinlichkeit eintritt, auch wenn er die Entscheidung dem Arzt abgegeben hat“ (A7, 69).

Misstrauen von Patienten gegenüber dem Arzt wird als Antriebsfaktor für Partizipation im Sinne selbständiger Vorinformation und autonomem Entscheidungsprozess genannt „auch Patienten mit grundsätzlichen Misstrauen gegenüber dem Arzt geben“ (A7, 22), „meinen, dass der Arzt nur versucht maximal Geld draus zu machen“ (A7, 28), „falsche Fakten zugrunde legen“ (A7, 35), „ sich mehr über das Internet informieren und da teilweise unseriöse Darstellungen finden“ (A7, 12), „Zweitmeinung von nicht wirklich kompetenten Stellen einholen“ (A7, 16).

Eine eigene Entscheidung ohne Einbezug des Arztes werde versucht zu erzwingen „trotz mehrfacher Ablehnung von zwei drei Ärzten trotzdem erzwingen wollen“ (A7, 37), „dem Arzt eine andere Therapie aufdrängen wollen“ (A7, 7), „nicht lockerlassen und auf Arztmeinung nicht eingehen“ (A7, 8).

Bei schlechtem Ausgang werden autonome Patientenentscheidungen auch als höchst problematisch erlebt „(...) wenn es nicht gut wird, am aggressivsten auftreten“ (A7, 87), „(...) dem Arzt die Schuld zuschieben wollen, um Forderungen zu stellen“ (A7, 88), „(...) behaupten, nie darüber aufgeklärt worden zu sein usw.“ (A7, 89).

A8 arztzentrierte Entscheidung, Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung, störender Partizipationswunsch, bedingte Befähigungsbemühungen

I Entscheidungshoheit: Arztzentriert, ärztliche Kontrollinstanzen gefordert

Der Großteil der Entscheidung bei der Therapiewahl wird in der Hand des Arztes gesehen. Als Grund dafür wird die eigene fachliche Verantwortlichkeit für die Entscheidung aufgeführt „muss Sinnhaftigkeit der Entscheidung verantworten und trifft somit die zum großen Teil die Entscheidung“ (A8, 41), „Spezialisten in der Medizin seien“ (A8, 8).

Eine Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit durch Kontrollinstanzen wird jedoch als sinnvoll erachtet „Qualitätsmanagement, Kontrolle der Fachleute notwendig über ein gemeinsames Register z.B. über die Zahl der Hüftinfekte (nicht vom einzelnen Patienten), das veröffentlicht wird“ (A8, 54), „das als sinnvoll und ressourcensparend erachten“ (A8, 52).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung

Die vorgesehene Partizipation wird hier zwar „gemeinsame Entscheidung“ genannt „es heißt, es muss eine gemeinsame Entscheidung getroffen werden“ (A8, 36), das „gemeinsame“ scheint sich jedoch in erster Linie auf die juristische Zustimmung zu beziehen „bei allen Nichtnotfallindikationen sein „ja“ geben müssen“ (A8, 39), „unterschreiben, d.h. letztlich die Entscheidung treffen“ (A8, 40), „es halt unterschreiben“ (A8, 42).

III Information über Behandlungsalternativen: unklar

Es bleibt unklar, inwieweit verschiedene Behandlungsalternativen genannt werden oder ob der Fokus auf der Therapieempfehlung liegt „Fachempfehlung und deren Begründung aussprechen müssen“ (A8, 19), „objektiv und sachlich raten“ (A8, 22).

IV Befähigung zur Partizipation: halbherzige Bemühung zur Befähigung, kaum zugeschriebene Partizipationsfähigkeit (wenig echte informierte Zustimmung)

Es wird selten ausreichend Partizipationsfähigkeit beim Patienten wahrgenommen, sodass selbst eine informierte Zustimmung nicht wirklich möglich sei „„informed consent“ in den seltensten Fällen wirklich geben (ca. 20%)“ (A8, 5). Das Engagement zur Patientenbefähigung bleibt halbherzig „versuchen herüberzubringen, dass der Patient denkt, er versteht das ohne dass er es wahrscheinlich tut“ (A8, 7).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Partizipationswunsch als störender Eingriff in die ärztliche Fachkompetenz erlebt, Ablehnung der Therapie wird akzeptiert

Der Partizipationswunsch von Patienten wird als störender Eingriff in die ärztliche Fachkompetenz erlebt. Die Fragestellung der Behandlungsentscheidung wird rein medizinisch verstanden. „Entscheidungen nach bestem Fachwissen treffen“ (A8, 53), „(Patient) nicht Fachmann spielen sollen“ (A8, 55), „von allen Seiten redet jemand rein“ (A8, 47), „muss in der Bevölkerung so anerkannt werden, dass es für alles einen Fachmann gibt“ (A8, 48).

Partizipation in Form von Ablehnung der Arztentscheidung wird akzeptiert „die Empfehlung/ ein Medikament/ eine Operation ablehnen“ (A8, 20), „Entscheidungsfreiheit dem Patienten zugestehen“ (A8, 21), „dem Patienten das freistellen müssen“ (A8, 18).

A10 Arztzentriert bis bedingt partizipative Entscheidung, wenig Befähigung zur Partizipation, wenig wahrgenommener Partizipationswunsch

I Entscheidungshoheit: Arztzentriert – bedingt patientenzentriert bei Entscheidung unter Unsicherheit und gutem Patientenverständnis

In Abhängigkeit von Situation und Patient wird die Entscheidung arztzentrierter oder partizipativer getroffen.

Grundsätzlich wird partizipative Entscheidungsfindung als Norm erachtet „mit dem Patienten besprechen und ihn an der Entscheidung aktiv beteiligen sollen“ (A10, 81). Diese Norm scheint in unklaren Situationen auch angewandt zu werden „in unklaren Situationen mit dem Patienten gemeinsam Entscheidung zu treffen versuchen müssen“ (A10, 9), „mit manchen Patienten, relativ offen diskutieren können“ (A10, 89), „Therapieoptionen nennen und begründete Empfehlung aussprechen“ (A10, 90), „dann in einer schwierigen Situation die Entscheidung gemeinsam treffen können“ (A10, 91).

Es werden im folgenden diverse Gründe und Bedingungen für arztzentrierte Entscheidungsfindung angeführt.

In medizinischen Situationen, die aus Arztsicht eindeutig sind, wird die Entscheidung jedoch scheinbar durch den Arzt allein getroffen „manchmal ganz klar sein, was man tun soll“ (A10, 7).

Mangelt es beim Patienten an Verständnis, wird auch in unklaren Situationen arztzentrierter vorgegangen „das manchmal als schwierig empfinden, wenn der Patient die Tragweite der Entscheidung nicht überblickt“ (A10, 10), „dann den Patienten lenken MÜSSEN (A10, 11), „bei manchen Patienten es als besser erleben, nicht zu viele Optionen zu geben“ (A10, 92), „nicht komplett verstehen“ (A10, 93), „sich nicht sicher sein, ob man allen gemeinsame Entscheidungsprozesse mit allen Patienten machen sollte“ (A10, 94).

Bei dringendem medizinischen Handlungsbedarf wird ebenso arztzentriert entschieden „auch medizinische Indikationen haben, wo Patienten drängen müssen“ (A10, 85), „gesundheitliche Situationen sich verschlechtern ohne Operation“ (A10, 86), „in solchen Situationen mehr oder weniger für den Patienten entscheiden müssen und drängen“ (A10, 87), „bei manchen Patienten Problem ganz klar sein: Richtung vorgeben und drängen müssen“ (A10, 88).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Bedingte Partizipation – keine Partizipation bis Partizipation bei Entscheidung unter Unsicherheit und guter Verständigkeit

Partizipation wird bei guter Partizipationsfähigkeit in schwierigen Entscheidungssituationen vorgesehen „in unklaren Situationen mit dem Patienten gemeinsam Entscheidung zu treffen versuchen müssen“ (A10, 9), „mit manchen Patienten, relativ offen diskutieren können“ (A10, 89), „Therapieoptionen nennen und begründete Empfehlung aussprechen“ (A10, 90), „dann in einer schwierigen Situation die Entscheidung gemeinsam treffen können“ (A10, 91).

III Information über Behandlungsalternativen: Wenig Information, außer bei Entscheidung unter Unsicherheit und guter Verständigkeit

Scheinbar wird das Ausmaß an Information über Behandlungsalternativen von der Verständigkeit abhängig gemacht „mit manchen Patienten, relativ offen diskutieren können“ (A10, 89). Bei diesen Patienten erfolgt eine grundlegende Information über Behandlungsalternativen „Therapieoptionen nennen und begründete Empfehlung aussprechen“ (A10, 90), insbesondere bei Entscheidung unter

Unsicherheit „dann in einer schwierigen Situation die Entscheidung gemeinsam treffen können“ (A10, 91).

Wert gelegt wird auf die Vermittlung einer realistischen Erwartungshaltung und Planung für die Zeit nach der Operation gelegt „diese Operationen besonders für älteren Menschen Konsequenzen haben“ (A10, 82), „monatelang nicht einsatzfähig sein, sich Hilfe suchen müssen etc.“ (A10, 83), „das planen können“ (A10, 84), „Probleme mit der Erwartungshaltung haben – denken nach 3 Wochen wieder fit zu sein“ (A10, 22), „deutlich länger für die Regeneration nach Schulter-OPs brauchen“ (A10, 23), „das vorher erklären müssen/können“ (A10, 24).

IV Befähigung zur Partizipation: Wenig aktive Befähigungsbemühungen – außer bei verständigen Patienten und unklaren Entscheidungen

Eine ausführlichere Befähigung zur Partizipation scheint eher eine Ausnahme zu sein, die bei manchen Patienten in schwierigen Entscheidungssituationen erfolgt „mit manchen Patienten, relativ offen diskutieren können“ (A10, 89), „Therapieoptionen nennen und begründete Empfehlung aussprechen“ (A10, 90), „dann in einer schwierigen Situation die Entscheidung gemeinsam treffen können“ (A10, 91).

Eine Befähigung weniger verständiger Patienten erscheint als nicht praktikabel „bei manchen Patienten es als besser erleben, nicht zu viele Optionen zu geben“ (A10, 92), „nicht komplett verstehen“ (A10, 93), „sich nicht sicher sein, ob man allen gemeinsame Entscheidungsprozesse mit allen Patienten machen sollte“ (A10, 94).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Wertschätzung von „guter“ Partizipationsfähigkeit, Partizipationswunsch selten

Aktiver Partizipationswunsch und gute Partizipationsfähigkeit sind möglich und positiv „sehr gut informierte Patienten geben, die genau wissen was sie wollen und was nicht“ (A10, 5), viele Patienten werden paternalistischer wahrgenommen „Entscheidung nicht selbst treffen wollen“ (A10, 4), „viele Patienten überlassen die Entscheidung dem Arzt“ (A10, 6).

Weitere Informationen über den Umgang mit Partizipationswünschen werden nicht genannt.

A11 Arztzentrierte Entscheidung, informierte Zustimmung, Strategie: Manipulation

I Entscheidungshoheit: Arztzentriert

Die Therapiewahl liegt in Ärztehant „wissen was man will, was für den Patienten gut ist“ (A11, 16), „radikale Meinung haben“ (A11, 34), „in den meisten Fällen am besten entscheiden können“ (A11, 35), „Entscheidungen medizinisch sehr klar definiert wahrnehmen“ (A11, 41).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Informierte Zustimmung

Der juristischen Aufklärungspflicht über Behandlungsalternativen wird nachgekommen „grundsätzliche Optionen immer anbieten müssen“ (A11, 58). Die vorgesehene Partizipation beschränkt sich hier auf die Zustimmung zum Behandlungsvorschlag des Arztes „Frage haben: Es überhaupt operiert haben wollen oder nicht“ (A11, 59). Weitere Entscheidungsmöglichkeiten sind nicht vorgesehen „Patienten eigentlich Entscheidung aufbürden müssen [Anm.: aber nicht tun]“ (A11, 18).

III Information über Behandlungsalternativen: Formale Information, Schwerpunkt technische Umsetzungsfragen

Vorgeschriebene Behandlungsalternativen werden erwähnt „grundsätzliche Optionen immer anbieten müssen“ (A11, 58). Diese scheinen jedoch nicht als relevant eingestuft zu werden, der Fokus liegt auf den verschiedenen Operationstechniken „Alternativen mehr in technischen Umsetzungsfragen sehen“ (A11, 63) (detailliert 64-72) über deren Auswahl der Arzt bereits im Vorfeld entscheidet „jeder Arzt für sich mal entschieden haben, was an diesen Alternativen das Richtige ist“ (A11, 48). Der bei gleichwertigen Alternativen teilweise ermöglichte Entscheidungsspielraum könne vom Patienten nicht genutzt werden „bei wirklich gleichwertigen Alternativen schwierig sein, mit der Entscheidung oft überfordert sein“ (A11, 49).

IV Befähigung zur Partizipation: Befähigung zur informierten Zustimmung

Der Patient wird formal aufgeklärt und zur informierten Zustimmung befähigt „grundsätzliche Optionen immer anbieten müssen“ (A11, 58), „Frage haben: Es überhaupt operiert haben wollen oder nicht“ (A11, 59).

V Umgang mit Partizipationswunsch: „gute“ Vorinformation positiv aber selten, vorgefertigte Meinungen häufig und problematisch, Strategie: Manipulation

Ein Partizipationswunsch des Patienten, der sich beispielsweise durch selbständige Vorinformation zeigt, wird zwiespältig aufgenommen. „Positive“ Vorinformation wird als zufälliges Phänomen betrachtet „manchmal helfende Vorinformationen haben“ (A11, 9), „aus zufälligen Gründen das Richtige gelesen und gelernt haben“ (A11, 10).

Meist wird Vorinformation jedoch als störend erlebt „mit vorgefertigten Dingen kommen“ (A11, 43), „Schwierigkeiten durch vorgefertigte Vorstellungen von Patienten aus Internet oder Zweitmeinung haben“ (A11, 5).

Durch Manipulation wird versucht, dieser Eigenständigkeit entgegen zu wirken „vom Richtigen überzeugen“ (A11, 1), „versuchen zu überzeugen“ (A11, 3), „in möglichst kurzer Zeit“ (A11, 4), „sich Mechanismen wünschen, um Patienten glauben zu machen selbst entschieden zu haben“ (A11, 42), „oft sagen können: „Wenn Sie Schmerzen haben wollen, dann müssen wir’s nicht operieren.““ (A11, 62).

A5 Arztzentrierte bis partizipative Entscheidung, bedingte Partizipation abhängig vom Patientenwunsch, umfangreiche Befähigung, eingeschränkt bei sprachlichen und intellektuellen Hürden, Strategie: Manipulation

I Entscheidungshoheit: Arztzentrierte bis partizipative Entscheidung – Grund zeitgemäß, geteilte Verantwortung

Für die Therapiewahl werde eine gemeinsame Entscheidung bevorzugt und als zeitgemäß angesehen „Miteinander entscheiden den besten Weg finden“ (A5, 54), „Lange vor unserer Zeit: Arzt über Patient entschieden“ (A5, 53). Auch informierte Zustimmung wird hier als Mitentscheidung verstanden „Entscheidend/wichtige Angelegenheit: nur jemanden aufschneiden dürfen, wenn er zustimmt“ (A5, 48), „immer mitentscheiden müssen, weil Therapieentscheidung unterschreiben müssen“ (A5, 68).

Ein Grund für Partizipation ist der Wunsch, die Verantwortung für die Folgen der Entscheidung mit dem Patienten zu teilen „sich die Verantwortung einer alleinigen Entscheidung nicht aufbürden wollen“ (A5, 69).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Bedingte Partizipation – Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis, informierte Zustimmung oder Partizipation in Abhängigkeit von Partizipationswunsch

Die vorgesehene Partizipation reicht, in Abhängigkeit vom unten beschriebenen Partizipationswunsch, vom blindem Unterschreiben über die juristische Zustimmung bis hin zum eigenständigen Abwägen zwischen Behandlungsalternativen „für eine Zustimmung eigentlich wissen müssen, was gemacht wird“ (A5, 49), „Entscheidend/wichtige Angelegenheit: nur jemanden aufschneiden dürfen, wenn er zustimmt“ (A5, 48), „immer mitentscheiden müssen, weil Therapieentscheidung unterschreiben müssen“ (A5, 68), „letztlich entscheiden müssen“ (A5, 55), „sich eine eigene Meinung bilden und selbst entscheiden müssen (A5, 62).

III Information über Behandlungsalternativen: Umfangreiche Information, Manipulation

Es werden Behandlungsalternativen zur Meinungsbildung dargelegt „primär die Aufgabe haben, den Patienten zu informieren, dass er sich eine eigene Meinung bilden kann“ (A5, 61), „versuchen, unterschiedliche Therapieoptionen aufzuzeigen“ (A5, 58).

Die Komplexität an Einflussfaktoren erfordere dies „nicht den Goldweg geben, den man für den Patienten gehen kann“ (A5, 64), „(Patienten) mit reinspielen bei der Auswahl der Therapieoptionen, unterschiedliche Facetten haben“ (A5, 65), „unterschiedliche Faktoren miteinbeziehen“ (A5, 66), „Patientenfaktoren haben wie Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung, Aktivitätsniveau und solche Sachen“ (A5, 66).

Jedoch wird auch hier eine manipulative Art der Darstellung genutzt, um die Entscheidung des Patienten zu beeinflussen „den Patienten mit der Aufzeigung bestimmter Therapieoptionen in eine bestimmte Richtung lenken“ (A5, 63).

IV Befähigung zur Partizipation: Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, eingeschränkt bei sprachlichen Hürden

Es wird als grundlegendes Ziel erachtet, den Patienten umfangreich und unter Einbezug seiner individuellen Patientenfaktoren aufzuklären, um eine fundierte Meinungsbildung zu ermöglichen „primär die Aufgabe haben, den Patienten zu informieren, dass er sich eine eigene Meinung bilden kann“ (A5, 61), „versuchen, unterschiedliche Therapieoptionen aufzuzeigen“ (A5, 58),

„unterschiedliche Faktoren miteinbeziehen“ (A5, 66), „Patientenfaktoren haben wie Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung, Aktivitätsniveau und solche Sachen“ (A5, 66).

Eine Partizipationsmöglichkeit herzustellen sei teilweise schwierig und zeitaufwendig „trotz Einfühlungsvermögen des Arztes nicht begreifen“ (A5, 7), „nicht verstehen und trotzdem unterschreiben“ (A5, 22). So führten Sprachprobleme zu einem fehlenden Verständnis beim Patienten „Ausländer sein, nicht verstehen, nicht dumm dastehen wollen, höflich sein wollen, Einwilligungserklärung unterschreiben“ (A5, 24), „Schwierigkeit haben, wenn Patient es nicht verstanden hat und trotzdem unterschreibt“ (A5, 21). Die Möglichkeit, mit Hilfe eines Dolmetschers die sprachlichen Hürden zu überwinden, wird nicht erwähnt und scheinbar aus Zeitgründen nicht forciert „schneller fertig sein, wenn Patienten unterschreiben ohne zu verstehen“ (A5, 23).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Partizipation erwünscht, Problem bei fehlender Partizipation

Der in der Wahrnehmung des Arztes häufig völlig fehlende Partizipationswunsch wird als problematisch erlebt „in einer schwierigen Situation sein“ (A5, 60), „KruX – Patient muss wissen, was man mit ihm macht“ (A5, 56), „schlechtes Gefühl haben“ (A5, 25). Patienten gäben die Verantwortung blind an den Arzt ab „Mitentscheidung abblocken“ (A5, 4), „dem Arzt blind vertrauen“ (A5, 5), „nicht wissen wollen, einfach unterschreiben wollen“ (A5, 6), „Sagen häufig: Machen Sie, was Sie für richtig halten!“ (A5, 59), „dem Arzt vertrauen, egal was er erzählt“ (A5, 11), „den Arzt für zuständig erachten“ (A5, 14), „nicht wissen, was er mit Patienten machen soll, die ihm die Verantwortung für die Entscheidung abgeben“ (A5, 57).

A13 Partizipative Entscheidung, umfangreiche Befähigung zur Partizipation, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen

I Entscheidungshoheit: Partizipative Entscheidung – Berater, Grund zeitgemäß, geteilte Verantwortung

Bei der Therapiewahl wird ein partizipatives Vorgehen präferiert „gemeinsam mit Patienten entscheiden (...)“ (A13, 64), der Arzt würde eine „beratende Funktion einnehmen“ (A13, 67). Ein Grund dafür scheint zu sein, dass dieses Vorgehen als zeitgemäß eingestuft werde „Früher: Patienten gesagt haben, was gemacht wird“ (A13, 58), „Früher: Patient sich zu fügen haben“ (A13, 59).

Bei Unsicherheiten in der Auswahl der Behandlungsalternativen oder auch der zu erwartenden Behandlungsergebnisse wird die Partizipation als besonders wichtig erachtet, um die eigene Angst vor Fehlentscheidungen zu minimieren „Angst haben, die falsche Entscheidung zu treffen“ (A13, 88), „alle Optionen auf dem Papier richtig sein“ (A13, 89), „Option sich im Nachhinein trotzdem als falsch entpuppen können“ (A13, 90).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Umfangreiche Partizipation

Die Kontrolle und Entscheidungsmacht wird explizit in die Hand des Patienten gegeben „Gefühl geben, über sein eigenes Schicksal entscheiden zu können und das auch wirklich sollen“ (A13, 65), als Patient „über eigenes Schicksal entscheiden können und sollen“ (A13, 66).

III Information über Behandlungsalternativen: Umfangreiche Information, gestaffeltes Vorgehen

Es werden bei vielen Erkrankungen verschiedenste Behandlungsalternativen wahrgenommen „viele therapeutische Optionen bei einer Grunderkrankung haben“ (A13, 87), „gemeinsam mit Patienten entscheiden (z.B. gleich operieren, konservative Therapiemaßnahmen ausschöpfen etc.)“ (A13, 64).

Bei komplexen Entscheidungen wird ein zurückhaltendes, gestaffeltes Vorgehen präferiert „vorher alle Behandlungsoptionen ausnutzen“ (A13, 51), „später immer noch über Operation sprechen können“ (A13, 52), „eher nicht operieren“ (A13, 53), „vor einer Operation, die nicht aussichtsreich erscheint: z.B. bei Rückenleiden nicht nur 6 mal Physiotherapie, sondern lebenslang mit Rückenschule, Schmerztherapie, vielleicht mit Spritze Nervenäste betäuben [Infiltration]“ (A13, 54).

IV Befähigung zur Partizipation: Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, Ermunterung zur Zweitmeinung und auf Wunsch Aussprechen von Empfehlungen

Dem Patienten werden explizite Partizipationsmöglichkeiten eingeräumt. Der Patient wird in die Auswahl der Behandlungsalternativen integriert „gemeinsam mit Patienten entscheiden (z.B. gleich operieren, konservative Therapiemaßnahmen ausschöpfen etc.)“ (A13, 64). Auf Wunsch werden Empfehlungen ausgesprochen und es wird auf die Möglichkeit einer umfangreicheren Meinungsbildung hingewiesen „sich mit dem Patienten zusammensetzen, Therapie vorschlagen können, auf eine mögliche Zweitmeinung hinweisen und Behandlungsvorschlag unterbreiten“ (A13, 63), „wenn Patient es wünscht: klare Empfehlung aussprechen und bei Einverständnis umsetzen“ (A13, 68).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Wertschätzung von Partizipation, verbreiteter Partizipationswunsch, Konfliktpotential bei vorgefertigten Meinungen und „zweifelhaften“ Quellen, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen

Der Partizipationswunsch sei bei Patienten heutzutage ausgeprägter und werde auch akzeptiert „Heute: aufgeklärter sein, ein bisschen mitentscheiden wollen“ (A13, 60), „Heute: das richtig finden, dass der aufgeklärtere Patient von heute ein bisschen mitentscheiden möchte“ (A13, 61).

Eigenständige Vorinformation aus dem Internet wird als Patientenrecht jedoch mit Konfliktpotential wahrgenommen „sein gutes Recht sein, sich im Internet über die Erkrankung und Behandlungsoptionen zu informieren“ (A13, 71), erschwere jedoch teilweise Patientengespräche „Dr. Google vieles schwieriger machen für einige Patientengespräche“ (A13, 69). Patienten könnten die Qualität der Informationen nicht beurteilen „vielleicht nicht wissen, welche Internetseiten professionell informieren/ welche subjektiv“ (A13, 72) und würden mit fertigen Konzepten über die Erkrankung und Behandlung ins Arztgespräch gehen „fertiges Therapiekonzept haben“ (A13, 78), „dieses fertige Therapiekonzept umsetzen sollen“ (A13, 79), „andere Vorschläge des Arztes erstmal als schlecht erachten, weil sie zu Verwirrung führen“ (A13, 80), „wenn Arzt was anderes erzählt, als das was gelesen oder anderer Arzt erzählt hat, dann diesen Unseriösität oder mangelndes Fachwissen unterstellen“ (A13, 81).

Als Lösungsstrategie wird vorgeschlagen, sich dieser Internetproblematik zu stellen und im Arztgespräch offen auf die Recherchen des Patienten zu eingehen „sich der Internetproblematik stellen müssen“ (A13, 82), „auf die Recherchen der Patienten offen eingehen sollten und nachfragen“ (A13, 83), „dann darauf gezielter eingehen könnten“ (A13, 84), „eigene Meinung dazu abgeben könnten“ (A13, 85), „weniger Disput haben könnten“ (A13, 86).

A14 Partizipative Entscheidung, umfangreiche Befähigung, eingeschränkt bei sprachlichen und intellektuellen Hürden, Konfliktpotential bei „zweifelhaften“ Quellen und Misstrauen

I Entscheidungshoheit: Partizipative Entscheidung – Berater mit klaren Empfehlungen, Patient trifft Entscheidung

Hier wird eine gemeinsame Entscheidung, in der der Arzt eine Beraterrolle und den Patienten zur Mitentscheidung befähigt, favorisiert „als Berater oder Anbieter fühlen“ (A14, 58A), „extrem wichtig finden, dass Patient letztlich die Entscheidung fällt“ (A14, 48).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Umfangreiche Partizipation

Es wird eine umfangreiche Patientenpartizipation vorgesehen „extrem wichtig finden, dass Patient letztlich die Entscheidung fällt“ (A14, 48). Dabei wird der Patient umfangreich aufgeklärt (siehe oben) und es wird eine individuelle Empfehlung ausgesprochen „einem [speziellen] Patienten etwas empfehlen wollen“ (A14, 7). Bei ambivalenten Entscheidungssituationen wird dem Patienten die Entscheidung in die Hand gegeben "wenn tatsächlich ambivalente [Anm.: Entscheidungssituation]/beide Optionen gute Chancen haben: Dem Patienten beide Optionen nennen sowie die Möglichkeit zwischen den Optionen noch zu wechseln“ (A14, 37).

Besonderer Schwerpunkt wird auf die Konsequenzen und Komplikationen von Behandlungen gelegt und die aktive Entscheidung dafür „sehr wichtig sein, dass Patient mit im Boot ist“ (A14, 39), „entscheiden müssen, sein Körper sein“ (A14, 40), „für oder gegen OP entscheiden müssen nicht aus Sympathie zum Arzt sondern aus Verständnis und Bereitschaft für das Nachbehandlungsschema“ (A14, 41), „Nachbehandlung meist schlimmer sein als die OP (A14, 42).

III Information über Behandlungsalternativen: Umfangreiche Information, gestaffeltes Vorgehen

Es werden diverse Behandlungsalternativen aufgezeigt "versuchen, unterschiedliche Therapieoptionen aufzuzeigen" (A5, 58), "dem Patienten die operativen und konservativen Optionen erklären" (A14, 34).

Darüber hinaus wird Wert gelegt, die Auswirkungen, Begleiterscheinungen und Komplikation der verschiedenen Behandlungen zu vermitteln „Dauer [bis Genesung]/Verlauf bei den einzelnen Behandlungsoptionen erklären“ (A14, 35), „sehr wichtig sein, dass Patient wissen, was auf ihn zukommt“ (A14, 38).

Bevor die Entscheidung für folgenreiche Eingriffe wie in der Endoprothetik getroffen wird, wird ein gestaffeltes Vorgehen mit diversen konservativen Maßnahmen angeboten „Prothetik eine Entscheidung sein, die man nicht mehr loswird“ (A14, 116), „Patient in sechs Wochen wieder sehen und dann entscheiden“ (A14, 52), „zwischenzeitlich dem Patient eine [konservative] Therapie verschreiben können“ (A14, 53), „wiederkommen, wenn es wieder schlechter wird“ (A14, 57).

IV Befähigung zur Partizipation: Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, Einräumen von Zeit, Aussprechen von Empfehlungen, eingeschränkt bei sprachlichen Hürden/ schlecht ausgebildeten Dolmetschern

Der Patient wird wie unter II beschrieben durch eine umfangreiche Information zur Partizipation befähigt. Bei Bedarf wird zusätzliche Entscheidungszeit eingeräumt „wenn Patient noch nicht bereit für Entscheidung, diesen wieder heimschicken“ (A14, 49), „manchmal [Aufklärungs-]Bogen mitgeben und Patienten ermuntern, mit Angehörigen darüber zu sprechen“ (A14, 50). Es werden Empfehlungen ausgesprochen "dann klare Empfehlung geben" (A14, 36),

Die Partizipationsfähigkeit wird bei sprachlichen und/oder intellektuellen Hürden nicht immer als überwindbar erlebt „schwer finden, wenn nicht richtig mit Patient reden können“ (A14, 18), „merken, dass Patient nicht begreift“ (A14, 19), „auch bei sprachlichen Barrieren schwierig sein“ (A14, 21), „keinen Übersetzer haben“ (A14, 22), „merken, dass nicht richtig verstanden wird“ (A14, 23), „jemand dabei sein, der dolmetscht, aber der auch nicht verstehen oder richtig übersetzen können (A14, 24).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Wertschätzung von Partizipation, Konfliktpotential bei „zweifelhaften“ Quellen und Misstrauen

Grundsätzlich wird Patientenpartizipation unterstützt und durch die Form der Aufklärung (s.o.) gefördert. Vorinformierte Patienten werden differenziert wahrgenommen. Es wird unterschieden in „gute“ Vorinformation, die geschätzt wird „es als sehr angenehm erleben, wenn Patienten gut informiert sind (A14, 71), „gute, gezielte Fragen haben“ (A14, 72), „durch Fragen/Ideen des Patienten sinnvolle Anregungen erhalten, auf die man sonst selbst nicht gekommen wäre“ (A14, 73), „sehr glücklich sein, wenn Patienten schon ein bisschen Plan haben“ (A14, 77).

„Gute“ Vorinformation wird als Aufklärungsgrundlage genutzt „viele neue Methoden nicht brauchbar sein“ (A14, 83), „das dem Patienten solide erklären können“ (A14, 84), „dann meist von selbst verstehen, dass die Methode nicht brauchbar ist und dann das nicht wollen“ (A14, 85), „Patienten dann nicht überfluten müssen mit allen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten (konservativen und vier verschiedenen operativen Methoden)“ (A14, 87), überfordert sein, (...) (A14, 88).

Patienten mit „zweifelhafter“ Vorinformation werden teilweise als problematisch erlebt „Patienten mit zweifelhafter Information schwierig finden (A14, 74), „schwierig diese Patienten auf klare Linie zurückzuführen (A14, 77).

Ebenso wird Patientenpartizipation bei Misstrauen des Patienten mit gleichzeitig mangelndem Verständnis der Diagnostik als problematisch erlebt, „Zweit- oder Drittmeinung haben wollen“ (A14, 2) „Problem nicht benennen und nur Bilder vorlegen“ (A14, 3), „sich durchmanövrieren und Problem/Therapie rausfinden müssen“ (A14, 6).

A1 Partizipative Entscheidung, umfangreiche Befähigung meist auch von Bildungsschwachen, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen

I Entscheidungshoheit: Partizipative Entscheidung – Berater mit klaren Empfehlungen, Patient trifft Entscheidung, Grund: zeitgemäß, in Notfällen arztzentrierter

Der Arzt sieht sich hier in der Rolle des Beraters, der den Patienten zur Entscheidungsfindung befähigt „vorwiegend beratende Funktion haben“ (A1, 5). Als Grund dafür wird unsere westliche selbstbestimmte Kultur angeführt, in der ein solches Vorgehen adäquat sei „kulturell bezüglich selbstbestimmt/fremdbestimmt geprägt sein (USA vs. China)“ (A1, 42), „selbst entscheiden, wen heiraten, ob Kinder, wie behandelt werden“ (A1, 43), „selbst entscheiden müssen (in europäischen Ländern)“ (A1, 44), „in Elektivsituationen keinen Grund haben, dem Patienten die Entscheidung abzunehmen“ (A1, 59), „bei elektiven Situationen selbst entscheiden wie beim Autokauf“ (A1, 62), „entscheiden, was für eine Auto kaufen und ob finanzieren können“ (A1, 63).

Die Entscheidungsfindung wird hier situationsabhängig arztzentrierter gestaltet. In lebensbedrohlichen Situationen liege die Entscheidungsverantwortung mehr beim Arzt „einen fundamentalen Unterschied haben zwischen elektiven Eingriffen und Notfällen“ (A1, 61), „in lebensbedrohlichen Situationen meist nicht kompetent entscheiden können“ (A1, 55), „in lebensbedrohlichen Situationen unter Umständen mehr Entscheidungsverantwortung übernehmen müssen“ (A1, 56).

II vorgesehene Patientenpartizipation: Umfangreiche Partizipation unabhängig vom Bildungshintergrund

Die vorgesehene Partizipation wird hier sehr umfangreich verstanden. Patienten werden unabhängig vom Bildungshintergrund über die Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsalternativen aufgeklärt, so dass sie befähigt werden zwischen Alternativen zu wählen, den Zeitpunkt zu bestimmen oder sich dafür zu entscheiden, keine Therapie durchführen zu lassen „gerade „einfache Leute“ sich sehr schnell für Alternativen entscheiden können, wenn Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren erklärt werden“ (A1, 71), Patient: „(Behandlung) möchten, nicht oder noch nicht möchten“ (A1, 6), „extrem wichtig finden, dass Patient letztlich die Entscheidung fällt“ (A14, 48).

III Information über Behandlungsalternativen: Umfangreiche Aufklärung, gestaffeltes Vorgehen

Es werden in den meisten Fällen diverse Behandlungsalternativen wahrgenommen und diese auch umfangreich mit dem Patienten besprochen „bei Erkrankungen immer Behandlungsalternativen haben“ (A1, 64), „fast immer Alternativen haben“ (A1, 65), „immer Alternativen in der Orthopädie haben“ (A1, 67), „fast nie an eine Alternative vergessen“ (A1, 68), „vom Assistenzarzt manchmal an eine Alternative erinnert werden“ (A1, 69), „die Alternativen dem Patienten erklären“ (A1, 70).

IV Befähigung zur Partizipation: Umfangreiche Befähigung – umfangreiche Information, Ermunterung zur Zweitmeinung und auf Wunsch Aussprechen von Empfehlungen, meist gute Befähigung auch von Bildungsschwachen

Wie sich hier bei A1 (50-60) zeigt werden Patienten umfangreich zur Partizipation befähigt. Unter Einbezug der Individualität des Patienten (3), in einer umfangreichen (17-18, 68-70), laienverständlichen (4, 10-11) und z.T. stark vereinfachten Vermittlung „bei komplexen Situationen stark vereinfachend erklären müssen“ (A1, 48), „Ursache der Beschwerden erklären (A1, 1) sowie aller relevanten Behandlungsoptionen (A1, 68-70 s.o.). Dabei sehe er fast immer Behandlungsalternativen (A1, 64-67, s.o.), inklusive Nicht-Therapie „(Behandlung) möchten, nicht oder noch nicht möchten“ (A1, 6). Die Vermittlung einer möglichst realistischen Erwartungshaltung bezüglich des Behandlungsergebnisses sei ihm wichtig, um zu verhindern, dass die Patienten im Nachhinein

unzufrieden seien „realistische Erwartungshaltung vermitteln können“ (A1, 29), „nicht sagen können: „Sie haben mir doch versprochen, dass...““ (A1, 30), „realistische Ergebnisse verstehen (A1, 31). Bei komplexen medizinischen Situationen sei es auch immer eine Entscheidung unter Unsicherheit „bei komplexen Situationen nicht sagen können, welcher der bessere Weg ist (A1, 49).

Auf Wunsch wird eine Behandlungsempfehlung ausgesprochen „Patienten fragen: „Was würden Sie mit Ihrer Mutter machen?““ (A1, 51), „erzählen, was mit eigener Mutter in diesem Fall machen würde“ (A1, 52). Wenn eine klare Handlungsempfehlung auf Grund der Komplexität der Entscheidung nicht möglich ist, wird dem Patienten zur Entscheidungsfindung das Einholen einer Zweitmeinung empfohlen „bei komplexen Situationen nicht sagen können, welcher der bessere Weg ist“ (A1, 49), „andere Ärzte zur Zweitmeinung empfehlen“ (A1, 50).

Die Partizipationsfähigkeit von Patienten wird in Abhängigkeit vom Bildungsstand, der Vermittlungsfähigkeit und der Komplexität der Situation betrachtet „entscheiden, wenn er es kann“ (A1, 41), „selbst entscheiden können, abhängig davon wie gut begreifen können“ (A1, 46), „selbst entscheiden können, abhängig davon wie gut Ärzte erklären können“ (A1, 45), „limitierte Entscheidungsfähigkeit haben, wenn Situationen so komplex“ (A1, 47).

Grundsätzlich wird auch Menschen mit geringem Bildungshintergrund bei guter Vermittlung eine hohe Partizipationsfähigkeit zugetraut „von der Entscheidungsfähigkeit „einfacher Leute“ überrascht sein“ (A1, 72), „manche schnell für sich richtige Kombination von ‚Risks and Benefits‘ wissen“ (A1, 73), „unterschiedlich mit Wahl umgehen (sich schwer bei der Entscheidung tun, sich schnell und gut entscheiden, sich schnell und häufig schlecht entscheiden, sich langsam und schlecht entscheiden, sich langsam und gut entscheiden)“ (A1, 74).

Nur in seltenen Fällen wird dieses Bemühen aufgegeben „wenn Patienten für zu dumm für eigene, richtige Entscheidung halten, dann nicht fähig oder willens sein, zu erklären“ (A1, 53).

V Umgang mit Partizipationswunsch: Wertschätzung von Partizipation, verbreiteter Partizipationswunsch, Konfliktpotential bei „zweifelhaften“ Quellen, Strategie: Hilfe im Umgang mit Qualität von Quellen

Es wird ein aktiver Partizipationswunsch von Patienten beschrieben „in Elektivsituationen mehrere Ärzte konsultieren“ (A1, 57), „in Elektivsituationen eine Meinung wollen“ (A1, 58). Dies wird positiv aufgenommen und aktiv unterstützt „andere Ärzte zur Zweitmeinung empfehlen“ (A1, 50). Bei selbständig vorinformierten Patienten wird die Problematik bestimmter Quellen im Gespräch thematisiert „Qualität von Informationen im Internet und auf Papier erklären“ (A1, 60).

D Diskussion

Diskussion Studienteil I

Stichprobenmerkmale und Verallgemeinerbarkeit der Stichprobe

Bei der Interpretation der Ergebnisse der quantitativen Patientenbefragung müssen gewisse Einschränkungen durch das spezifische Setting einer orthopädischen Uniklinik-Ambulanz und bestimmte Besonderheiten der Stichprobe berücksichtigt werden.

Einschränkungen durch das Setting

Die Fragebogenerhebung fand ausschließlich in der orthopädischen Ambulanz der Klinik für Orthopädie, Physikalische und Rehabilitation am Uniklinikum München Großhadern statt. Dieses Setting ist insoweit besonders, dass Patienten häufig von ihrem Hausarzt oder niedergelassenen Orthopäden speziell in diese Klinik überwiesen werden, teilweise kommen sie bereits zur OP-Nachsorge. Es werden vermehrt Patienten versorgt, deren Behandlung sich als besonders komplex erweist oder bei denen bereits eine Indikation zur Operation gestellt wurde. So sind Operationsentscheidungen teilweise bereits vorbereitet, sodass die Entscheidung für eine Operation häufiger getroffen wird als im ambulanten Setting.

Geringe systematische Verzerrungen durch die Erhebungsstrategie

Bei der Kohortenbefragung erwies sich der Rücklauf zunächst als recht gering (34,9%). Nachdem die Erhebungsstrategie angepasst wurde und alle Patienten mit Namen und Telefonnummer erfasst sowie telefonisch an die Rücksendung erinnert wurden, konnte der Rücklauf auf 71,1% gesteigert werden. Die statistische Ausfallanalyse über die demographischen Daten Geschlecht, Bildungsstand, Erkrankung und Versicherung ergab nur beim Versicherungsstatus signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungsgruppen. Zu Beginn füllten etwas weniger Privatpatienten den Fragebogen aus, als bei der vertieften Erhebung (14,3% zu 20,3%). Vergleicht man die Zahlen mit dem Bundesdurchschnitt, so waren 2015 gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und des Statistischen Bundesamtes 87,6 Prozent gesetzlich und 11,5 Prozent privat krankenversichert (*Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus)*, 2016). Unter einem Prozent lag die Zahl derer, die ausschließlich einen sonstigen Anspruch auf Krankenversicherung hatten, wie Sozialhilfeempfänger oder Kriegsschadenrentner, oder keinen Krankenversicherungsschutz hatten. Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wurden in der orthopädischen Ambulanz in beiden Erhebungsgruppen mehr privat Versicherte behandelt. Die bestehenden Verzerrungen in der anfänglichen Erhebung entsprechen also mehr dem Bundesdurchschnitt. In Summe ist davon auszugehen, dass trotz des anfänglich geringen Rücklaufs nur geringe systematische Verzerrungen vorliegen und die erhobenen Daten die Problembereiche und Perspektiven der Arthrosepatienten in der orthopädischen Ambulanz recht gut repräsentieren.

Höheres Bildungsniveau der Stichprobe als der Bundesdurchschnitt

Das Bildungsniveau in der untersuchten Stichprobe war mit ca. 74,8% „höherwertigen“ allgemeinen Schulabschlüssen überdurchschnittlich im Bundesvergleich. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes hatten in Deutschland 2013 nur 50% der Personen über 15 Jahren einen solchen Abschluss (*Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland und Internationales*, 2013). Wie Studien zu Partizipativen Entscheidungsfindung zeigen, präferieren Menschen mit einem höheren Bildungsniveau im Schnitt ein partizipativeres Vorgehen, wohingegen Bildungsschwächere ein arztzentriertes Vorgehen anstreben (Braun, Marstedt, Böcken, Braun, & Meierjürgen, 2014;

Schneider et al., 2006). Daher ist in der vorliegenden Studie ein ausgeprägterer Partizipationswunsch im Vergleich zur Gesamtbevölkerung zu erwarten.

Mehr junge und mehr männliche Arthrosepatienten als in repräsentativen deutschen Studien

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der befragten Arthrosepatienten weicht von der Grundgesamtheit der Arthrosepatienten in Deutschland ab. In der repräsentativen Studie GEDA 2014/2015-EHIS des Robert-Koch-Instituts wurden über das Einwohnermeldeamt 24.016 zufällig ausgewählte Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer) aus 301 Gemeinden in Deutschland per Fragebogen nach ihrem Gesundheitszustand befragt (J. Fuchs et al., 2017). 17,9% der Erwachsenen ab 18 Jahren gaben an, dass bei Ihnen in den letzten 12 Monaten Arthrose vorlag, wobei die Prävalenz bei Frauen mit 21,8% höher liegt als bei Männern mit 13,9%. Das entspricht ca. 1,6 betroffene Frauen auf einen betroffenen Mann. In der vorliegenden Studie mit 236 betroffenen Frauen und 186 betroffenen Männern sind verhältnismäßig etwas mehr Männer als im Bundesdurchschnitt vertreten. Es kommen ca. 1,3 betroffene Frauen auf einen betroffenen Mann.

Die Altersverteilung der Arthrosepatienten in der repräsentativen Studie GEDA 2014/2015-EHIS ist wie folgt aufgeschlüsselt (J. Fuchs et al., 2017): in der Gruppe der 18-29-Jährigen war die Arthrosehäufigkeit sehr gering bei 0,4% (m)/0,9% (w), ebenso in der Gruppe der 30-44-Jährigen bei 4,1%(m)/4,3% (w). In der Gruppe der 45-64-Jährigen lag sie bei 16,6% (m)/23,2% (w) und in der Gruppe der über 65-Jährigen bei 31,2% (m)/48,1% (w). Im Vergleich dazu waren in der vorliegenden Studie deutlich mehr jüngere Betroffene vertreten. Die Zahlen lassen sich nicht direkt vergleichen, da sich in der obigen Stichprobe die Prozente auf die Gesamtstichprobe aus Gesunden und Arthrosepatienten beziehen. Die Zahlen dieser Studie beziehen sich auf die Verteilungen der befragten Arthrosepatienten auf die verschiedenen Altersgruppen. Dennoch ermöglicht diese Übersicht zu verdeutlichen, dass im Vergleich mit der Altersverteilung im Bundesdurchschnitt in der orthopädischen Ambulanz vermehrt junge Arthrosepatienten versorgt wurden. 7,6% der männlichen Arthrosepatienten (14 von 185) und 7,2% (17 von 236) der weiblichen Arthrosepatienten waren in dieser Studie erst 18-29 Jahre alt. Weitere 10,3% der Männer (19 von 185) und 14,8% der Frauen (35 von 236) waren zwischen 30 und 44 Jahre alt. Die Gruppe der 45- bis 64-Jährigen war in der vorliegenden Stichprobe mit 40,0% der Männer (74 von 185) und 39,8% der Frauen (94 von 236) ähnlich stark vertreten wie die Gruppe der Arthrosepatienten über 65 Jahre mit 42,2% der Männer (78 von 185) und 38,1% der Frauen (90 von 236). Da sich gewisse Zusammenhänge z.B. zwischen Alter und Partizipationswunsch zeigen, ist das vergleichsweise leicht „jüngere“ Alter der Patienten bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Breites Spektrum an erfassten Arthrosearten

Insgesamt wurde in der vorliegenden Studie ein breites Spektrum verschiedener Arthrosearten erfasst. Das am häufigsten betroffene Gelenk war das Knie (n=219), gefolgt von der Hüfte (n=126) sowie der Wirbelsäule (n=71) und der Schulter (n=64). Auch wurden Patienten mit Arthrose an Gelenken der Hand (n=38), im Sprunggelenk (n=32), in Gelenken des Fußes (n=24) und im Ellenbogen (n=16) untersucht. Leider finden sich keine verlässlichen Daten zu Verbreitung der Arthrosehäufigkeit an den verschiedenen Gelenken. Ein systematisches Review zeigt eine große Variationsbreite des Versorgungsbedarfs von Knie, Hüfte und Hand sowie den kleineren Gelenken (Pereira et al., 2011). In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) (N=7988) war bei Personen mit Arthrose bei mehr als der Hälfte der Befragten das Knie und bei etwa einem Viertel die Hüfte betroffen ist (A. Fuchs, 2017). Arthrose in den Fingergelenken findet sich bei gut einem Drittel der Frauen und etwa einem Siebtel der Männer. Von der Hälfte der Personen mit Arthrose werden darüber hinaus weitere betroffene Gelenke angegeben. Diese Verteilung deckt sich weitestgehend mit den Daten dieser Studie.

Medizinische Entscheidungsprozesse in der Orthopädie aus Patientenperspektive

Insgesamt wurden medizinische Entscheidungsprozesse in N=422 Gesprächen zwischen Orthopäden und Arthrosepateuten in der Ambulanz der Uniklinik für Orthopädie aus Patientenperspektive untersucht.

Hohe psychische Belastungen insbesondere vor OPs, zu wenig Einbezug im Gespräch, HADS als sinnvolles Screeninginstrument, Partizipation zur Angstreduktion

In der Gesamtpopulation der befragten 422 Arthrosepateuten (Durchschnittsalter 57,7 Jahre) litten 36% an klinisch relevanten Ängsten und 27% an klinisch relevanten Depressionen, erhoben mit der deutschen Version der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D). 43,1% der Patienten litten an Angst und/oder Depressionen (182 von 422). Bei den 141 Patienten, die vor einer Operationsentscheidung standen, litten deutlich mehr Patienten an Ängsten (42%), während die Zahl der depressiven Patienten nahezu gleich war (29%). 85% (N= 141) gab an, sich Sorgen um die Operation zu machen. Nur die Hälfte der Patienten (53,2%, N=141) seien von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin auf mögliche Bedenken oder Ängste in Bezug auf die Operation angesprochen worden. Zweidrittel (63,1%, N=141) hätten sich gewünscht, dass dieser mehr auf Bedenken und Ängste eingeht. Arthrosepateuten, die vor einer Operation standen und klinisch relevante Ängste hatten (n=49, N=140), bewerteten das Arztgespräch signifikant weniger partizipativ ($p \leq 0,05$), als Patienten ohne klinisch relevante Ängste (n=81). Zwischen Depression und Partizipation konnte kein Zusammenhang gefunden werden ($p=0,524$).

Defizite im Bereich Empathie und Einbezug der Bedenken von Patienten bei (orthopädischen) Chirurgen wurden, wie im Forschungsstand dargelegt, in einigen internationalen Studien beschrieben. Hier sei das systematische Review zur Kommunikation von Chirurgen mit Patienten von W. Levinson et al. (2013) zu nennen oder auch die qualitative schwedische Studie, in der Arzt-Patient-Gespräche in einer orthopädischen Ambulanz per Video analysiert wurden (Fossum et al., 1998). Mit der vorliegenden Studie konnten diese Defizite nun auch für die orthopädische Ambulanz im deutschen Kulturkreis sowie für die Interaktion mit Arthrosepateuten belegt werden.

Die hohe psychische Belastung der Arthrosepateuten in dieser Studie deckt sich ebenso mit den Ergebnissen der Londoner Studie von Axford et al. (2010) zur Anwendbarkeit der HADS als Screeninginstrument in orthopädischen Ambulanzen. Bei einer kleineren Stichprobe mit etwas älteren Patienten (N=54, Durchschnittsalter 63,3) zeigte sich eine Prävalenz von klinisch relevanter Angst und/oder Depression von 40,7% (in dieser Studie: 43,1%). Der Screeningfragebogen erwies sich bei Axford et al. (2010) als guter Prädiktor für Angst und Depression in diesem Setting mit einer Sensitivität von 88% und einer Spezifität von 81%. Die Schmerzstärke korrelierte signifikant mit der HADS und auch die Behinderung war bei Patienten mit Angst und/oder Depression größer. Die Schwere der Arthrose, gemessen durch den radiologischen Befund, war dagegen kein guter Prädiktor für Angst oder Depression und nur leicht assoziiert mit Behinderung.

Vor dem Hintergrund, dass eine hohe psychische präoperative Belastung mit einem schlechteren Outcome z.B. in der Knieendoprothetik assoziiert ist (Vissers et al., 2012), ist dieses Screeninginstrument auch hierzulande in orthopädischen Ambulanzen – insbesondere vor Operationen – zu empfehlen.

Zudem kann Partizipation die Reduktion von Ängsten unterstützen. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten partizipativer Ärzte ein höheres Kontrollempfinden über die Situation haben, dabei nehmen Hilflosigkeit und Ängste ab (Scheibler et al., 2005). Auch eine gute präoperative Patienteninformation scheint einen positiven Einfluss auf die prä- und postoperative Angstentwicklung ebenso wie auf die postoperative Schmerzentwicklung zu haben (Sjöling, Nordahl, Olofsson, & Asplund, 2003).

Wenig Entscheidungspartizipation bei großer Varianz

Bei 84,4% (n=356) wurde nach Angaben der befragten Arthrosepatienten im Gespräch eine Entscheidung getroffen. Diese fiel bei ca. einem Drittel (33,4%, N=422) für eine Operation aus und bei einem weiteren Drittel (35,1%, N=422) für eine konservative Therapie. Mit der getroffenen Entscheidung waren ca. 80% der Patienten zufrieden, die restlichen 20% äußerten zum einen Kritik an der Diagnostik/vorgeschlagenen Behandlung sowie an mangelnden Partizipationsmöglichkeiten. Unzufriedenheit mit der Entscheidung wurden auch angegeben, wenn sich diese auf die bestehende gesundheitliche Situation und damit verbundene emotionale Belastungen bezog. Ein Drittel der befragten Arthrosepatienten (32,9%, N=422) gab zudem diverse allgemeine Kritikpunkte am Arztgespräch als Freitext an. Diese bezogen sich auf Rahmenbedingungen der Gespräche sowie ärztliche Verhaltensweisen, wie Empathie, Fachsprache und Einbezug in den Entscheidungsprozess.

Das Ausmaß an Partizipation über alle Phasen der Entscheidung wurde mit dem PEF-FB-Summscore erfasst und betrug durchschnittlich $M=54,8$ ($N=356$; $0 =$ keine bis $100 =$ maximale Partizipation) bei einer großen Streuung von $SD=27,1$. Die verständliche Vermittlung von Informationen durch die Ärzte im PEF-FB-9 wurde vergleichsweise positiv bewertet. Die Single-Item-Analyse ergab dagegen besonders niedrige Werte u.a. für den Einbezug in die Auswahl und Abwägung der Behandlungsmöglichkeiten.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse des PEF-FB-9 in dieser Stichprobe werden deutsche Normwerte sowie nationale und internationale Studien, die den PEF-FB-9 oder die englische Version SDM-Q-9 bei verschiedenen Stichproben angewandt haben, dargestellt.

Die Arbeitsgruppe um Härter et al. (2010) entwickelte eine Normwert-Tabelle für den PEF-FB-9 an Hand von Gesprächen zwischen $N=301$ Patienten und deren Ärzten (15 Hausärzte, 4 Psychiater, 4 Orthopäden, 6 Diabetologen) (Härter et al., 2010). Hier wurde ein deutlich höherer mittlerer PEF-FB-9 Summscore von $M=86,9$ Punkten mit einer vergleichsweise kleinen Standardabweichung von $SD=16,4$ und einem Range von 42 bis 100 erhoben. Der Range in der vorliegenden Studie beträgt im Vergleich dazu 0 bis 100 bei $SD=27,1$. D.h. dass Patienten auch Entscheidungsgespräche ohne jegliche Partizipation erlebten, andere Patienten ihr Arztgespräch jedoch auch vergleichsweise partizipativ erlebten. In der Normstichprobe schneiden nur 9,3% der Ärzte schlechter oder gleich ab, wie die in diesem Projekt untersuchten Orthopäden. In der Gruppe der Arthrosepatienten, bei denen im untersuchten Arztgespräch eine Entscheidung für eine Operation gefallen ist ($n=141$), zeigen sich noch deutliche geringere Partizipationswerte ($M=39,0$, $SD=12,7$, Range 4-60). Hier gab kein Patient höhere Partizipationswerte im Gespräch als 60 an. Das entspricht einem maximalen erreichten Prozentrang von 14. D.h. nur 14% der Ärzte in der Normstichprobe ließen ihre Patienten gleich viel oder weniger partizipieren.

Ein ähnlich deutlicher Kontrast zeigt sich auch im Vergleich mit einer Studie aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung. In der Kohortenstudie zur Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ wurde in zwei Kontrollgruppen ($n=408$ und $n=488$) das Ausmaß an Partizipation (PEF-FB-9) bei hausärztlichen Gesprächen aus Patientensicht erhoben (Hölzel, Vollmer, Kriston, Siegel, & Härter, 2012). Die standardisierten Mittelwerte in den beiden Kontrollgruppen lagen mit 66,1 ($SD=28,3$) und 71,1 ($SD=25,3$) zwar deutlich höher als in der vorliegenden Studie, die Varianzen waren jedoch ähnlich hoch.

In einer Studie von Tinsel et al. (2013) wurden 36 Hausarztpraxen und 1120 antihypertensiv behandelte Patienten mit nicht-kontrollierten Blutdruckwerten im ambulanten Blutdruckmonitoring (ABDM) bzw. mit kardiovaskulär relevanten Komorbiditäten eingeschlossen. Die ermöglichte Partizipation im Gespräch mit den Hausärzten in der Kontrollgruppe (ohne PEF-Training) wurde von

den Patienten im PEF-FB-9 durchschnittlich mit $M=70,7$ ($SD=20,7$) Punkten ähnlich der Studie von Hölzel et al. (2012) bewertet.

In einer amerikanischen Studie (U.S. National Sample) wurde eine, nach Geschlecht, Rasse und ethnischer Verteilung stratifizierte, randomisierte Stichprobe von 2000 US-Bürgern zu Gesundheitsaspekten befragt (Glass et al., 2012). Bei Sekundäranalysen einer Subgruppe von $N=479$ Erwachsenen zwischen 21 und 70 Jahren, die zu ihrem letzten Arztbesuch u.a. mit der adaptierten englischen Fassung des PEF-FB-9 – dem SDM-Q-9 – befragt worden waren, wurde ein durchschnittlichen Gesamtscore von $M=67,6$ ($SD=26,6$) erhoben.

Im Vergleich zu diesen Studien fallen die erhobenen PEF-FB-9-Werte in diesem Projekt deutlich geringer aus. Dabei ist die Streuung deutlich höher als in der Normwerttabelle, aber durchaus vergleichbar mit anderen nationalen und internationalen Studien. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten im Schnitt von orthopädischen, klinisch tätigen Ärzten deutlich weniger in Entscheidungsprozesse integriert werden als beispielsweise von Hausärzten, aber auch, dass es große Unterschiede zwischen den Gesprächen der einzelnen Ärzte gibt. Dies dürfte zum einen auf die große Bandbreite an Entscheidungsstilen zurückzuführen sein, die in der Ärztebefragung im Studienteil II deutlich wurde. Die geringe Mitentscheidung bei hoher Varianz dürfte auch mit der Sonderstellung einer orthopädischen Ambulanz an einer Uniklinik in Zusammenhang stehen. Wie in der Ärztebefragung mehrfach formuliert wurde, werden vermehrt Patienten behandelt, bei denen bereits im Vorfeld andere Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft wurden, so dass eine direkte Überweisung zur Operation in der Klinik erfolgte.

Deutlich höherer Partizipationswunsch als in deutscher Normstichprobe

Dem gegenüber steht jedoch, dass 88% der hier befragten Arthrosepatienten gemeinsam mit dem Arzt oder allein entscheiden möchten (15,5% möchten komplett oder hauptsächlich selbst entscheiden, 72,5% gemeinsam mit dem Arzt und 12,1% wünschen sich, dass hauptsächlich oder nur der Arzt entscheidet). Im Vergleich dazu fiel in der deutschen Normstichprobe die Beteiligungspräferenz „paternalistischer“ aus (Härter et al., 2010). Mehr als doppelt so viel (26%) gaben dort an, die Entscheidung dem Arzt überlassen zu wollen, 62% wollten gemeinsam entscheiden und 12% wollen allein entscheiden. Auch der Gesundheitsmonitor im Jahr 2012 erhob bei der deutschen Bevölkerung einen geringeren Partizipationswunsch und eine arztzentriertere Grundhaltung (Böcken, 2014). 18 Prozent der Befragten gaben dort an, allein entscheiden zu wollen, 25 Prozent wollten den Arzt entscheiden lassen und 52 Prozent gaben an, eine gemeinsame Entscheidung anzustreben (5% gaben an, dass keine der Möglichkeiten auf sie zuträfe). Im Vergleich zu 2001 waren die Zahl derjenigen, die allein entscheiden wollten, von 14 auf 18% zuungunsten der gemeinsamen Entscheidung gestiegen (von 58 auf 52%) ($n = 1.329$ bis 1.600). Auch im Vergleich zur etwas älteren Telefonsurvey ($N=8119$) in acht europäischen Ländern (Coulter & Magee, 2003) zeigten sich die Arthrosepatienten in diese Studie außergewöhnlich partizipativ. 23 Prozent der Befragten gaben an, selbst über die Behandlung bestimmen zu wollen, 51 Prozent wollten gemeinsam mit dem Arzt entscheiden und 26 Prozent wollten lieber den Arzt entscheiden lassen. Es waren vor allem die älteren Patienten und diejenigen, mit einem geringeren Bildungsniveau, die paternalistischer eingestellt waren.

Zwar sind auch in der vorliegenden Studie paternalistisch eingestellte Patienten tendenziell etwas älter und partizipative oder autonome Patienten etwas jünger, jedoch bei großer Varianz. So waren auch viele ältere Patienten partizipativ oder autonom eingestellt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Arthrosepatienten mit ihrer chronischen Erkrankung eine selbstbewusste Patientengruppe darstellen, die ganz im Gegensatz zur bestehenden Praxis umfassend in Entscheidungsprozesse integriert werden möchte.

Höhere Entscheidungszufriedenheit bei Partizipation, PEF-Trainings vielfältig wirksam

Das Ausmaß an erfolgreicher Partizipation korrelierte in der vorliegenden Studie signifikant ($r=0,322$; $p<0,001$) mit der Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung. Arthrosepatienten möchten mitentscheiden und sind dementsprechend unzufrieden mit dem Ergebnis, wenn sie nicht miteinbezogen werden.

Die Auswirkung von Partizipation auf die Zufriedenheit mit der Entscheidung zeigt sich auch in Interventionsstudien. In einem systematischen Review wurden die Effekte von Interventionen zur partizipativen Entscheidungsfindung anhand von 10 Übersichtsarbeiten über insgesamt 256 randomisierte kontrollierte klinische Studien untersucht (Loh et al., 2007). Neben der Verbesserung ihrer Partizipationsmöglichkeiten (mehr Wissen, realistischere Risikowahrnehmung und Erwartungen an die Behandlungsverläufe sowie aktivere Partizipation) erlebten Patienten auch weniger Entscheidungskonflikte und Unentschlossenheit.

Zur Verbesserung der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) bei elektiven Operationen wurden unterschiedliche Herangehensweisen sowie bestehende Effekte untersucht. In einem systematischen Review über 24 englisch veröffentlichte Studien (Boss et al., 2015) nutzten 20 Studien Entscheidungshilfen oder unterstützende Materialien, inklusive Multimedia bzw. Videos (13 von 20), schriftliche Informationen (3 von 20) oder persönliches Coaching (4 von 20). Die meisten Studien waren zu Operationen an der Wirbelsäule (7 von 24), gefolgt von den Gelenken (5 von 24) sowie im Bereich der Gynäkologie (4 von 24). Die Effekte der PEF auf die Entscheidung für oder gegen eine Operation war zwischen den Studien unterschiedlich. Ein Rückgang der Operationen zeigte sich bei 9 (von 24) Studien, keinen Unterschied bei 8 (von 24) und eine Zunahme bei einer Studie. PEF verbesserte die Entscheidungsqualität (3 von 3), genauso wie das Wissen oder die Vorbereitung (4 von 6). Die Autoren schließen daraus, dass PEF die Entscheidungskonflikte minimiert und die Entscheidungsqualität verbessert, jedoch ob PEF die Operationshäufigkeit reduziert, kann nicht eindeutig bestätigt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Partizipation die Zufriedenheit von Arthrosepatienten verbessert und eine breite allgemeine Evidenz für positive Effekte auf Zufriedenheit und Entscheidungsqualität bei vielfältigen PEF-Implementierungsmöglichkeiten vorliegt.

Vielfältig vorinformiert, mit dem Alter steigend, mehr Partizipation bei umfangreicher Vorinformation

Arthrosepatienten stellen, vermutlich auf Grund des chronischen Verlaufs ihrer Erkrankung, eine vielseitig informierte Patientengruppe dar. In der untersuchten Unterstichprobe der $N=356$ Arthrosepatienten, in deren Arztgespräch eine medizinische Entscheidung getroffen worden war, informierten sich 94,7% im Vorfeld des Gesprächs über das Internet. Patientenbroschüren wurden von 19,9% und Fachliteratur von 17,7% genutzt. 25% holten sich Rat von Angehörigen oder Bekannten, 1,1% in Selbsthilfegruppen und 9,3% nutzten noch andere Quellen. Sehr viele Patienten hatten sich entweder zuvor bei anderen Ärzten beraten lassen (75,3%) oder waren bereits von Ärzten der orthopädischen Klinik in Großhadern beraten worden (47,5%). 30,4% der Patienten hatten sich auch bei anderen Heilberufen informiert. Das Ausmaß an Vorinformation nahm interessanterweise mit dem Alter signifikant zu ($p=0,003$). Patienten, die angaben, sich im Vorfeld nicht selbständig informiert zu haben, waren im Schnitt 51 Jahre alt ($n=27$; $SD=16,7$). Ein wenig vorinformierte Patienten waren im Schnitt 55 Jahre alt ($n=149$; $SD=16,8$). Sehr ausführlich vorinformierte Patienten waren die größte und mit im Schnitt ca. 60 Jahren die älteste Gruppe ($n=245$; $SD=15,6$). Ausführliche Vorinformation stand in der vorliegenden Studie auch mit einer höheren wahrgenommenen Partizipation in Zusammenhang ($p=0,04$; $N=356$).

Im Vergleich dazu gaben in einer Studie zur eigenständigen Information von Brustkrebspatientinnen nur 34,7% (N=584) an, das Internet als Informationsquelle zu nutzen (Scheibler et al., 2006). Die Nutzung war positiv korreliert mit dem Bildungsstand und negativ mit dem Alter. Es zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen eigenständiger Information und Vertrauen in den Arzt, jedoch erhöhte die Vorinformation leicht die wahrgenommene Partizipation.

Dieser Kontrast lässt vermuten, dass Arthrosepatienten durch den langsam fortschreitenden Verlauf und den zunehmenden Behandlungsbedarf ihrer Erkrankung genug Zeit und ein hohes Interesse haben, sich aktiv über die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, und die Verantwortung für weitere Behandlungen weniger den Ärzten überlassen möchten.

Diskussion Studienteil II unter Einbezug der Ergebnisse von Studienteil I

Einschränkungen durch die Wahl der Stichprobe und der Methode

Die in der qualitativen Forschung geltenden Gütekriterien bezüglich der Entwicklung und Prüfung der Erhebungsinstrumente, der Datenerfassung und Transkription sowie der Durchführung der Auswertungsmethode wurden eingehalten. Jedoch sind gewisse Limitationen bei der Einordnung der Ärzteinterviews zu berücksichtigen. Durch die Auswahl der Befragten, ausschließlich orthopädische Ärzte und eine Ärztin der orthopädischen Klinik und Poliklinik eines Universitätsklinikums, besteht eine eingeschränkte Generalisierbarkeit auf andere orthopädische Kliniken oder gar ambulant tätige Orthopäden. Die Rahmenbedingungen der Entscheidungsgespräche bestimmen Inhalte und Vorgehen in medizinischen Entscheidungsprozessen mit. Dies betrifft zum einen die spezielle Klientel. Patienten werden oft von Hausarzt oder niedergelassenem Orthopäden speziell in diese Klinik überwiesen, welcher teilweise bereits die Indikation für eine Operation gestellt hat oder aufgrund der Komplexität der gesundheitlichen Situation die dortigen Fachkräfte miteinbeziehen möchte. Durch das Setting eines Ausbildungskrankenhauses werden Patienten vermehrt zunächst durch unerfahrene, junge Assistenzärzte jedoch unter Überwachung des verantwortlichen Oberarztes behandelt. Die Geschlechterverteilung des interviewten Kollektivs spiegelt mit acht Ärzten (88,9%) und einer Ärztin (11,1%) die vorliegende Verteilung in der orthopädischen Klinik und auch generell die Verteilung in diesem Fach wieder. Laut Statistik der Bundesärztekammer (2014) waren im Jahr 2013 in Deutschland insgesamt 12984 Fachärzte für Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie tätig, davon waren jedoch lediglich 13,8% weiblich. Jedoch wäre vor dem Hintergrund der inhaltlichen Repräsentativität eine weitere Ärztin mit kontrastierenden Einstellungen sinnvoll gewesen. Während der Rekrutierung war bereits ein solcher Fall angeworben worden, jedoch kam es aus unterschiedlichen Gründen nie zur Durchführung des Interviews. Auch das Verhältnis von Oberärzten zu Assistenzärzten ist im vorliegenden Kollektiv leicht zugunsten der Oberärzte im Vergleich zur Verteilung in der gesamten orthopädischen Klinik verschoben. Das führt zu dem, dass Perspektiven und Problembereiche jüngerer Kollegen etwas weniger vertreten sind, zum anderen jedoch ermöglichte es, den größeren inhaltlichen Erfahrungsschatz der älteren Kollegen abzubilden, was im Rahmen der qualitativen Forschung durchaus seine Berechtigung hat (H. Merkens, 2009). Eine weitere Limitation der Interviewstudie besteht in der Kenntnis der Befragten der Inhalte und Ziele der Studie. Eine gewisse Verzerrung durch sozial erwünschte Antworten und gezielte, leitfadengerechte Darstellung der Abläufe ist nicht ganz ausgeschlossen. Da sich bei der Auswertung sehr prägnante unterschiedliche Perspektiven zeigten, wird das Ausmaß an inhaltlichen Verzerrungen als begrenzt eingeschätzt. Jedoch versagte bei einem Interview die Aufnahmetechnik, sodass es wiederholt werden musste. Am Ende des Interviews hatte sich der befragte Arzt nach hilfreichen Strategien aus Sicht der Interviewerin erkundigt. Diese Perspektiven beeinflussten an einer Stelle die Aussagen im wiederholten Interview. Daher wurden diese Textstellen aus der Analyse ausgeklammert.

Medizinische Entscheidungsprozesse in der Orthopädie aus Ärzteperspektive unter Einbezug der Patientenperspektiven

Die Auswertung der qualitativen Ärzteinterviews liefert diverse Erklärungsmöglichkeiten und Lösungsansätze für die, in der quantitativen Studie erhobene, große Diskrepanz zwischen ausgeprägtem Partizipationswunsch der Arthrosepatienten und geringer Bereitschaft der Orthopäden. Ärztliche Handlungsstrategien, Perspektiven und Rollenmuster werden in den einzelnen Prozessschritten der Entscheidung deutlich. Zur Gegenüberstellung von Ärzte- und Patientenperspektiven werden jeweils die Ergebnisse der einzelnen Prozessschritte beschrieben und unter Einbezug der Fragebogenstudie diskutiert.

1. Prozessschritt: Kontaktaufnahme, Infoaustausch, Untersuchung und Diagnose

Im ersten Prozessschritt, also den Interaktionen von Kontaktaufnahme bis Diagnose, zeigen sich in den einzelnen Subprozessen diverse Kernthemen, Problembereiche und Strategien.

Schwierige Rahmenbedingungen aus Ärzte- und Patientensicht

Die befragten Ärzte erleben diverse Rahmenbedingungen der orthopädischen Ambulanz als belastend für das Patientengespräch. Insbesondere benannten sie die langen Wartezeiten, die vielen Unterbrechungen (durch Funk, Studenten, Krankenschwester) und die wechselnden Ärzte bei Folgeterminen. Pro Patient sei eine Zeiteinheit von 10 min. für den gesamten Entscheidungsprozess inklusive Untersuchung vorgesehen. Die Investition in ein gutes Patientengespräch würde seitens der Krankenkassen nicht vergütet. Orthopäden und Arthrosepatienten scheinen an dieser Stelle eine ähnliche Problemwahrnehmung zu haben. In Freitextantworten der Fragebogenstudie kritisierten Arthrosepatienten die langen Wartezeiten in der Ambulanz, den Zeitdruck/-mangel und den damit verbundenen Stress der Ärzte sowie externe Störungen (Studenten, Krankenschwester, Funk, Telefonate). Zudem wurde die Regelung bemängelt, dass stets wechselnde Assistenzärzte das Gespräch führen und dann der Oberarzt über die weitere Behandlung entscheidet. Das Verbesserungspotential durch eine Umstrukturierung der allseits als belastend empfundenen Rahmenbedingungen könnte an dieser Stelle noch mehr ausgeschöpft werden, zumal diese entscheidend zur Patientenzufriedenheit beitragen. Laut einer qualitativen Befragung von Ärzten, Patienten und medizinischem Hilfspersonal in einer orthopädischen Ambulanz seien die Faktoren Wartezeit, Gesprächszeit, Vertrauen, Empathie, Kommunikation, Erwartungen und Beziehung besonders relevant (Waters, Edmondston, Yates, & Gucciardi, 2016).

Interessanterweise gaben die hier befragten Arthrosepatienten mit im Schnitt 26 Minuten (SD=16 Min., 2 - 150 Min.) eine deutlich längere Gesprächsdauer als die Ärzte an. Scheinbar wird mehr Zeit in den Patientenkontakt investiert, als formal vorgesehen. Möglicherweise führten auch langwierige Untersuchungsprozeduren wie bildgebende Verfahren, die von kurzen Gesprächssequenzen davor und danach eingerahmt sind, zu diesen langen Zeitangaben. Hier zeigen sich methodische Mängel bei der Erfassung der Gesprächszeiten, da keine Differenzierung von Gespräch und weiterführenden diagnostischen Verfahren möglich ist.

Gezielter Beziehungsaufbau – aus Patientenperspektive wichtig, aber nicht immer umgesetzt

Ein guter Beziehungsaufbau zu Gesprächsbeginn wird von zwei Ärzten mit langjähriger Berufserfahrung im Interview als wichtige Komponente hervorgehoben. Hierzu wurden die Strategien „Eindruck von competence und care vermitteln“ (A11) und „Probleme ernst nehmen“ (A1) beschrieben. Diese Strategien scheinen von großer Bedeutung zu sein, jedoch nicht von allen Ärzten immer umgesetzt zu werden. In Freitextantworten bemängelten Patienten das fehlende Bemühen um eine Vertrauensbasis (nicht beachten, kein Blickkontakt, distanziert, arrogant, unfreundlich, unsensibel). Auch das Gefühl von Kompetenz stellte sich im Kontakt mit den Assistenzärzten teilweise nicht ein (wirkten unsicher, inkompetent).

Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient: Balanceakt zwischen Zeitbegrenzung und Patientenbedürfnissen – Lösungsansätze zur Berücksichtigung psychischer Belastungen

Als wichtige Strategie im Informationsaustausch zur Diagnosestellung wird die freie Rede des Patienten genannt. Dabei könne das medizinische Hauptanliegen gehört und verstanden werden. Jedoch müssten ausufernde Patienten eingebremst und in die relevanten Bahnen gelenkt werden. Wann und wie dies passiere, scheint eine enorme Auswirkung auf die Patientenwahrnehmung des

Gesprächs zu haben. Bei der Patientenbefragung (Freitextantworten) war ein zentraler Kritikpunkt, im Gespräch nicht ernst genommen und in den eigenen Anliegen nicht gehört worden zu sein.

Neben dem medizinischen Anliegen könnte laut einem Arzt mit langjähriger Berufserfahrung (A1) aus der freien Rede auch die psychische Verarbeitung der Situation herausgehört und ggf. bewusst thematisiert werden (Ängste, Befürchtungen, Wünsche etc.). Dieses Vorgehen könnte für Orthopäden eine effektive Strategie sein, die von Patienten ersehnte Unterstützung bezüglich der eigenen Sorgen und Ängste zu gewährleisten. In der Fragebogenstudie hatten 85% der Patienten angegeben, sich Sorgen um die Operation zu machen, nur die Hälfte der Patienten sei diesbezüglich von ihrem Arzt angesprochen worden, jedoch Zweidrittel hätten sich dies gewünscht. Das hohe Ausmaß an klinisch relevanten psychischen Belastungen (43% litten an Angst und/oder Depressionen) und der wissenschaftlich nachgewiesene Einfluss auf das operative Outcome (Vissers et al., 2012) unterstreichen die Bedeutsamkeit dieses Vorgehens. Auch gibt es Hinweise, dass das Eingehen auf die angedeuteten Sorgen das Gespräch in Summe eher verkürzt, da Patienten sich danach wieder mehr auf die Inhalte einlassen können (W. Levinson et al., 2000). Die freie Rede des Patienten noch bewusster und gezielter zu nutzen erscheint auch vor dem Hintergrund relevant, dass Ärzte Patienten nach im Schnitt elf Sekunden unterbrechen und insbesondere Fachärzte dadurch oft die persönlichen Prioritäten und Anliegen der Patienten verpassen (Singh Ospina et al., 2019).

Vermittlung der Diagnose – Strategien und Nachholbedarf

Die Vermittlung der Diagnose und das mögliche Konfliktpotential in diesem Prozessschritt würden von der Schwere der Diagnose beeinflusst. Wichtig seien eine patientengerechte Sprache und ggf. emotionale Unterstützung. Hierbei werden Strategien von Ärzten mit längerer Berufserfahrung (A1, A11) beschrieben, aber auch Unsicherheiten und der Wunsch nach besserer Schulung von weniger erfahrenen Ärzten angegeben. Die bestehenden Schulungen in der Ärzteausbildung sollten daher noch ausgebaut werden bzw. im Verlauf der Facharztausbildung weiter intensiviert werden.

2. Prozessschritt: Informationsaustausch zu Therapieoptionen

Im zweiten Prozessschritt wird maßgeblich entschieden, inwieweit ein Patient an der Entscheidungsfindung partizipieren kann oder nicht. Dabei sprechen die befragten Ärzte Patienten eine grundsätzliche (Mit)-Entscheidungsfähigkeit zu. Die ermöglichte Entscheidungsqualität aber auch die vom Arzt tatsächlich zugestandene Entscheidungsmöglichkeit wird jedoch von bestimmten Bedingungen abhängig gemacht: Bedingungen der gesundheitlichen Situation und der zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten, Bedingungen im Arzt und Bedingungen im Patienten.

Bedingungen der gesundheitlichen Situation und der verfügbaren Therapiemethoden – die Bedeutung einer realistischen Vermittlung und evidenzbasierter Gesundheitsinformationen

Bestimmte Eigenschaften der verschiedenen Therapiemöglichkeiten sowie diverse Bedingungen beim Patienten scheinen das grundsätzliche Ausmaß und die Art der Partizipation zu bestimmen. Bei den verschiedenen Therapiemöglichkeiten werden große Unterschiede bezüglich Art, Schwere und Reversibilität der Risiken und Nebenwirkungen sowie der Wahrscheinlichkeit von Erfolg und Risiko beschrieben. Je nach gesundheitlicher Situation gäbe es viele oder wenige Therapiemöglichkeiten. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung einer realistischen Vermittlung betont, die jedoch nicht immer der Fall zu sein scheint. Die Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis und das Konfliktpotential bei Komplikationen hingen maßgeblich davon ab. Diese Einschätzung deckt sich mit bestehenden Studien. So konnte gezeigt werden, dass präoperative Patientenerwartungen einen massiven Einfluss auf das postoperative Outcome in der Knieendoprothetik haben (Scott et al., 2012).

Die befragten Ärzte erwähnten in der vorliegenden Studie auch mehrfach die juristische Relevanz und Problematik der Aufklärung. Patienten hätten je nach Naturell Schwierigkeiten, die vermittelten Informationen psychisch konstruktiv zu verarbeiten sowie deren Relevanz adäquat einzuordnen. Auch Patientenfaktoren (wie z.B. Alter, sozialer Hintergrund, Lebenserwartung und Aktivitätsniveau), die Sicherheit der Diagnose, die Dringlichkeit des Eingriffs bis hin zum Notfall sowie der Leidensdruck und die Persönlichkeit des Patienten bestimmen, nach Einschätzung der Ärzte, die Rahmenbedingungen einer Entscheidung. Je nach Konstellation sind Entscheidungen komplexer oder dringlicher. In solchen Situationen wird ein meist arztzentriertes Vorgehen beschrieben. Besteht jedoch gleichzeitig große Unsicherheit in Bezug auf das Ergebnis eines Eingriffs suchen die befragten Ärzte mehr Kooperation mit dem Patienten im Entscheidungsprozess, um die Compliance bei schlechten Ergebnissen zu erhöhen. Je nach Leidensdruck und Persönlichkeitsstruktur werden Patienten im Entscheidungsprozess auch ermutigt oder eingebremst, um Fehlentscheidungen zu vermeiden. Auch wenn die Rahmenbedingungen für eine Mitentscheidung sprechen (z.B. bei elektiven Eingriffen), räumen Ärzte selbstkritisch ein, den Prozesse teils zu arztzentriert zu gestalten.

An dieser Stelle wird die Bedeutung der Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patienten und Ärzte besonders deutlich, um die Wahrscheinlichkeit der Patientenpartizipation unter den verschiedenen Bedingungen zu erhöhen. Wie die Forschungsgruppe um Prof. Ingrid Mühlhauser zeigte, eignen sich die bestehenden Gesundheitsinformationen, wie sie z.B. in juristischen Aufklärungen vorliegen, nicht zur Risikoabschätzung und Entscheidungsfindung (Mühlhauser, Albrecht, & Steckelberg, 2014). Im Bereich der Endoprothetik bestehen bereits vielversprechende Ansätze (vgl. de Jesus, Stacey, & Dervin, 2017; Ibrahim et al., 2017; Jayadev, Khan, Coulter, Beard, & Price, 2012).

Unterschiedliche Vermittlungsfähigkeit und -bereitschaft bei Ärzten – recht positive Patientenwahrnehmung

Eine gute Vermittlungsfähigkeit wird als Voraussetzung für eine grundlegende (Mit-) Entscheidungsfähigkeit von Patienten angesehen. Die Vermittlungsstrategien der Ärzte unterscheiden sich jedoch sehr in ihrem Ausmaß an Patientenzentrierung. Bei Strategie „Medizinische Fachsprache vereinfachen, Zeit ins Patientengespräch investieren, Meinungsbildung ermöglichen“ liegt der Fokus auf der Befähigung zur Partizipation. Die Vermittlungsstrategien „Technische Details erklären“, „Patienten scheinbar aufklären, Vertrauen erzeugen für einen guten Placeboeffekt“, „Scheinbar aufklären um reibungslosen zeitlichen Ablauf zu gewährleisten“ und „in möglichst kurzer Zeit vom Richtigen überzeugen“ weisen auf eine geringere Bereitschaft zur Vermittlung sowie gewisse Defizite in der Vermittlungsfähigkeit hin. Das Verständnis von Patienten bleibt teils unzureichend, was auch als belastend empfunden wird.

Demgegenüber kritisierten in der Patientenbefragung vergleichsweise wenige Patienten die Vermittlungskompetenz in Freitextantworten. Auch die Subskala im PEF-FB-9 zur verständlichen Vermittlung von Informationen ergab im Vergleich zu den anderen Skalen deutlich bessere Werte. Aus Patientenperspektive wird die Vermittlungskompetenz der orthopädischen Ärzte also relativ positiv wahrgenommen.

Verständnisprobleme – eine Herausforderung für die ärztliche Vermittlungskompetenz

Je nach wahrgenommenem Verständnis eines Patienten schränken die befragten Ärzte seine (Mit-) Entscheidungsmöglichkeit ein oder erweitern sie. Abgesehen von einigen sehr verständigen Patienten beschreiben zumindest ein Teil der Ärzte größere Verständnisprobleme bei Patienten. Vor dem Hintergrund der grundlegenden Wissensasymmetrie zwischen Arzt und Patient und dem ärztlichen Fachvokabular scheinen eine teils geringere Bereitschaft zur Vermittlung sowie Defizite in der

Vermittlungsfähigkeit bei Ärzten die nötige Übersetzung in patientengerechte Sprache zu erschweren. Zudem werden weitere Hürden wie mangelnde Intelligenz, altersbedingte kognitive Defizite, Sprachbarrieren sowie mangelndes Interesse oder geringe Bereitschaft zur Partizipation beschrieben. Auch werden Beispiele genannt, in denen Ängste und Sorgen von Patienten die Interaktion in Prozessschritt 2 erschweren. Auch hier werden Unsicherheiten im Umgang mit Emotionalität beim Patienten thematisiert.

Vorinformation

Das Ausmaß an Vorinformation wird von Ärzten stark unterschätzt

Patienten werden jedoch nicht nur von ihrem betreuenden Arzt informiert, sondern informieren sich bereits im Vorfeld. Aus Sicht der befragten Ärzte führen veränderte Patientenrollen, aber auch mangelndes Vertrauen in die ärztliche Behandlungskompetenz und die Angst vor interessensgeleiteten Behandlungsentscheidungen zu diesem Eigenengagement. Die Gefahr möglicher ökonomischer Interessen und auch Interessenskonflikte in der Ärzteausbildung spielen zwar, nach Aussage der befragten Ärzte, in der Uniklinik eine vergleichsweise geringe Rolle, werden jedoch auch nicht gänzlich verneint. Das mangelnde Vertrauen von Patienten, das aus ihrer Sicht z.B. auch zu intensiver, eigenständiger Vorinformation führt, erscheint demnach nicht ganz unberechtigt. Auch dieser Aspekt spricht für eine Stärkung der Patientenpartizipation.

Insgesamt wird ein Zuwachs an bereits eigenständig vorinformierten Patienten beschrieben, wenngleich das Gesamtmaß als relativ gering eingeschätzt wird. Als verbreitetste Quellen werden Internet und Fernsehen angegeben, wobei sich über das Internet hauptsächlich jüngere Patienten informieren würden. Die Ärzte wahrnehmung deckt sich hier nicht mit den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung. 94,7% Arthrosepatienten, in deren Arztgespräch eine medizinische Entscheidung getroffen worden war, gaben an, sich im Vorfeld des Gesprächs über das Internet sowie zusätzlich über andere Quellen informiert zu haben und zwar mit dem zunehmenden Alter steigend.

Gut vorinformierte Arthrosepatienten partizipieren mehr – aus Ärzte- und Patientensicht

Aus ärztlicher Sicht ist gute Vorinformation von Patienten durch ein breites Informationsangebot häufiger geworden. Sie ermöglicht aus Perspektive einiger Ärzte, dass Patienten auf relativ hohem Niveau mitsprechen und mitentscheiden sowie durch gezielte Fragen die Entscheidungsqualität sogar verbessern könnten. In Summe beschreiben die befragten Ärzte jedoch, eine derart positive Unterstützung im Arztgespräch wenig zu erleben, am ehesten noch bei jüngeren Patienten oder seltenen Erkrankungen.

Ausführliche Vorinformation war auch in der quantitativen Patientenbefragung mit höherer, empfundener Partizipation seitens der Arthrosepatienten korreliert. Dies könnte zum einen daran liegen, dass gut informierte Patienten mehr Möglichkeiten zur Partizipation haben. Bereits im Vorfeld des Gesprächs können Behandlungsoptionen und individuelle Präferenzen reflektiert werden. Eine andere Erklärung für den Zusammenhang zwischen Vorinformation und Partizipation könnte sein, dass Patienten, die mehr partizipieren möchten, sich auch im Vorfeld besser informieren.

Entscheidet die Qualität von Vorinformationen ob es zu einer Verbesserung der Partizipation und Entscheidungsqualität oder aber zu einer Belastung von Vertrauen und Zusammenarbeit kommt?

Als Ursache für die aus ärztlicher Sicht häufig bedenkliche Vorinformation vieler Patienten geben diese eine mangelhafte Qualität vieler Quellen im Internet und eine unzureichende Fachkenntnis von

Zweitmeinungsärzten an. Aus ihrer Sicht überschätzen Patienten ihre Kompetenz zur Bewertung von Quellen und individuellen Einordnung von Gesundheitsinformationen.

Während aus ärztlicher Sicht gute Vorinformation als hilfreich aber selten beschrieben werden, erleben orthopädische Ärzte bei „schlechter“ Vorinformation vielfältige, negative Folgen für das Vertrauen und die Zusammenarbeit. Als besonders schwierig werden vorgefertigte, festgefahrene Behandlungsvorstellungen erlebt. Das entgegengebrachte Misstrauen gegenüber den eigenen Therapievorstellungen wird von einigen der befragten Ärzte als kräftezehrender, zeitlicher Mehraufwand bis hin zur Gefahr des Scheiterns der Zusammenarbeit erfahren.

Auch in einer qualitativen Studie an elf niedergelassenen Gynäkologen und Hausärzten zeigte sich eine starke Ambivalenz gegenüber „informierten Patienten“ (Baumgart, 2010). Irreführende Vorinformationen würden verunsichern. Das Verhältnis zwischen Experten und Laien verändere sich dadurch spürbar. Das Vertrauen leide teilweise deutlich, Patienten würden sie im Gespräch „abprüfen“. Es müsse um die Informationshoheit gerungen werden. Patienten würden „fordernder“, „schwieriger“ oder „sehr anstrengend“ erlebt, insbesondere wegen der mitunter „ewig langen Diskussionen“, die „leider wirklich zeitraubend“ seien. Auch seien teils zusätzliche Untersuchungen, Zweitmeinungen und Überweisungen nur zur Beruhigung des Patienten nötig. Je komplexer Krankheitsbilder und Behandlungsoptionen, desto willkommener sei den befragten Ärzten die Eigeninitiative. Sie erlebten diese dann eher als „kooperative Patienten“, mit denen man „besser Entscheidungen treffen kann“ und mit denen „es eine Diskussionsgrundlage gibt“. Auch würden sie von einigen als hilfreiche Herausforderung geschätzt, die eigenen Automatismen zu hinterfragen. Bei schweren Erkrankungen helfe die Informationssuche der Ohnmachtserfahrung der Krankheit etwas entgegenzusetzen. Die Autorin schließt, dass je nach Umgang des Arztes es in Summe zu besserer oder schlechterer Compliance, zu mehr Misstrauen oder mehr Kooperation, zu einem langfristig höheren oder geringeren Zeitaufwand kommen könne. Es zeigten sich bei den verschiedenen Ärzten autoritärere Haltungen, wo versucht wird, die Informationssuche zu unterbinden, oder aber auch integrativere Umgangsformen, bei denen die Informationen integriert und auf dieser Basis das Gespräch gestaltet wird.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass neue Wege im Umgang mit selbstinformierten Patienten benötigt werden, die sowohl Lösungen für die erlebten Problembereiche anbieten, als auch den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden.

Strategien im Umgang mit vorinformierten Patienten – wertvolle Ansatzpunkte

Im Umgang mit dem Konfliktpotential bei vorinformierten Patienten zeigen sich unterschiedlichen Strategien mit teilweise vielversprechenden Ansätzen, die sich auch in einer breiten Umsetzung bewähren könnten.

So wird im Rahmen eines eher arztzentrierten Vorgehens (A11) durchaus mit Erfolg versucht, den Patienten mit guten Argumenten für die eigene Perspektive zu gewinnen. Im Rahmen der eigenen medizinischen Vertretbarkeit wird auch ein Eingehen auf die speziellen Behandlungsvorstellungen erwogen. Eine gezielte Auseinandersetzung mit der Vorinformation und dem daraus entstandenen Behandlungswunsch des Patienten ermöglicht aus der Perspektive zweier partizipativ eingestellter Ärzte (A13, A1) Vorinformation als hilfreichen Beitrag ins Gespräch zu integrieren und auf dieser Basis Weiteres zu erklären sowie den Umgang mit Quellen zu schulen.

Auch die Autoren einer Studie zur Internetnutzung von Krebspatienten und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Beziehung fordern mehr Bereitschaft der Ärzte zu einem offenen Dialog (Kirschning, Michel, & Kardorff, 2004). Sie beleuchten die Patientenperspektive, wonach die Hälfte der von ihnen untersuchten Patienten die Erfahrung machte, dass ihre Ärzte interessiert auf ihre Vorinformationen

aus dem Internet reagierten und gut damit umgehen konnten. Mehr als ein Viertel gab jedoch an, dass die behandelnden Ärzte irritiert und aus ihrer Sicht überfordert reagiert hätten. Teilweise wurden auch sehr negative Reaktionen erlebt. Vor dem Hintergrund wird die Notwendigkeit gezielter Ärztefortbildungen und eines Erfahrungsaustausches unter Ärzten betont.

3. Entscheidung/Gesamtdarstellung des Entscheidungsprozesses

In Prozessschritt 1 und 2 wurden die einzelnen Vorgehensweisen und damit verbundenen Problembereiche im Verlauf von Entscheidungsprozessen herausgearbeitet. Um den Entscheidungsstil der einzelnen Ärzte verstehen und einordnen zu können, wurde schließlich pro Arzt eine Übersicht über entscheidende Entscheidungsparameter erstellt. So lassen sich Typen bilden und Vorgehensweisen, die zur letztendlichen Entscheidung führen, vergleichen. Folgende Entscheidungsparameter wurden zur vergleichenden Darstellung herangezogen: I Entscheidungshoheit, II vorgesehene Patientenpartizipation, III Information über Behandlungsalternativen, IV Befähigung zur Partizipation und V Umgang mit Partizipationswunsch.

Die vergleichende Analyse der verschiedenen Vorgehensweisen im Entscheidungsprozess zeigt eine Bandbreite an Grauschattierungen jenseits der schwarz-weißen Einordnung in arztzentrierte und patientenzentrierte Entscheidungen.

I Entscheidungshoheit – Gleichverteilung der befragten Orthopäden auf arztzentrierte, partizipative und gemischte Entscheidungsformen – Erklärungsansatz für hohe Varianz im PEF-FB-9 der quantitativen Patientenbefragung

Auf Basis der Aussagen in den Interviews wurde versucht, die persönliche Einstellung der einzelnen Ärzte zur Entscheidungshoheit angemessen zu kategorisieren. Die befragten Ärzte ließen sich gleichverteilt drei Gruppen zuordnen: arztzentrierte (A8, A11, A4) und partizipative Entscheidungsformen (A13, A14, A1) sowie Mischformen (A10, A7, A5). Die Mischformen erscheinen interessant, da Partizipation teilweise, wie in Prozessschritt 2 beschrieben, an bestimmte Bedingungen geknüpft wird. Insbesondere bei Entscheidung unter Unsicherheit wird der Einbezug des Patienten gesucht. Im Vordergrund scheint zwar die persönliche Absicherung zu stehen, jedoch scheinen auch gutes Verständnis und Interesse beim Patienten zu mehr Integration in den Entscheidungsprozess beizutragen. Die partizipativen Entscheidungsformen betonen die Beraterrolle, eine gewisse Lenkung erfolgt durch ausgesprochene Empfehlungen. Einschränkungen der Partizipation werden bei Notfällen eingeräumt.

Aussagekräftig ist an dieser Stelle der Vergleich mit der Patientensicht. Die befragten Arthrosepateuten nahmen im Schnitt in den Gesprächen eine geringe Partizipation wahr (PEF-FB-Summenscore $M=54,8$; $0 = \text{keine bis } 100 = \text{maximale Partizipation}$; $N=356$), jedoch bei großer Varianz ($SD=27,1$). Die Aussagen der befragten Ärzte und deren qualitative Analyse decken sich also mit der quantitativen Patientenbefragung. Ein Teil der orthopädischen Ärzte scheint noch in einem paternalistischem Rollenmodell verhaftet zu sein. Es zeigen sich in den Mischformen erste Schritte zur Öffnung gegenüber partizipativeren Vorgehensweisen, jedoch scheint nur ein Drittel diese konsequent umzusetzen. Gleichzeitig bestätigt dieses vorhandene Drittel und die, aus Patientensicht, bestehende große Varianz, dass Patientenpartizipation in den bestehenden Strukturen möglich ist und sogar bereits gelebt wird.

Die beschriebene Strategie, zumindest bei Entscheidungen unter Unsicherheit Patienten mehr in den Entscheidungsprozess zu integrieren, um Konflikte oder Klagen zu vermeiden und eine Kooperation beim weiteren Vorgehen sicherzustellen, erscheint auch vor dem Hintergrund der bestehenden Forschung sinnvoll. So konnte in einer Studie über 804 Patienten gezeigt werden, dass diejenigen Patienten, die eine partizipative Entscheidungsfindung erlebt haben, auch bei schlechtem Ausgang der

Behandlung, sehr viel seltener planen, sich zu beschweren oder gerichtlich vorzugehen (Schoenfeld et al., 2019).

II vorgesehene Patientenpartizipation – Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis?

Das Ausmaß an vorgesehener Partizipation zeigt sich in drei Ausprägungen: Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis bis informierte Zustimmung (A7, A8, A11), i.d.R. bedingte Partizipation (aber bei bestimmten Patienten auch Zustimmung ohne ausreichendes Verständnis (A5)) (A10, A4, A5) und umfangreiche Partizipation (A13, A14, A1).

Bei der Analyse der vorgesehenen Patientenpartizipation mit insgesamt ein Drittel der Ärzte, die von Zustimmung zu medizinischen Behandlungen ohne ausreichendes Verständnis sprechen (A7, A8, A5) bzw. informierte Zustimmung bereits als Beteiligung am Entscheidungsprozess begreifen, zeigt sich das Auseinanderklaffen zwischen Patientenwunsch und Ärzterealität besonders deutlich. In der Patientenbefragung ergab auch die Single-Item-Analyse des PEF-FB-9 besonders niedrige Werte für den Einbezug in die Auswahl und Abwägung der Behandlungsmöglichkeiten. Die Konzepte von Patientenpartizipation scheinen bei einem Teil der orthopädischen Ärzte noch recht rudimentär zu sein. Hier besteht dringender Schulungsbedarf auch zur konkreten Umsetzung im Behandlungsalltag.

III Information über Behandlungsalternativen – zur juristischen Absicherung oder zur Patientenpartizipation?

Wie ausgiebig über Behandlungsalternativen mit ihren Chancen und Risiken aufgeklärt wird, kann hier grob in zwei Gruppe geteilt werden: die formale Information (A7, A10, A8, A4, A11), welche sich teilweise an der juristischen Aufklärungspflicht orientiert und bis auf Ausnahmen nicht die Patientenbefähigung anzielt, und demgegenüber die umfangreiche Information (A5, A13, A14, A1).

Die unter Prozessschritt 2 bereits erwähnte Bedeutung der Entwicklung und Implementierung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen für Patienten und Ärzte wird auch hier augenscheinlich. Die beschriebene formale oder auch juristische Information ermöglicht keine adäquate Risikoabschätzung für Patienten (Mühlhauser et al., 2014). Jenseits der Veränderung bestehender Rollenmuster erscheint die Nutzung bereits bestehender Materialien u.a. in der Endoprothetik (vgl. de Jesus et al., 2017; Ibrahim et al., 2017; Jayadev et al., 2012) eine pragmatische Vorgehensweise zur Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten.

IV Befähigung zur Partizipation – die Haltung bestimmt die Wahrnehmung von Möglichkeiten

Das Ausmaß an Befähigung zur Partizipation durch die befragten Ärzte lässt sich in zwei Kategorien mit derselben Gruppenzusammenstellung wie bei III einteilen: wenig bis bedingte Befähigung (A7, A10, A8, A4, A11) und umfangreiche Befähigung (A5, A13, A14, A1).

In der ersten Kategorie finden sich halbherzige Bemühungen zur Befähigung, kaum zugeschriebene Partizipationsfähigkeit (wenig echte informierte Zustimmung) (A8), wenig aktive Befähigungsbemühungen – außer bei verständigen Patienten und unklaren Entscheidungen (A10), ein unklares Ausmaß des ärztlichen Engagements – Zeit geben bei emotionaler Belastung (A4) sowie eine Befähigung zur informierten Zustimmung (A11, A7). Hier zeigen sich die bereits in einem systematischen Review beschriebenen Kommunikationsdefizite von Chirurgen u.a. bezüglich der Befähigung von Patienten zur Partizipation (W. Levinson et al., 2013).

Dagegen zeigt sich in der zweiten Kategorie eine umfangreiche Befähigung bei allen vier Ärzten mit umfangreicher Information (A5, A13, A14, A1), eingeschränkt bei sprachlichen Hürden (A5, A14), zusätzlicher Ermunterung zur Zweitmeinung (A13, A1), auf Wunsch Aussprechen von Empfehlungen

(A13, A14, A1), Einräumen von Zeit (A14) und meist guter Befähigung auch von Bildungsschwachen (A1).

Bei der „Information über Behandlungsalternativen“ und der allgemeiner gehaltenen Kategorie „Befähigung zur Partizipation“ zeigen sich vier Ärzte motiviert, sich über die formal notwendige Information hinaus für das Verständnis des Patienten zu engagieren bzw. sich um Dolmetscher, Zweitmeinung, zusätzliche Zeit oder das Verständnis bildungsschwacher Patienten zu bemühen. Hier wird die Basis dafür gelegt, Patientenpartizipation zu ermöglichen. Es bestehen also in der orthopädischen Ambulanz konkrete Konzepte zur Umsetzung und zumindest bei einem Teil der Ärzte eine hohe Motivation. Diese Fachkompetenz könnte in Form von Teamschulungen gezielt genutzt werden.

Kurz soll an dieser Stelle noch auf das Thema Behandlungsempfehlungen eingegangen werden. Eine Studie zu Auswirkungen von Behandlungsempfehlungen auf Patientenentscheidungen zeigt klare Effekte auf den Entscheidungsprozess (Eggeling, Bientzle, Cress, Shiozawa, & Kimmerle, 2020). Die Autoren empfehlen daher, insbesondere bei präferenzsensitiven Entscheidungen, einen vorsichtigen Umgang mit der Aussprache von Empfehlungen.

V Umgang mit Partizipationswunsch

Im Umgang mit Partizipationswünschen bei Patienten zeigen sich unterschiedliche Haltungen und Problembereiche, die sich nicht wie in den obigen Kategorien eindeutig zuordnen lassen. Dies zeigt auch, dass eine Bewertung der zugrundeliegenden Einstellungen und Rollenverständnisse durchaus nicht vorschnell vorgenommen werden sollte. Grundsätzlich werden Partizipationswünsche von Patienten unter bestimmten Bedingungen (A7, A10, A11, A13, A14, A1) oder generell als positiv wahrgenommen (A5, A7, A10, A13, A14, A1) bis auf eine Ausnahme (A8).

Paternalistische Ärzte unterschätzen die Beteiligungswünsche ihre Patienten

Interessanterweise nehmen Ärzte den Wunsch nach Partizipation unterschiedlich häufig wahr. Zwei Ärzte nehmen Partizipationswünsche beim Patienten selten wahr (A4, A10), zwei Ärzte häufig (A1, A13). Wie kommt es zu dieser unterschiedlichen Wahrnehmung? Scheinbar bestimmt die grundlegende Haltung (patientenzentriert – A1, A13 vs. arztzentriert/Mischform – A4, A10), wie sehr Beteiligungswünsche überhaupt wahrgenommen werden.

Betrachtet man den Kontrast dieser Aussagen mit den Ergebnissen der quantitativen Befragung, wonach 88% der befragten Arthrosepateuten gemeinsam mit dem Arzt (72,5%) oder allein (15,5%) entscheiden möchten, ist davon auszugehen, dass paternalistisch orientierte Ärzte die Beteiligungswünsche ihrer Patienten unterschätzen.

Dies wird untermauert durch die Ergebnisse einer US-amerikanischen Fokusgruppenstudie, wonach Patienten gerne deutlich mehr an Entscheidungen partizipieren möchten, dies jedoch nicht formulieren, da sie fürchten, von den oft autoritär eingestellten Ärzten als „schwieriger Patient“ abgewertet zu werden (Frosch, May, Rendle, Tietbohl, & Elwyn, 2012).

Unterstützungsbedarf im Umgang mit zweifelhafter Vorinformation und Misstrauen

Konfliktpotential bei zweifelhafter Vorinformation und Misstrauen beschreiben sechs der neun Ärzte unabhängig von ihrem Rollenmodell (A7, A8, A11, A13, A14, A1). Drei Ärzte beschreiben Strategien im Umgang damit. Sowohl arztzentrierte (A11) als auch partizipative Strategien bieten hilfreiche Ansatzpunkte. So können Patienten mit guten Argumenten für die eigene Perspektive gewonnen

werden (A11) oder es kann, im Rahmen der eigenen medizinischen Vertretbarkeit, auf die Behandlungsvorstellungen eingegangen werden (A11). Auch kann eine gezielte Auseinandersetzung mit der Vorinformation gesucht werden. Dabei wird Vorinformation als hilfreicher Beitrag ins Gespräch integriert, auf dieser Basis Weiteres erklärt und ein kritischer Umgang mit Quellen vermittelt (A13, A1).

An dieser Stelle wird besonders deutlich, wie hilfreich ein Austausch zwischen den Ärzten sein könnte, um je nach Situation und Patient ein größeres Repertoire an Strategien zur Verfügung zu haben.

Kritik an der Validität des PEF-FB-Doc

Methodisch interessant sind die Antworten der Ärzte in der Subskala des PEF-FB-Doc „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?“. Bis auf A4 („nur der Arzt“) gaben alle befragten Ärzte an, dass die Entscheidung „Arzt und Patient“ treffen sollten. Eine Zuordnung aufgrund der Aussagen in den Interviews würde auf Basis der Kategorie I Entscheidungshoheit vielmehr so aussehen: „nur der Arzt“ (A8, A4, A11), „hauptsächlich der Arzt“ (A10, A7, A5), „Arzt und Patient“ bis „hauptsächlich der Patient“ (A13, A14, A1). Wird die Gesamtdarstellung des kompletten Entscheidungsprozesses pro Arzt als Basis herangezogen, ergibt sich folgender Zuordnungsversuch im PEF-FB-Doc „nur der Arzt“ (A8, A4, A7), „hauptsächlich der Arzt“ (A11, A10, A5), „Arzt und Patient“ bis „hauptsächlich der Patient“ (A13, A14, A1). Die Gruppe der partizipativ eingestellten Ärzte scheint relativ klar zuordenbar zu sein, während der Entscheidungsstil von A7 und A11, je nachdem welche Aussagen herangezogen werden, zu der Kategorie „nur der Arzt“ oder „hauptsächlich der Arzt“ zugeordnet werden kann. Die Angaben der Ärzte, wer aus ihrer Sicht die medizinische Entscheidung treffen soll, weicht also klar von der Fremdbeurteilung auf Basis ihrer Aussagen im Interview ab. Das von Ihnen beschriebene Verhalten im Behandlungsalltag erscheint deutlich paternalistischer.

Bislang gibt es kaum Studien zur Validität des PEF-FB-Doc und seiner Subskala „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?“. In einer Studie wurde eine gute Reliabilität für den gesamten PEF-FB-Doc nachgewiesen (Isabelle Scholl, Kriston, Dirmaier, Buchholz, & Härter, 2012). Eine Untersuchung der konvergenten Validität zwischen PEF-FB-9, der OPTION-Skala und dem PEF-FB-Doc ergab eine geringe Interkorrelationen (I. Scholl, Kriston, Dirmaier, & Härter, 2015). So zeigte sich zwischen der Patientensicht im PEF-FB-9 und der Ärztesicht im PEF-FB-Doc nur eine Korrelation von $r=0.25$.

In der vorliegenden Studie finden sich mögliche Erklärungsansätze, neben sozialer Erwünschtheit, für die geringe Interkorrelation bei (I. Scholl et al., 2015) und die oben beschriebene Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung. Auszüge der Interviews von A7 und A8 weisen darauf hin, dass teilweise abweichende Vorstellungen darüber vorherrschen, was eine „gemeinsame Entscheidung“ bedeutet. So gibt A7 (63-72) an, je nach Patient und Situation alleine oder gemeinsam mit dem Patienten zu entscheiden oder auch autonome Patientenentscheidungen zu begleiten. Nach externer Beurteilung versteht A7 jedoch unter „gemeinsamer“ Entscheidung eine arztzentrierte Entscheidung mit und ohne informierte Zustimmung – in Abhängigkeit von Erfolgsaussicht und Patienteninteresse. Auch bei A8 (5-7, 39-42) wird Zustimmung als Mitentscheidung verstanden. Zugleich wird selten ausreichend Partizipationsfähigkeit beim Patienten wahrgenommen, sodass selbst aus Sicht von A8 selbst eine informierte Zustimmung nicht wirklich möglich sei.

Auch das Verständnis der Kategorie „der Patient entscheidet allein“ differiert massiv z.B. zwischen den Ärzten A7 und A1. Bei A7 (83-86) werden schlecht informierte, engstirnige Patienten beschrieben, die aus Angst vor interessengeleiteten Arztmeinungen eine autonome Entscheidung gegen alle Widerstände erzwingen möchten, jedoch die Verantwortung für die Folgen ihrer Entscheidung ablehnen. A1 (42-63) spricht davon, dass Patienten nach umfangreicher eigener Vorinformation und

guter Befähigung durch den Arzt im Rahmen einer guten Arzt-Patient-Beziehung schließlich selbst die Entscheidung treffen.

Es kann festgehalten werden, dass die Subskala des PEF-FB-Doc „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?“ nicht ausreichend valide erscheint, da die zugrunde liegenden Konzepte nicht sicher erfasst werden. Weitere Forschungsbemühungen sind erforderlich, zumal in einem systematischen Review (Gärtner et al., 2018) qualitativ hochwertige Validierungsstudien bei den bestehenden Instrumenten zur Messung partizipativer Entscheidungsfindung fehlen.

Fazit

In dieser Forschungsarbeit wurde ein klarer Bedarf an unterschiedlichen Facetten der Patientenorientierung und Elementen der Partizipativen Entscheidungsfindung bei der Betreuung von Arthrosepatienten in der Orthopädischen Ambulanz deutlich. Gleichzeitig bestehen diesbezüglich diverse Defizite seitens der orthopädischen Ärzte, aber auch solide Best Practice Ansätze. Dabei zeigen sich große Unterschiede im Rollenverständnis und in der damit verbundenen Problemwahrnehmung. Für die vorliegende Klinik erscheinen begleitete themenspezifische Workshops sinnvoll, in denen Strategien für konkrete Situationen ausgetauscht und reflektiert werden. So könnten bestehende fachlich-orthopädische und patientenintegrierende, kommunikative Kompetenzen noch mehr zusammenfinden und eine höhere Patientenzufriedenheit und letztendlich Entscheidungsqualität ermöglicht werden. Die Erfahrung patientenorientierter ärztlicher Kollegen könnte sowohl hilfreich zum Abbau bestehender Vorurteile und Widerstände sein, als auch einfache, praktikable Umsetzungsstrategien innerhalb des bestehenden Systems verfügbar machen. Darüber hinaus sollten partizipative Entscheidungsprozeduren insbesondere bei präferenzsensitiven Entscheidungen, wie in der Endoprothetik, etabliert werden. Dafür könnten zunächst bestehende Materialien genutzt werden (vgl. de Jesus et al., 2017; Ibrahim et al., 2017; Jayadev et al., 2012). Unterstützend können einfache Tools, wie die Aushändigung weniger Fragen zur Vergegenwärtigung der eigenen Ziele im Arztgespräch, eingesetzt werden, um Patienten bei der Partizipation zu unterstützen. In einer Studie über 96 Patienten einer orthopädischen Ambulanz erwies sich dies als effektiv (Mertz et al., 2020). Um den bestehenden emotionalen Belastungen gerecht zu werden, könnten u.a. routinemäßig Screeninginstrumente wie die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), insbesondere bei Arthrosepatienten mit bevorstehender Operation, eingeführt werden.

Mittelfristig sind weitere Studien erforderlich – zu Forschungsinstrumenten (Gärtner et al., 2018) und zu evidenzbasierten Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten (Ioannidis, Stuart, Brownlee, & Strite, 2017). Wie in dem systematischen Review von Riddle et al. (2021) gezeigt wurde, besteht ein Mangel an qualitativ hochwertigen Studien zu partizipativer Entscheidungsfindung in der Knieendoprothetik.

Literatur

- Ali, A., Lindstrand, A., Sundberg, M., & Flivik, G. (2017). Preoperative Anxiety and Depression Correlate With Dissatisfaction After Total Knee Arthroplasty: A Prospective Longitudinal Cohort Study of 186 Patients, With 4-Year Follow-Up. *J Arthroplasty*, 32(3), 767-770. doi:10.1016/j.arth.2016.08.033
- Axford, J., Butt, A., Heron, C., Hammond, J., Morgan, J., Alavi, A., . . . Bland, M. (2010). Prevalence of anxiety and depression in osteoarthritis: use of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool. *Clinical Rheumatology*, 29(11), 1277-1283. doi:10.1007/s10067-010-1547-7
- Baumgart, J. (2010). Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis. *Dtsch Arztebl International*, 107(51-52), 2554-2556. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=79862>
- Begenau, J., Schubert, C., & Vogt, W. (2010). *Die Arzt-Patient-Beziehung*: Kohlhammer Verlag.
- Bieber, C., Gschwendtner, K., Mueller, N., & Eich, W. (2016). Shared decision making (SDM)-patient and physician as a team. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66(5), 195-207.
- Bieber, C., Nicolai, J., Hartmann, M., Blumenstiel, K., Ringel, N., Schneider, A., . . . Loh, A. (2009). Training physicians in shared decision-making - Who can be reached and what is achieved? *Patient Education and Counseling*, 77(1), 48-54. doi:10.1016/j.pec.2009.03.019
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R., & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, 29(4), 552-557.
- Böcken, J., Braun, B., Meierjürgen, R. . (2014). *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Boss, E. F., Mehta, N., Nagarajan, N., Links, A., Benke, J. R., Berger, Z., . . . Lipstein, E. A. (2015). Shared Decision Making and Choice for Elective Surgical Care: A Systematic Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 154(3), 405-420. doi:10.1177/0194599815620558
- Braun, B., Marstedt, G., Böcken, J., Braun, B., & Meierjürgen, R. (2014). *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*, 107.
- Brembo, E. A., Kapstad, H., Eide, T., Mansson, L., Van Dulmen, S., & Eide, H. (2016). Patient information and emotional needs across the hip osteoarthritis continuum: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 16, 88. doi:10.1186/s12913-016-1342-5
- Coulter, A., & Magee, H. (2003). *The European Patient Of The Future*: McGraw-Hill Education (UK).
- de Jesus, C., Stacey, D., & Dervin, G. F. (2017). Evaluation of a Patient Decision Aid for Unicompartmental or Total Knee Arthroplasty for Medial Knee Osteoarthritis. *The Journal of Arthroplasty*, 32(11), 3340-3344. doi:<https://doi.org/10.1016/j.arth.2017.06.014>
- deBronkart, D. (2015). From patient centred to people powered: autonomy on the rise. *BMJ : British Medical Journal*, 350, h148. doi:10.1136/bmj.h148
- Dresing, T., & Pehl, T. (2011). *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 1. Aufl. Marburg. In.
- Eggeling, M., Bientzle, M., Cress, U., Shiozawa, T., & Kimmerle, J. (2020). The impact of physicians' recommendations on treatment preference and attitudes: a randomized controlled experiment on shared decision-making. *Psychology, Health & Medicine*, 25(3), 259-269. doi:10.1080/13548506.2019.1687917
- Fossum, B., Arborelius, E., & Theorell, T. (1998). How do patients experience consultations at an orthopedic out-patient clinic? eighteen patients comment on video-taped consultations: a qualitative study. *European Journal of Public Health*, 8, 59-65.
- Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A. S., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian Physicians And Patients' Fear Of Being Labeled 'Difficult' Among Key Obstacles To Shared Decision Making. *Health Affairs*, 31(5), 1030-1038. doi:10.1377/hlthaff.2011.0576
- Fuchs, A. (2017). Orthopädietechnik. In *Klinikleitfaden Orthopädie Unfallchirurgie* (pp. 791-831).
- Fuchs, J., Kuhnert, R., & Scheidt-Nave, C. (2017). 12-Monats-Prävalenz von Arthrose in Deutschland. In (Vol. 2): Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung.

- Gärtner, F. R., Bomhof-Roordink, H., Smith, I. P., Scholl, I., Stiggelbout, A. M., & Pieterse, A. H. (2018). The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. *PLoS One*, *13*(2), e0191747. doi:10.1371/journal.pone.0191747. (Accession No. 29447193)
- Glass, K. E., Wills, C. E., Holloman, C., Olson, J., Hechmer, C., Miller, C. K., & Duchemin, A.-M. (2012). Shared decision making and other variables as correlates of satisfaction with health care decisions in a United States national survey. *Patient Education and Counseling*, *88*(1), 100-105.
- Goldsmith, L. J., Suryaprakash, N., Randall, E., Shum, J., MacDonald, V., Sawatzky, R., . . . Bryan, S. (2017). The importance of informational, clinical and personal support in patient experience with total knee replacement: a qualitative investigation. *BMC Musculoskelet Disord*, *18*(1), 127. doi:10.1186/s12891-017-1474-8
- Grimberg, A., Jansson, V., Lütznier, J., Melsheimer, O., Morlock, M., & Steinbrück, A. (2020). *Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) - Jahresbericht 2020*.
- Härter, M., Buchholz, A., Nicolai, J., Reuter, K., Komarahadi, F., Kriston, L., . . . Bieber, C. (2015). Shared decision making and the use of decision aids: a cluster-randomized study on the efficacy of a training in an oncology setting. *Deutsches Arzteblatt international*, *112*(40), 672.
- Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., Donner-Banzhoff, N., Dierks, M.-L., Eich, W., . . . Bieber, C. (2017). The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *123-124*, 46-51. doi:<https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.006>
- Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., & Kriston, L. (2010). *Abschlussbericht zum Projekt „Validierung und Normierung des Fragebogens zur Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF-FB) bei chronischen Erkrankungen“*. Retrieved from http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_pef-fb_final.pdf
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4 ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Herrmann-Lingen, C., Buss, U., & Snaith, R. P. (2011). *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D)* (3., aktualisierte und neu normierte Auflage ed.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hirsig, R. (2006). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften. Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS für Windows* (Vol. 1). Zürich: Seismo Verlag.
- Hölzel, L. P., Vollmer, M., Kriston, L., Siegel, A., & Härter, M. (2012). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ergebnisse einer kontrollierten Kohortenstudie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *55*(11-12), 1524-1533. doi:10.1007/s00103-012-1567-3
- Hudak, P. L., Armstrong, K., Braddock, C., 3rd, Frankel, R. M., & Levinson, W. (2008). Older patients' unexpressed concerns about orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am*, *90*(7), 1427-1435. doi:10.2106/JBJS.G.01077
- Ibrahim, S. A., Blum, M., Lee, G.-C., Mooar, P., Medvedeva, E., Collier, A., & Richardson, D. (2017). Effect of a Decision Aid on Access to Total Knee Replacement for Black Patients With Osteoarthritis of the Knee: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*, *152*(1), e164225-e164225. doi:10.1001/jamasurg.2016.4225
- Ioannidis, J. P. A., Stuart, M. E., Brownlee, S., & Strite, S. A. (2017). How to survive the medical misinformation mess. *European Journal of Clinical Investigation*, *47*(11), 795-802. doi:<https://doi.org/10.1111/eci.12834>
- Jayadev, C., Khan, T., Coulter, A., Beard, D. J., & Price, A. J. (2012). Patient decision aids in knee replacement surgery. *The Knee*, *19*(6), 746-750. doi:<https://doi.org/10.1016/j.knee.2012.02.001>
- Kelle, U., & Kluge, S. (1999). Vom Einzelfall zum Typus. *Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen.

- Kirschning, S., Michel, S., & Kardorff, E. v. (2004). Der online informierte Patient: Offener Dialog gesucht. *Dtsch Arztebl International*, 101(46), 3090-. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=44225>
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *JAMA*, 284(8), 1021-1027. doi:doi:10.1001/jama.284.8.1021
- Levinson, W., Hudak, P., & Tricco, A. C. (2013). A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement. *Patient Educ Couns*, 93(1), 3-17. doi:10.1016/j.pec.2013.03.023
- Lindner, M., Nosseir, O., Keller-Pliessnig, A., Teigelack, P., Teufel, M., & Tagay, S. (2018). Psychosocial predictors for outcome after total joint arthroplasty: a prospective comparison of hip and knee arthroplasty. *BMC Musculoskelet Disord*, 19(1), 159. doi:10.1186/s12891-018-2058-y
- Loh, A., Simon, D., Kriston, L., & Härter, M. (2007). Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Dtsch Arztebl International*, 104(21), 1483-. Retrieved from <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=55786>
- Mahdi, A., Nyman, M. H., & Wretenberg, P. (2018). How do orthopaedic surgeons inform their patients before knee arthroplasty surgery? A cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 414. doi:10.1186/s12891-018-2345-7
- Mayring, P., & Brunner, E. (2009). *Qualitative Inhaltsanalyse*: Springer.
- Merkens, H. (2000). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 2, 286-297.
- Merkens, H. (2009). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (pp. 286-298). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Mertz, K., Shah, R. F., Eppler, S. L., Yao, J., Safran, M., Palanca, A., . . . Kamal, R. N. (2020). A Simple Goal Elicitation Tool Improves Shared Decision Making in Outpatient Orthopedic Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Medical Decision Making*, 40(6), 766-773. doi:10.1177/0272989X20943520
- Mühlhauser, I., Albrecht, M., & Steckelberg, A. (2014). Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, 64(5), 334-337. doi:10.1007/s40664-014-0054-0
- Murphy, E., Dingwall, R., Greatbatch, D., Parker, S., & Watson, P. (1998). Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature.
- Niethard, F. U. (2013). Themenreport Knieendoprothetik. *Orthopädie und Unfallchirurgie-Mitteilungen und Nachrichten*, 2(02), 200-201.
- O'Neill, T., Jinks, C., & Ong, B. N. (2007). Decision-making regarding total knee replacement surgery: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res*, 7, 52. doi:10.1186/1472-6963-7-52
- Pereira, D., Peleteiro, B., Araújo, J., Branco, J., Santos, R. A., & Ramos, E. (2011). The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*, 19(11), 1270-1285. doi:<https://doi.org/10.1016/j.joca.2011.08.009>
- Petermann, F. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version (HADS-D). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(3), 251-253. doi:10.1024/1661-4747/a000077
- Reinders, H., Ditton, H., Gräsel, C., & Gniewosz, B. (2011). *Empirische Bildungsforschung*: Springer.
- Reis, K., & Fortelka, K. (2013). Qualitätsreport 2012: Bundesweit hohes Qualitätsniveau in Krankenhäusern—Verbesserungspotenzial aber noch nicht ausgeschöpft. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107(8), 569.
- Riddle, D. L., Sando, T., Tarver, T., Slover, J., Sierra, R. J., Brito, J. P., & Montori, V. M. (2021). Shared Decision Making Applied to Knee Arthroplasty: A Systematic Review of Randomized Trials. *Arthritis Care & Research*, n/a(n/a). doi:<https://doi.org/10.1002/acr.24240>

- Rosemann, T., Backenstrass, M., Joest, K., Rosemann, A., Szecsenyi, J., & Laux, G. (2007). Predictors of depression in a sample of 1,021 primary care patients with osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*, 57(3), 415-422. doi:<https://doi.org/10.1002/art.22624>
- Saldaña, J. (2012). *The coding manual for qualitative researchers*: Sage.
- Sale, J. E. M., Gignac, M., & Hawker, G. (2008). The relationship between disease symptoms, life events, coping and treatment, and depression among older adults with osteoarthritis. *The Journal of Rheumatology*, 35(2), 335-342. Retrieved from <https://www.jrheum.org/content/jrheum/35/2/335.full.pdf>
- Sansom, A., Donovan, J., Sanders, C., Dieppe, P., Horwood, J., Learmonth, I., . . . Gooberman-Hill, R. (2010). Routes to total joint replacement surgery: patients' and clinicians' perceptions of need. *Arthritis Care & Research*, 62(9), 1252-1257.
- Schäfer, T., Pritzkeleit, R., Jeszenszky, C., Malzahn, J., Maier, W., Günther, K., & Niethard, F. (2013). Trends and geographical variation of primary hip and knee joint replacement in Germany. *Osteoarthritis and Cartilage*, 21(2), 279-288.
- Scheibler, F., Schwantes, U., Kampman, M., & Pfaff, H. (2005). Shared decision-making. *GGW Gesellschaft und Gesundheit*(1/2005), 23-31.
- Scheibler, F., Steffen, P., & Pfaff, H. (2006). Patienteninformation im Internet, Vertrauen in den Arzt und Partizipative Entscheidungsfindung – eine Querschnittsstudie bei Brustkrebspatientinnen in Deutschland. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, 71-76.
- Schneider, A., Körner, T., Mehring, M., Wensing, M., Elwyn, G., & Szecsenyi, J. (2006). Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice. *Patient Education and Counseling*, 61(2), 292-298. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.008>
- Schoenfeld, E. M., Mader, S., Houghton, C., Wenger, R., Probst, M. A., Schoenfeld, D. A., . . . Mazor, K. M. (2019). The Effect of Shared Decisionmaking on Patients' Likelihood of Filing a Complaint or Lawsuit: A Simulation Study. *Annals of Emergency Medicine*, 74(1), 126-136. doi:<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.11.017>
- Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., Buchholz, A., & Härter, M. (2012). Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Education and Counseling*, 88(2), 284-290. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.005>
- Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., & Härter, M. (2015). Comparing the nine-item Shared Decision-Making Questionnaire to the OPTION Scale - an attempt to establish convergent validity. *Health Expect*, 18(1), 137-150. doi:10.1111/hex.12022
- Scholl, I., Kriston, L., & Härter, M. (2011). PEF-FB-9 - Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (revidierte 9-Item-Fassung). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 4, 46-49.
- Scott, C. E., Bugler, K. E., Clement, N. D., MacDonald, D., Howie, C. R., & Biant, L. C. (2012). Patient expectations of arthroplasty of the hip and knee. *J Bone Joint Surg Br*, 94(7), 974-981. doi:10.1302/0301-620x.94b7.28219
- Singh Ospina, N., Phillips, K. A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E., & Montori, V. M. (2019). Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. *J Gen Intern Med*, 34(1), 36-40. doi:10.1007/s11606-018-4540-5
- Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., & Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 169-176.
- Sozialleistungen. Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). (2016). Retrieved from Wiesbaden: https://www.statistischebibliothek.de/mir/receive/DESerie_mods_00000476
- Statistik der Bundesärztekammer 2013. (2013). Retrieved from https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat13AbbTab.pdf

f. Retrieved 12.12.2020, from Bundesärztekammer
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat13AbbTab.pdf

- Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland und Internationales.* (2013). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis.
- Steinke, I. (1999). *Kriterien qualitativer Forschung: Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung*: Juventa-Verlag.
- Suarez-Almazor, M. E., Richardson, M., Kroll, T. L., & Sharf, B. F. (2010). A qualitative analysis of decision-making for total knee replacement in patients with osteoarthritis. *Journal of clinical rheumatology : practical reports on rheumatic & musculoskeletal diseases*, 16(4), 158-163. doi:10.1097/RHU.0b013e3181df4de4
- Tinsel, I., Buchholz, A., Vach, W., Siegel, A., Dürk, T., Buchholz, A., . . . Fischer, K.-G. (2013). Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial. *BMC Family Practice*, 14(1), 135. doi:10.1186/1471-2296-14-135
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Vissers, M. M., Bussmann, J. B., Verhaar, J. A., Busschbach, J. J., Bierma-Zeinstra, S. M., & Reijman, M. (2012). Psychological factors affecting the outcome of total hip and knee arthroplasty: a systematic review. [Review]. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 41(4), 576-588.
- Waters, S., Edmondston, S. J., Yates, P. J., & Gucciardi, D. F. (2016). Identification of factors influencing patient satisfaction with orthopaedic outpatient clinic consultation: A qualitative study. *Man Ther*, 25, 48-55. doi:10.1016/j.math.2016.05.334
- Zigmond, A. S. S., R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

Studieninformation und Fragebogen für Patienten

„Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten die Arzt-Gespräche verbessern!

Daher bitten wir Sie, **nach Ihrem Arztgespräch** das Gespräch zu beurteilen und möglichst genaue Kritik und Anregungen aufzuschreiben. Bitte scheuen Sie sich nicht davor, ehrlich zu sein!

Wenn Sie möchten, können Sie **vor dem Arztgespräch** den ersten Teil des Fragebogens bereits ausfüllen. Hierbei geht es um einige allgemeine Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation.

Wir garantieren Ihnen, dass Ihre behandelnden Ärzte keinerlei Zugriff auf Ihre von uns erhobenen Daten erhalten! Nur die Mitarbeiterinnen des Forschungsteams haben Einblick in die Daten.

Sollten Sie nach dem Arztgespräch keine Zeit haben, den zweiten Teil des Fragebogens auszufüllen...

können Sie ihn uns auch in den nächsten Tagen per Post schicken an:

„Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, z. H. Frau S. Gesell, Marchioninistraße 15, 81377 München“.

Bei Fragen zur Studie...

Auf der letzten Seite des Fragebogens finden Sie genauere Informationen zum Hintergrund der Studie. Bei weiteren Fragen können Sie sich gerne persönlich an uns wenden:

Dipl.-Psych. Isabella Susanne Gesell (Studienleitung), Tel: 089 7095-4085, Mobil: 01578-0365958, Email: Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de.

ERSTER TEIL

De) Zum Einstieg haben wir ein paar Fragen zu Ihrer Lebenssituation und Ihrem Gesundheitszustand. Bitte geben Sie kurz an:

0) Datum: _____ (Falls Sie den Fragebogen später ausfüllen sollten, geben Sie bitte das Datum an, an dem Sie das Arztgespräch geführt haben)

1) Mein Alter: _____ Jahre

2) Ich bin... eine Frau ein Mann

3) Die Sprache, die ich am besten verstehen kann, ist: _____

4) Höchster Schulabschluss

- Ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- (Fach-)Abitur
- Abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium

5) Wie werden Sie hier abgerechnet? Gesetzlich versichert Privat versichert

6) Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit bewerten?

- Ausgezeichnet Sehr gut Gut Weniger gut Schlecht

7) Schätzen Sie Ihre aktuelle gesundheitliche Situation als lebensbedrohlich ein?

- Ja Nein

HADS-D.) Nun geht es um Ihr Wohlbefinden. Wie ging es Ihnen in der letzten Woche?

1) Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- Meistens
- Oft
- Von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- Überhaupt nicht

2) Ich kann mich heute noch so freuen wie frühe

- Ganz genau so
- Nicht ganz so sehr
- Nur noch ein wenig
- Kaum oder gar nicht

3) Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- Ja, sehr stark
- Ja, aber nicht allzu stark
- Etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- Überhaupt nicht

4) Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- Ja, so viel wie immer
- Nicht mehr ganz so viel
- Inzwischen viel weniger
- Überhaupt nicht

5) Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf

- Einen Großteil der Zeit
- Verhältnismäßig oft
- Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- Nur gelegentlich/nie

7) Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen

- Ja, natürlich
- Gewöhnlich schon
- Nicht oft
- Überhaupt nicht

9) Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend

- Überhaupt nicht
- Gelegentlich
- Ziemlich oft
- Sehr oft

11) Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein

- Ja, tatsächlich sehr
- Ziemlich
- Nicht sehr
- Überhaupt nicht

13) Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand

- Ja, tatsächlich sehr oft
- Ziemlich oft
- Nicht sehr oft
- Überhaupt nicht

6) Ich fühle mich glücklich

- Überhaupt nicht
- Selten
- Manchmal
- Meistens

8) Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst

- Fast immer
- Sehr oft
- Manchmal
- Überhaupt nicht

10) Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren

- Ja, stimmt genau
- Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- Ich kümmere mich so viel darum wie immer

12) Ich blicke mit Freude in die Zukunft

- Ja, sehr
- Eher weniger als früher
- Viel weniger als früher
- Kaum bis gar nicht

14) Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen

- Oft
- Manchmal
- Eher selten
- Sehr selten

ZWEITER TEIL

AB HIER: ERST NACH DEM ARZTGESPRÄCH AUSFÜLLEN!!!

Uns interessiert das Arztgespräch, das Sie HEUTE hier in der orthopädischen Poliklinik geführt haben.

Da) Wie lange hat das Gespräch ungefähr gedauert?

Ca. _____ Minuten

F1) Was hat Ihnen am Gespräch nicht gefallen?

F2) Was hat Ihnen am Gespräch gut gefallen?

F3) Was würden Sie sich in Zukunft für Ihre Arztgespräche wünschen?

Wir befragen verschiedene Patientengruppen: Daher ist es uns wichtig zu erfahren, was Sie für eine Erkrankung haben.

Er1E) Wegen welcher Erkrankung sind Sie heute zum Arzt gekommen?

- Arthrose /Gelenkverschleiß
- Andere (bitte angeben): _____
- Ich weiß es noch nicht, ich leide aber unter folgenden Symptomen: _____

Er2E) Die Erkrankung, wegen der Sie hier behandelt werden, ist...

- akut chronisch

Falls Sie an Arthrose/Gelenkverschleiß leiden, beantworten Sie bitte die folgenden 2 Fragen:

➤ **A1) Welche Gelenke sind bei Ihnen betroffen?**

➤ **A2) Wie lange haben Sie schon Arthrose/Gelenkverschleiß?**

- _____ Jahre Neudiagnose

Info) Information über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten

1) Haben Sie sich bereits vor dem heutigen Gespräch oder in der Vergangenheit über Ihre Erkrankung und Ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert?

- Nein Ja, ein wenig Ja, sehr ausführlich

2) Welche Informationsquellen haben Sie genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Rat von Angehörigen oder Bekannten
 Selbsthilfegruppe(n)
 Internet
 Patientenbroschüre(n)
 Fachliteratur
 Andere Ärzte (z.B. Hausarzt, Orthopäde...)
 Angehörige anderer Heilberufe (z.B. Physiotherapeut, Masseur, Heilpraktiker...)
 Ärzte der orthopädischen Poliklinik in Großhadern (ich bin bereits hier gewesen)
 Sonstiges (bitte angeben): _____

Im Folgenden geht es um die Entscheidung über die weitere Behandlung.

Ent) Welche Entscheidung wurde HEUTE in Ihrem Arztgespräch getroffen?

- Es soll folgende Operation durchgeführt werden:

- Eine Operation steht zur Diskussion, es ist aber (vorerst) dagegen entschieden worden, weil:

- Es soll folgende konservative Behandlung durchgeführt werden:

- Es soll (vorerst) keine Behandlung durchgeführt werden.
- Es wurde heute keine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen (z.B. weil es nur ein Kontrolltermin war).
- Sonstiges (bitte angeben): _____

Zuf) Falls im heutigen Gespräch eine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen worden ist:

1) Sind Sie mit dieser Entscheidung zufrieden?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt nicht
zufrieden | Eher nicht
zufrieden | Unentschieden | Eher zufrieden | Sehr zufrieden |

2) Wenn nicht: Warum?

Op) Falls eine Operation für Sie ansteht, beantworten Sie bitte die folgenden 5 Fragen (Wenn nicht können Sie auf der nächsten Seite weitermachen):

1) Was ist der Grund für die Operation?

- Schmerzen
- Fehlstellung, Dysplasie
- Andere (bitte angeben): _____
- Ich weiß es nicht genau

2) Machen Sie sich Sorgen in Bezug auf die Operation?

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Überhaupt nicht | Etwas | Nicht allzu stark | Stark |

3) Was macht Ihnen Sorgen?

4) Hat Sie der Arzt/die Ärztin auf mögliche Bedenken und Ängste in Bezug auf die Operation angesprochen?

- Ja Nein

5) Hätten Sie sich gewünscht, dass der Arzt/die Ärztin mehr auf Ihre Bedenken und Ängste eingeht?

- Ja Nein

PEF-FB-9) In den nachfolgenden Fragen interessiert uns, WIE bei ihrem Arztgespräch gerade eine medizinische Entscheidung getroffen wurde.

D.h. uns interessiert, wie Ihr Arzt/ihre Ärztin mit Ihnen gesprochen hat. Versuchen Sie sich genau an das Gespräch zu erinnern.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft weitgehend zu	Trifft völlig zu
1) Mein Arzt/meine Ärztin hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mein Arzt/meine Ärztin wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mein Arzt/meine Ärztin hat mir mitgeteilt, dass es bei meinen Beschwerden unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Mein Arzt/mein Ärztin hat mir die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten genau erläutert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Mein Arzt/meine Ärztin hat mitgeholfen, alle Informationen zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mein Arzt/meine Ärztin hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeiten ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben gemeinsam eine Behandlungsmöglichkeit ausgewählt.	<input type="checkbox"/>					
9) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen.	<input type="checkbox"/>					

Bei der nächsten Frage geht es um Ihre allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen.

Ent) Wer soll bei Ihrer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?

- Nur ich selbst
 Hauptsächlich ich selbst
 Ich und mein Arzt
 Hauptsächlich mein Arzt
 Nur mein Arzt

Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Die Ergebnisse der Umfrage werden in das Ärztetraining einfließen!

Damit Ihre Daten geschützt sind, stecken Sie den Fragebogen bitte in den beigefügten **Umschlag**, verschließen ihn und werfen ihn dann in den **Briefkasten** mit der Aufschrift „Patientenfragebogen“ im Wartebereich 1! Dieser Briefkasten wird später von Mitarbeitern des Forschungsteams geleert. Patienten, die in den Räumen der Direktion behandelt werden geben den Fragebogen bitte dort an Frau Rüger ab. Alternativ können Sie den Fragebogen auch mit nach Hause nehmen und uns **per Post** verschicken. Alle Angaben sind vertraulich und werden weder von Ihren Ärzten noch von anderen Mitarbeitern der Abteilung eingesehen. Die Auswertung erfolgt anonym vom Forschungsteam „Patient als Partner bei stationären Operationen“, an der Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation.

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Forschungsteam

**Dipl. Psych. Susanne Gesell
(Projektleiterin)**

**Maria Durand
(Doktorandin)**

Weiterführende Informationen

Der Stand der Forschung...

Die aktuelle Forschungslage in Deutschland zeigt: Patienten möchten intensiver in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen und mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden. Fachbegriffe dafür sind „Partizipative Entscheidungsfindung“ oder allgemein „Patientenorientierung“. Dies wird national wie international zunehmend wichtiger für die medizinische Versorgung angesehen. Im Bereich stationärer Operationen erhält Patientenorientierung eine besondere Rolle. Patienten müssen über Vorteile und Risiken einer Operation aufgeklärt werden und mit damit einhergehenden Ängsten und Befürchtungen umgehen. Sie müssen sich zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten entscheiden. Patienten treten im Krankenhaus in eine neue Welt ein, in der sie sich erst zurechtfinden müssen. Operationen werden oft als starker Kontrollverlust erlebt, der psychisch verarbeitet werden will. Nach einer Operation müssen Patienten zunächst mit Schmerzen und Einschränkungen umgehen, in einer fremden Umgebung mit wenig Intimsphäre. Bislang werden Ärzte kaum geschult, auf diese besonderen Patientenbedürfnisse ausreichend einzugehen, nicht zuletzt, da auch Trainingsprogramme zur Patientenorientierung rund um Operationen fehlen.

Ziele des geplanten Forschungsvorhabens...

Ziel dieses Projektes ist es, ein Trainingsprogramm gezielt für Ärzte in Krankenhäusern zu entwickeln, die in Entscheidungsgespräche mit Patienten über bestehende Behandlungsmöglichkeiten, in die Aufklärung zu Risiken einer Operation sowie die Vor- und Nachbehandlung bei einer Operation involviert sind. Wie hochwertige Patientenorientierung in diesem Kontext aussehen kann, wird durch schriftliche Befragungen und Interviews mit Patienten und Ärzten untersucht. Im Klinikum Großhadern werden ca. 15 Ärzte und ca. 400 ihrer Patienten, bei denen eine Operation zur Diskussion steht, befragt. Besonders interessiert uns, wie das Gespräch aussieht, in dem die Entscheidung für oder gegen eine Operation bzw. weitere Behandlungsmöglichkeiten getroffen wird. Patienten, die sich im Krankenhaus befinden um sich operieren zu lassen, möchten wir gerne befragen, wie sie persönlich den Kontakt mit den behandelnden Ärzten während ihres Krankenhausaufenthaltes wahrnehmen. Eine ausführliche Analyse des Datenmaterials sowie der Einbezug aktueller Forschungsergebnisse bilden die Basis für die Entwicklung eines Trainingsprogramms mit modernen Lehr- und Lernmethoden.

Studiendesign...

Bei der Studie handelt es sich um eine explorative qualitative und quantitative Bedarfserhebung. „Explorativ“ bedeutet hier, dass Patienten und Ärzte offen ohne fertige Hypothesen befragt werden. Es werden „qualitative und quantitative“ Daten erhoben, d.h. dass sowohl Interviews als auch Fragebögen eingesetzt werden. Man spricht von einer „Bedarfserhebung“, da wir den Bedarf an Patientenorientierung im Krankenhaus erheben möchten. Der Studientyp der quantitativen Befragung nennt sich Kohortenbefragung, d.h. alle Patienten, die ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgenommen werden bzw. stationär behandelt werden und die Einschlusskriterien erfüllen, werden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die Auswahl der zu interviewenden Patienten erfolgt nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“. D.h. es sollen maximal unterschiedliche und ebenso als typisch geltende Fälle aufgenommen werden. Konkret heißt das: alte und junge, Patienten mit schweren und leichten Operationen, mit akuten und chronischen Erkrankungen, bei unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung, Patienten mit OP-Komplikationen und ohne werden gesucht.

Falls Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten schreiben Sie uns doch eine E-Mail: Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de.

Studieninformation für Patienten – Vertiefte Erhebung

„Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten die Arzt-Gespräche verbessern!

Daher bitten wir Sie, nach Ihrem Arztgespräch das Gespräch zu beurteilen und möglichst genaue Kritik und Anregungen aufzuschreiben. Bitte scheuen Sie sich nicht davor, ehrlich zu sein!

Das Ziel unserer Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ ist es, herauszufinden, wie der **Kontakt zwischen Arzt und Patient** so gestaltet werden kann, dass sich ein Patient gut unterstützt und ernstgenommen fühlt. Wir befragen auch Ärzte, was ihnen helfen würde, besser auf Patienten eingehen zu können. Am Ende soll ein **Trainingsprogramm** entwickelt werden, welches Ärzten vermittelt, welche Bedürfnisse Patienten bei Behandlungsentscheidungen und bei der stationären Betreuung haben.

Ihre Ansprechpartnerin für alle Fragen zur Studie ist...

Dipl.-Psych. Isabella Susanne Gesell (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Tel: 089 7095-4085, Mobil: 01578-0365958, Email: Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Marchioninistraße 15, 81377 München.

Der Aufwand für Sie insgesamt ca. 20 Minuten ...

- mich über die Studie **aufklären** lassen, die **Einverständniserklärung** ausfüllen und meine **Kontaktdaten** (Name und Telefonnummer) hinterlassen (ca. 5 min.)
- einen **Fragebogen** nach dem Arztgespräch ausfüllen (ca. 15 min.). Den Fragebogen können Sie **gleich vor Ort ausfüllen** und ihn in dafür vorgesehenen Briefkasten werfen **oder zu Hause ausfüllen** und mit dem ausgegebenen frankierten Briefumschlag zurückschicken.

Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen möchten...

- Lassen Sie sich von uns **ausführlich informieren**, lesen Sie sich dieses **Informationsmaterial** sorgfältig durch und zögern Sie nicht, **Fragen zu stellen**.
- Die Teilnahme an einer Studie ist natürlich **freiwillig**.
- Sie können **jederzeit ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme abbrechen**, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.
- Erklären Sie ihr **Einverständnis** zur Teilnahme an der Studie **schriftlich**,
 - wenn Sie **Art und Ablauf der Studie** vollständig verstanden haben,
 - wenn Sie bereit sind, der **Teilnahme zuzustimmen** und

- wenn Sie sich über Ihre **Rechte** als Teilnehmer/in an dieser Studie im Klaren sind.
- Diese Studie, die Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurden von der zuständigen **Ethikkommission** geprüft und positiv beurteilt.

Der Stand der Forschung...

Die aktuelle Forschungslage in Deutschland zeigt: Patienten möchten intensiver in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen und mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden. Fachbegriffe dafür sind „Partizipative Entscheidungsfindung“ oder allgemein „Patientenorientierung“. Dies wird national wie international zunehmend wichtiger für die medizinische Versorgung angesehen. Im Bereich stationärer Operationen erhält Patientenorientierung eine besondere Rolle. Patienten müssen über Vorteile und Risiken einer Operation aufgeklärt werden und mit damit einhergehenden Ängsten und Befürchtungen umgehen. Sie müssen sich zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten entscheiden. Patienten treten im Krankenhaus in eine neue Welt ein, in der sie sich erst zurechtfinden müssen. Operationen werden oft als starker Kontrollverlust erlebt, der psychisch verarbeitet werden will. Nach einer Operation müssen Patienten zunächst mit Schmerzen und Einschränkungen umgehen, in einer fremden Umgebung mit wenig Intimsphäre. Bislang werden Ärzte kaum geschult, auf diese besonderen Patientenbedürfnisse ausreichend einzugehen, nicht zuletzt, da auch Trainingsprogramme zur Patientenorientierung rund um Operationen fehlen.

Ziele des geplanten Forschungsvorhabens...

Ziel dieses Projektes ist es, ein Trainingsprogramm gezielt für Ärzte in Krankenhäusern zu entwickeln, die in Entscheidungsgespräche mit Patienten über bestehende Behandlungsmöglichkeiten, in die Aufklärung zu Risiken einer Operation sowie die Vor- und Nachbehandlung bei einer Operation involviert sind. Wie hochwertige Patientenorientierung in diesem Kontext aussehen kann, wird durch schriftliche Befragungen und Interviews mit Patienten und Ärzten untersucht. Im Klinikum Großhadern werden ca. 15 Ärzte und ca. 400 ihrer Patienten, bei denen eine Operation zur Diskussion steht, befragt. Besonders interessiert uns, wie das Gespräch aussieht, in dem die Entscheidung für oder gegen eine Operation bzw. weitere Behandlungsmöglichkeiten getroffen wird. Patienten, die sich im Krankenhaus befinden um sich operieren zu lassen, möchten wir gerne befragen, wie sie persönlich den Kontakt mit den behandelnden Ärzten während ihres Krankenhausaufenthaltes wahrnehmen. Eine ausführliche Analyse des Datenmaterials sowie der Einbezug aktueller Forschungsergebnisse bilden die Basis für die Entwicklung eines Trainingsprogramms mit modernen Lehr- und Lernmethoden.

Studiendesign...

Bei der Studie handelt es sich um eine explorative qualitative und quantitative Bedarfserhebung. „Explorativ“ bedeutet hier, dass Patienten und Ärzte offen ohne fertige Hypothesen befragt werden. Es werden „qualitative und quantitative“ Daten erhoben, d.h. dass sowohl Interviews als auch Fragebögen eingesetzt werden. Man spricht von einer „Bedarfserhebung“, da wir den Bedarf an Patientenorientierung im Krankenhaus erheben möchten. Der Studientyp der quantitativen Befragung nennt sich Kohortenbefragung, d.h. alle Patienten, die ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgenommen werden bzw. stationär behandelt werden und die Einschlusskriterien erfüllen, werden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die Auswahl der zu interviewenden Patienten erfolgt nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“. D.h. es sollen maximal unterschiedliche und ebenso als

typisch geltende Fälle aufgenommen werden. Konkret heißt das: alte und junge, Patienten mit schweren und leichten Operationen, mit akuten und chronischen Erkrankungen, bei unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung, Patienten mit OP-Komplikationen und ohne werden gesucht.

Falls Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten schreiben Sie uns doch eine E-Mail: Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de.

Genauer Ablauf Ihrer Studienteilnahme...

Wir führen derzeit Befragungen in der ambulanten orthopädischen Sprechstunde an allen Patient/-innen durch. Aus diesem Grund laden wir Sie als Patient ein, an unserer Studie teilzunehmen. Dies geschieht **vor Ihrem gleich anstehenden Arztgespräch**, da uns gerade dieses Gespräch besonders interessiert. Uns interessiert, wie in diesem Gespräch Entscheidungen über die weitere medizinische Behandlung getroffen werden. Sie haben noch eine Weile Wartezeit, bis Ihr Termin beginnt. Wir möchten Sie gerne ausführlich informieren und über alle Details aufklären, sodass Sie sich dann noch in Ruhe überlegen können, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten.

➔ Falls Sie sich einverstanden erklären, an der Studie teilzunehmen, geht es wie folgt weiter:

Wir benötigen von Ihnen zunächst eine schriftliche Einwilligungserklärung. Darüber hinaus bitten wir Sie, Ihre Kontaktdaten (Name und Telefonnummer) zu hinterlassen, damit wir Sie anrufen können, falls Sie vergessen haben, den Fragebogen per Post zu schicken. Sie erhalten einen Fragebogen, auf dem Sie nach dem Arztgespräch dieses Gespräch bewerten können (ca. 15 min. Aufwand). Den Fragebogen können Sie gleich vor Ort ausfüllen und in den dafür vorgesehenen Briefkasten werfen oder zu Hause ausfüllen und mit dem ausgegebenen frankierten Briefumschlag zurückschicken.

Wir garantieren Ihnen, dass Ihr behandelnder Arzt keinerlei Zugriff auf Ihre von uns erhobenen Daten erhält! Nur die Mitarbeiter/-innen des Forschungsteams haben Einblick in die Daten.

Risiken für Sie...

Zu erwartende Risiken für den Patienten gibt es nicht.

Nutzen für Sie...

Sie haben die Möglichkeit, Ihre persönliche Wahrnehmung des Patient-Arzt-Gesprächs weiterzugeben. Die Ergebnisse dieser und anderer Befragungen fließen in die Arzt-Weiterbildung mit ein. Langfristig tragen Sie zu einer Verbesserung der Patientenorientierung in Krankenhäusern bei.

Gesonderte datenschutzrechtliche Einverständniserklärung: Auswertung der erhobenen Daten und Datenweitergabe...

Alle Ihre Angaben sind vertraulich und werden weder von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin noch von anderen Mitarbeiter/-innen der Abteilung (außer dem Forschungsteam) eingesehen. Die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden eingehalten. Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden einzig mit dem Ziel aufgenommen, Sie anzurufen, falls sie vergessen haben, den Fragebogen zurückzusenden. Persönliche Daten, die von Ihnen erhoben werden, werden

gespeichert und nur verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Die Kontaktdaten und zurückgeschickte Fragebögen mit Pseudonymisierungscode werden getrennt voneinander und verschlossen aufbewahrt, so dass nur Mitarbeitende des Forschungsteams Zugriff auf die Daten haben.

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Studienleiterin Dipl. Psych. Susanne Gesell und die Doktorandinnen Maria Durand und Barbara Winkler. Die Unterlagen werden am Uniklinikum für 10 Jahre aufbewahrt. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung Patienten – Vertiefte Erhebung

Name der Patientin/des Patienten in Druckbuchstaben:

Telefonnummer: ID-Code:.....

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ teilzunehmen.

Aufklärung über Inhalte der Studie

Ich bin von Frau (Projektmitarbeiterin) ausführlich und verständlich über den Ablauf, Inhalt, Dauer, sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich erkläre mich bereit, an allen Teilen der Studie teilzunehmen.

Freiwilligkeit der Teilnahme und Rücktrittsmöglichkeit (siehe Patienteninformation)

Ich nehme an der Studie völlig freiwillig teil. Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe Patienteninformation)

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte der zuständigen Behörde bei der Studienleitung Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.....

.....

Datum und Unterschrift des/r Patienten/in

Datum, Name und Unterschrift der Projektmitarbeiterin

(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner der Projektleitung.)

Studieninformation für Ärzte

„Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

wir möchten Sie **herzlich einladen** an unserer Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ teilzunehmen. Wir möchten **Sie gerne persönlich befragen** und darüber hinaus bitten, uns **bei der Befragung von Patienten zu unterstützen!**

Ab sofort startet eine **VOLLERHEBUNG aller volljährigen Patienten in Großhadern, die in die ambulanten Sprechstunden kommen, um sich über eine Operation zu informieren/ bzw. die sich für oder gegen eine OP entscheiden müssen.** Darüber hinaus werden alle stationären orthopädischen Patienten befragt, die vor einer Operation stehen. Es handelt sich um eine **Kohortenbefragung**, das heißt **ab Startzeitpunkt** müssen **ALLE Patienten, die diese Einschlusskriterien erfüllen, einen Fragebogen erhalten.** Zur Kontrolle möglicher Stichprobenverzerrungen muss auf dem Fragebogen auch notiert werden, wenn ein Patient den Fragebogen nicht ausfüllen möchte.

Uns interessiert erstens, wie Patienten die Arzt-Gespräche, in denen Behandlungsentscheidungen zur Diskussion stehen, wahrnehmen. Zweitens möchten wir gerne wissen, wie Patienten die Arzt-Patient-Interaktionen während ihres Aufenthaltes wahrnehmen und welche Ängste und Bedürfnisse sie haben bzw. was für sie besonders hilfreich für die Bewältigung der bestehenden Situation ist. Zudem **befragen wir Sie als Ärzte**, wie Sie Entscheidungsgespräche und stationären Visiten gestalten, welche Schwierigkeiten Sie in diesen Gesprächen wahrnehmen, welche Lösungsideen Sie haben und welche Vorgehensweise in Ihren Augen besonders wertvoll ist.

Unser Ziel ist es, herauszufinden, wie Gespräche zu medizinischen Behandlungsentscheidungen aber auch Gespräche mit stationär operierten Patienten möglichst förderlich gestaltet werden können. Am Ende soll ein kompaktes **Trainingsprogramm für Ärzte** entwickelt werden, das Umgangsmöglichkeiten und ggf. Materialien für schwierige Patient-Interaktionen rund um eine Operation anbietet.

Der Aufwand für Sie ...

- Sich von uns über die Studie und die Zusammenarbeit bei der Patientenbefragung informieren lassen

WENN SIE GERADE AMBULANTE VISITE MACHEN:

- Jedem Patienten, der zu Ihnen in die ambulante Visite kommt und mit dem Sie ein Gespräch zu weiteren medizinischen Behandlungsmöglichkeiten inklusive Operation geführt haben, nach dem Gespräch einen **Fragebogen mitgeben**
- Bei ca. **20 Patienten nach dem AMBULANTEN ENTSCHEIDUNGSGESPRÄCH selbst einen ganz kurzen Fragebogen dazu ausfüllen**

WENN SIE GERADE AUF STATION TÄTIG SIND:

- Jedem neuen Patienten, der vor einer OP steht, einen **Fragebogen geben**
- **Ein Interview** an einem frei wählbaren Termin (ca. 30 min.) mit uns führen

- **Evtl.** im Verlauf der Studie ein **Schwerpunktinterview** zu einer spezifischen Problemstellung (ca. 30 min.) mit uns führen

Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen möchten...

- Lassen Sie sich von uns **ausführlich informieren**, lesen Sie sich dieses **Informationsmaterial** sorgfältig durch und zögern Sie nicht, **Fragen zu stellen**.
- Die Teilnahme an einer Studie ist natürlich **freiwillig**.
- Sie können **jederzeit ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme beenden**, ohne dass Ihnen hierdurch irgendwelche Nachteile entstehen.
- Erklären Sie ihr **Einverständnis** zur Teilnahme an der Studie **schriftlich**,
 - o wenn Sie **Art und Ablauf der Studie** vollständig verstanden haben,
 - o wenn Sie bereit sind, der **Teilnahme zuzustimmen** und
 - o wenn Sie sich über Ihre **Rechte** als Teilnehmer/in an dieser Studie im Klaren sind.
- Diese Studie, die Patienteninformation und die Einwilligungserklärung wurden von der zuständigen **Ethikkommission** geprüft und positiv beurteilt.

Der Stand der Forschung...

Die aktuelle Forschungslage in Deutschland zeigt: Patienten- und Ärztrollen haben sich geändert. Patienten sind aktiver, möchten mehr über ihre Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten wissen, informieren sich über das Internet und wünschen über ihre Behandlung mitzuentcheiden. Diese Veränderungen stellen den Arzt-Patient-Kontakt auf die Probe. Unter den Begriffen „Partizipative Entscheidungsfindung“ oder allgemein „Patientenorientierung“ wird nach neuen Modellen der Arzt-Patient-Interaktion gesucht, die auf diese Entwicklungen eingehen. Im chirurgischen Bereich werden ganz spezifische Anforderungen an den Kontakt zwischen Arzt und Patient gestellt, da Patienten teils mit gravierenden Einschnitten und Veränderungen konfrontiert werden. Ärzte und Patienten müssen oft schwerwiegende Entscheidungen treffen. Patienten müssen über Risiken aufgeklärt werden und mit damit einhergehenden Ängsten und Befürchtungen umgehen. Sie treten im Krankenhaus in eine neue Welt ein, in der sie sich erst zurechtfinden müssen. Operationen werden oft als starker Kontrollverlust erlebt, der psychisch verarbeitet werden will. Nach einer Operation müssen Patienten zunächst mit Schmerzen und Einschränkungen umgehen, in einer fremden Umgebung mit wenig Intimsphäre. Hohe Belastung auf Patientenseite und Zeit- und Ressourcenknappheit auf Ärzteseite erschweren die Kommunikation, was sich nicht zuletzt auf die Behandlungsqualität auswirkt. Bislang fehlen Trainingsprogramme für Ärzte, die – innerhalb der gegebenen strukturellen Bedingungen – Lösungen zur Verbesserung des stationären Arzt-Patient-Kontaktes anbieten.

Ziele des geplanten Forschungsvorhabens...

Ziel dieses Projektes ist es, ein Trainingsprogramm gezielt für Ärzte in Krankenhäusern zu entwickeln, die in Entscheidungsgespräche mit Patienten über bestehende Behandlungsmöglichkeiten, in die Aufklärung zu Risiken einer Operation sowie die Vor- und Nachbehandlung bei einer Operation

involviert sind. Wie hochwertige Patientenorientierung in diesem Kontext aussehen kann, wird durch schriftliche Befragungen und Interviews mit Patienten und Ärzten untersucht. Im Klinikum Großhadern werden ca. 15 Ärzte und ca. 400 ihrer Patienten, bei denen eine Operation zur Diskussion steht, befragt. Besonders interessiert uns, wie das Gespräch aussieht, in dem die Entscheidung für oder gegen eine Operation bzw. weitere Behandlungsmöglichkeiten getroffen wird. Patienten, die sich im Krankenhaus befinden um sich operieren zu lassen, möchten wir gerne befragen, wie sie persönlich den Kontakt mit den behandelnden Ärzten während ihres Krankenhausaufenthaltes wahrnehmen. Eine ausführliche Analyse des Datenmaterials sowie der Einbezug aktueller Forschungsergebnisse bilden die Basis für die Entwicklung eines Trainingsprogramms mit modernen Lehr- und Lernmethoden.

Studiendesign...

Bei der Studie handelt es sich um eine explorative qualitative und quantitative Bedarfserhebung. „Explorativ“ bedeutet hier, dass Patienten und Ärzte offen ohne fertige Hypothesen befragt werden. Es werden „qualitative und quantitative“ Daten erhoben, d.h. dass sowohl Interviews als auch Fragebögen eingesetzt werden. Man spricht von einer „Bedarfserhebung“, da wir den Bedarf an Patientenorientierung im Krankenhaus erheben möchten. Der Studientyp der quantitativen Befragung nennt sich Kohortenbefragung, d.h. alle Patienten, die ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgenommen werden bzw. stationär behandelt werden und die Einschlusskriterien erfüllen, werden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die Auswahl der zu interviewenden Patienten erfolgt nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“. D.h. es sollen maximal unterschiedliche und ebenso als typisch geltende Fälle aufgenommen werden. Konkret heißt das: alte und junge, Patienten mit schweren und leichten Operationen, mit akuten und chronischen Erkrankungen, bei unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung, Patienten mit OP-Komplikationen und ohne werden gesucht.

Genauer Ablauf Ihrer Studienteilnahme

Zu Beginn möchten wir Sie gerne über **Ablauf und Inhalte der Befragung** im Rahmen dieser Studie sowie Ihre **Rechte** als Studienteilnehmer/-in informieren.

WENN SIE AMBULANTE VISITE MACHEN:

- ➔ **Bitte teilen Sie JEDEM Patienten, mit dem Sie über weitere Behandlungsmöglichkeiten (u.a. Operation) sprechen, einen Fragebogen aus.**
- ➔ **Füllen Sie bei den ersten 20 Patienten selbst einen kurzen Fragebogen aus.**

WENN SIE GERADE AUF STATION TÄTIG SIND:

Wir benötigen ein wenig Unterstützung bei der Patientenbefragung auf Station. Über ca. ein Jahr sollen **ALLE orthopädischen Patienten, die hier operiert werden**, ein selbsterklärendes Fragebogenpaket erhalten. Ca. 20 dieser Patienten werden wir zudem noch persönlich interviewen.

- ➔ **Bitte händigen Sie ALLEN Patienten, die operiert werden, am besten gleich bei der stationären Aufnahme das Fragebogenpaket aus!**

Fragen können die Patienten jederzeit an uns stellen! Wir sind während der Erhebung immer unter den Telefonnummern 089 7095-4085 oder 01578-0365958 erreichbar!

- Die ausgefüllten Fragebögen können die Patienten in den extra dafür vorgesehenen STUDIENBRIEFKASTEN werfen.
- Falls ein Patient den Fragebogen nicht ausfüllen möchte, bitten wir Sie, kurz Geschlecht, Alter und OP-Grund des Patienten zu notieren, damit wir eine statistische Ausfallkontrolle durchführen können.
- Was wir von Ihnen noch wollen...

Wir möchten Sie gerne persönlich interviewen (ca. 30 min. Aufwand) – zu einem Termin der Ihnen gut passt. Falls sich im Verlauf der Studie herausstellen sollte, dass eine bestimmte Problemstellung noch ausführlicher beleuchtet werden sollte, würden wir gerne nochmals für ein Schwerpunktinterview (ca. 30 min. Aufwand) auf Sie zukommen.

Risiken für Sie...

Zu erwartende Risiken gibt es weder für Arzt noch Patient.

Nutzen für Sie...

Sie haben die Möglichkeit, Ihre persönliche Erfahrung mit Patientenkontakten rund um Operationen in Ihrem Klinikalltag sowie Ihre Wünsche an eine Ärztereweiterung zu formulieren. Ihre persönliche Perspektive fließt in das Trainingsprogramm mit ein. Langfristig tragen Sie zu einer Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Gesprächsführung bei.

Ihre Ansprechpartnerin für alle Fragen und Probleme während der Studie ist...

Dipl.-Psych. Isabella Susanne Gesell (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Tel: 089 7095-4085, Mobil: 01578-0365958, Email: Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Marchioninstraße 15, 81377 München.

Gesonderte datenschutzrechtliche Einverständniserklärung: Auswertung der erhobenen Daten und Datenweitergabe...

Bei dieser Studie werden die Vorschriften zum Datenschutz eingehalten. Persönliche Daten, die über Sie erhoben werden, werden gespeichert und nur verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Ihre Angaben in den Interviews werden anonymisiert. Genannte Personen-, Institutions- und Ortsnamen werden nicht transkribiert. Die Namen der teilnehmenden Personen werden weder schriftlich noch mündlich gegen außen bekannt gegeben. Die Fragebögen, Aufnahmen oder Transkripte werden nicht an Drittpersonen weiter gegeben. Die Aufnahmen werden nach erfolgter Analyse gelöscht. Die Unterlagen werden getrennt voneinander und verschlossen aufbewahrt, so dass nur Mitarbeitende

des Forschungsteams Zugriff auf die Daten haben.

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Studienleiterin Dipl. Psych. Susanne Gesell, stellvertretende Projektleitung stud. med. Maria Durand. Die Unterlagen werden am Uniklinikum für 10 Jahre aufbewahrt. Eine Entschlüsselung erfolgt lediglich falls es zu Änderungen in der wissenschaftlichen Fragestellung kommt bzw. zur Kontaktierung von Patienten/Ärzten für einen zweiten Befragungsabschnitt (Interview bzw. Fragebogen). Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Arztinformation einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Einwilligungserklärung – Ärzte

Name der Ärztin/des Arztes in Druckbuchstaben.....

Geb.Datum:

ID-Code:.....

Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ teilzunehmen.

Aufklärung über Inhalte der Studie

Ich bin von Frau (Projektmitarbeiterin) ausführlich und verständlich über den Ablauf, Inhalt, Dauer sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich erkläre mich bereit, an alle Teilen der Studie teilzunehmen.

Freiwilligkeit der Teilnahme und Rücktrittsmöglichkeit (siehe Ärzteinformation)

Ich nehme an der Studie völlig freiwillig teil. Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine Tätigkeit am Uniklinikum entstehen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe Ärzteinformation)

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie der Ärzteinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.....
Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....
Datum, Name und Unterschrift der Projektmitarbeiterin

(Der Arzt erhält eine unterschriebene Kopie der Ärzteinformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner der Projektleitung.)

Ärztebefragung – Fragebogen Demographie und PEF-Präferenz

Datum:

ID:

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen!

Als Erstes würden wir Sie bitten, einmalig folgende Angaben zu Ihrer Person zu machen. Alle Angaben werden höchst vertraulich behandelt. Nur Mitarbeiter des Forschungsteams erhalten Einblick in die Daten!

1.) Als Erstes haben wir einige Fragen zu Ihrer Person. Bitte geben Sie kurz an:

A1) Ihr Alter _____

A2) Ihr Geschlecht weiblich männlich

A3) Die Sprache, die ich am besten verstehen kann, ist: _____

A4) Ich bin...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chefarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/-ärztin |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> anderes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt/-ärztin | |

A5) Ich habe _____ Jahre Berufserfahrung seit meinem Studienabschluss.

2.) Bei der nächsten Frage geht es um Ihre allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen.

Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| nur der Arzt | hauptsächlich der Arzt | der Arzt und der Patient | hauptsächlich der Patient | nur der Patient |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für das Beantworten dieser ersten Fragen!

Ärztebefragung – Interviewleitfaden

A. Gesprächssituationen

- 4.) **Welche Arten von Gesprächssituationen haben Sie typischerweise?** Erstgespräch, Diagnosemitteilung, Aufklärung vor der OP, Visite, Entlassung...
- 5.) **Welche dieser Gesprächssituationen erleben Sie als besonders herausfordernd?** → *frei reden lassen!*
- 6.) **Erzählen Sie ein paar Beispiele von schwierigen Patientengesprächen.**
→ *frei reden lassen!*

Was bedeutet das für Sie?

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?

Wie ging das weiter... ?

- Sie haben ein Beispiel für ein schwieriges Patientengespräch genannt. Gibt es in der Situation noch andere Herausforderungen? Können Sie dafür ein Beispiel nennen?
- Bitte denken Sie nochmal in Ruhe nach: Gibt es darüber hinaus noch andere Situationen, die Sie mit Patienten erleben, die herausfordernd sind?

B. Bio-Psycho-Sozial: Umgang mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen von Patienten

- 1.) **Wie gehen Sie damit um, wenn ein Patient aufgewühlt oder belastet wirkt?**

Wie gehen Sie mit Ängsten von Patienten um? Wie erkennen Sie diese?
- 2.) **Woran erkennen Sie, dass eine psychosomatische Komponente eine Rolle spielt?**

Wie gehen Sie damit um?
- 3.) **Wie gehen Sie damit um, wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient einen Psychiater/Psychologen bräuchte?**

C. Andere Einflüsse auf den Patienten-Kontakt

- 1.) **Welche anderen Faktoren beeinflussen den Arzt-Patient-Kontakt und in welcher Weise**

z.B. Team, Zeitmangel, Druck zu operieren, Verwaltung, Krankenkasse/Abrechnung, usw.

D. Partizipative Entscheidungsfindung

- 1.) Frage im Ärztefragebogen: „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen...“

Wie verstehen Sie die Frage?

Wie haben Sie sie beantwortet?

- 2.) Welche Einstellung haben Sie dazu?

Informierte Patienten?

Empathie und Operation?

- 3.) Wie setzen Sie das um?

- 4.) Falls unter A. noch nicht aufgetaucht: Welche Entscheidungssituationen erleben Sie als besonders schwierig? Beispiele?

E. Ergänzungen

- Gibt es für Sie noch weitere wichtige Aspekte zu diesem Thema, die Sie noch ergänzen möchten?

F. Inhalte und Umsetzungsbedingungen eines Trainingsprogramms

- 1) Kamen in Ihrer Aus-/Weiterbildung Unterrichtsinhalte zur Patientenorientierung/ Gesprächsführung etc. vor?

Wie sah das konkret aus, **was** wurde **vermittelt**?

Für **wie wichtig** halten Sie solche Fortbildungsthemen?

- 2) Wie müsste Ihrer Meinung nach so einem Trainingsprogramm aussehen?

Welche **Inhalte** wären für Sie zentral?

Wie viel **Zeit** wären Sie bereit für eine solche Weiterbildung zu investieren?

Welche **Hürden** bei der Einführung einer solchen Schulung sehen Sie?

Haben Sie **Lösungsideen**?

Würden Sie an einer solchen Schulung **teilnehmen**?

Schlussfrage: Habe ich etwas vergessen, dass Sie noch gerne ansprechen würden?

Angegebene Gründe für Unzufriedenheit mit der Entscheidung

- alles offen - TEP bald
- aufgrund der Risiken einer etwaigen OP
- aufgrund meiner Krankheit keine Behandlungsmöglichkeit, leider!!!
- da es den Anschein erweckt, es gibt hier für mich keine Hilfe. Aber das Ziel ist zu erkennen - eine künstliche Hüfte, wahrscheinlich bringt das mehr Geld ein und ist für den Arzt schneller und bequemer
- da ich von weiter her komme (130km) ärgerlich, dass nicht sofort ein MRT gemacht werden kann
- dass es zu dieser Folge geführt hat
- der Arzt braucht zuerst die Ergebnisse der MRT-Untersuchungen
- Diagnose konnte nicht hinreichend gestellt werden
- die Rückenprobleme wurden eigentlich ausgeklammert. Erwähnte zwar, dass ggf. in der Schönklinik eine 4,5h OP im Lendenwirbelbereich im Oktober 13 vorgesehen ist und ich hoffe durch Verbesserung im Gehbereich auch die Rückenprobleme weniger werden
- eine OP muss überlegt sein (besonders mit 18)
- eine weitere Behandlung ist nicht erforderlich, die OP war voller Erfolg, es geht mir wieder gut
- es ist ein Kunstfehler, und da kommt man auf keinen Punkt
- es wurde keine Schmerzbehandlung gemacht, wurde mit Schmerzen, sehr starke, weggeschickt! Früher, vor Jahren, wurde immer Schmerzbehandlung gemacht, jetzt nicht!
- evtl. vorerst konservative Behandlung testen
- für ein Problem sehr zufrieden für das andere unzufrieden
- habe Angst vor Ersatzteilen
- Hatte andere Erwartungen
- hatte gehofft, dass eine Hoffnung auf Heilung besteht
- ich dachte zuerst die Knie-OP
- Ich hatte auf einen Knie-TEP Wechsel rechts gehofft, aber es besteht keine Möglichkeit mehr, der Unfall war zu schwer
- ich hatte den Eindruck, dass unbedingt operiert werden will
- Ich hoffe dass ich mich besser bewegen kann
- ich möchte eine gelenkerhaltende Therapie durchführen, wie Knorpelzelltransplantation oder Umstellungsosteotomie - Transplantation wurde abgelehnt, Umstellungs-OP nicht ausführlich besprochen und auch abgelehnt - ohne Abwägung der Nützlichkeit durch Dr. X
- Ich weiß immer noch nicht, woher meine Beschwerden kommen. Der Dr. X meinte, im linken Knie wäre diesmal kein PVNS. Einerseits gut, andererseits woher kommen die Beschwerden und die dicken Stellen an den Knien, darauf wurde gar nicht eingegangen.
- Ich weiß nicht ob es was bringt
- Ich wollte das gerne alleine machen, aber der Arzt meint das geht nicht, so kostet es mich Geld.
- kein Folgetermin zur Abklärung, muss mich selbst nach MRT um neuen Termin bemühen. Termin???
- keine alternative Behandlung (konservativ) mehr möglich - Überlegungen nach Knie-TEP
- keine Atteste
- keine klare Entscheidung, nur eine Mischung
- keine Linderung der Schmerzen in der Leiste, statt dem Gehen nur Humpeln
- konservativ wäre mir lieber gewesen
- muss sein
- Nach OP 8 Monate Schmerzen
- ob es hilft?

- weil 3. Knieprothese eingesetzt werden muss, warum???
- weil die Anregung hierzu von mir und nicht vom Arzt kam
- weil die Diagnose nicht 100% ist, es könnte evtl. auch schon ein Schaden sein, wird aber vorerst ausgeschlossen
- weil die Krankmeldung noch weiter dauert
- weil die Ursache nicht bekämpft wird, lediglich die Symptome. Entzündungshemmende Medikamente helfen momentan, verschlimmern aber den Knorpelabbau. Hätte mir Alternativen gewünscht!
- weil es lange dauert und ich jetzt schon 6 Wochen an meinem Arbeitsplatz fehle
- weil ich keine OP brauche, deswegen bin ich einerseits zufrieden, aber andererseits habe ich immer Probleme mit meiner Gesundheit
- Weil keiner die beste Lösung kennt
- wurde nicht zu einer sofortigen OP gedrängt, sondern es wurde zu einer weiteren Untersuchung geraten um danach zu entscheiden

Angegebene Gründe für eine OP-Entscheidung

- Absterben des Oberschenkelknochens
- altersbedingte Abnutzung des Meniskus
- Bakterien im Knochen
- Beugung noch nicht 90 Grad
- Bewegungsdefizit - kann den Arm nur unter Schmerzen bis 60Grad hochheben (Schultersteife)
- Bewegungseinschränkung
- Bewegungseinschränkung und Schmerzen
- chronische Entzündung, Schmerzen
- eingeschränkt im Sport - dadurch zugenommen
- eingeschränkte Beweglichkeit
- eingeschränkte Bewegung
- Einschränkung im Alltag und Schmerzen
- Entzündung
- Erguss
- Fehlstellung (2x)
- Fehlstellung Knie rechts
- Fehlstellung, Dysplasie (15x)
- Fehlstellung, Osteophyten abtragen
- Fehlstellung, Unfall 10/07
- freie Gelenkmaus im Knie (abgesprengtes Knorpelstück liegt frei im Gelenk), Schmerzen
- Gefahr des Gelenkeinbruchs, Schmerzen
- Gefahr von Zerstörung des Knochens/Gelenks, Schmerzen
- Gehbeschwerden
- Hüftlockerung nach 3 OP
- Ich weiß es nicht genau
- Innenmeniskusläsion
- Instabilität
- keine alternative Behandlung (konservativ) mehr möglich - Überlegungen nach Knie-TEP
- Knie rechts total kaputt
- Lockerung der Hüft-TEP, Schmerzen
- meine Schulter ist nach 5 OPs anders nicht mehr reparabel
- Prävention, Schmerzen
- Schmerzen und Kniescheibe hält nicht, evtl. Kreuzbandruptur
- Schmerzen, Knochenödem?
- Tumor
- Tumor, Schmerzen
- Überweisung durch behandelnden Orthopäden
- unzuverlässige Behandlung des vorherigen Arztes
- Verschleiß
- Verschleiß der bisherigen TEP
- Zysten im Gelenkkopf

Sorgen in Bezug auf die Operation

- alles, bin noch nie operiert worden, dass das künstl. Gelenk lange genug hält, dass ich trotzdem Schmerzen habe, Fremdkörper im Körper, ist ja aber noch nicht beschlossene Sache, hätte trotzdem gern noch etwas darüber gewusst, wer jetzt aber mal mehr im Internet recherchieren
- Anästhesie
- Angst vor Narkose (Erbrechen und Durchfall) bei Schilddrüsen-OP beidseitige Stimmbandlähmung
- Angst vor Zukunft
- Arthrose im Knie- Spätfolgen
- besser oder schlechter als vorher
- dass bei der Auswechslung der vorhandene Knochen zu wenig ist und Fremdknochen nicht mehr reicht
- das danach
- dass der Eingriff Erfolg hat
- dass die Schmerzen nach der OP immer noch da sind
- dass etwas schiefgeht
- Dass der Schaden sich nicht als behebbbar erweist
- dass die OP wieder nichts bringt und es danach wieder mit Schmerzen und anderen Beschwerden weitergeht
- dass die Prothese schließlich nicht richtig sitzt, ich lange nicht richtig auf die Beine komme, starke Schmerzen, wochenlang fast nichts mit der operierten Seite machen zu können und ich nicht weiß wie ich so meinen Alltag bewerkstelligen soll
- dass die Schmerzen wiederkommen könnten
- dass es nichts bringt
- dass es ohne Risiko abgeht
- dass es schlimmer werden könnte
- dass ich die Hep C nicht behandeln kann
- dass nachher keine Schmerzfreiheit sein könnte
- Dauer der nachfolgenden Einschränkung, Schmerzen
- dauerhaft keine Besserung, Rezidive, Verklebungen
- der Ausgang und die Erfolgsquoten
- die Behandlung nach OP; wie lange es dauert? Hilflosigkeit? Rehaklinik?
- die Dauer der OP (4-6 Stunden), die Risiken
- die Entlastungszeit nach der OP
- die Folgen
- die Narkose
- Die OP kann fehlschlagen; ich könnte gar nicht mehr gehen und die Schmerzen würden schlimmer
- die Risiken bei der Operation
- die Spinalanästhesie
- die Ungewissheit über einen Erfolg für meine Erkrankung
- die weiteren Folgen
- eine OP ist auch mit Risiken verbunden, mein Mann braucht Betreuung
- erste OP überhaupt
- eventuelle Komplikationen, Hilflosigkeit, ausgeliefert sein
- eventuelle Schwierigkeiten bei der Anästhesie, bzw. OP, Schmerzen
- falls das Knie nach der OP wieder Schmerzen bereitet
- Folgen nach und während der OP
- Heilungsprozess

- Hygiene (Keime)
- ich hoffe auf endgültige Hilfe
- Infektion
- Infektion zu bekommen in einer so großen Klinik
- Infektion, Schlamperei, nicht steriles Arbeiten
- Infektion?
- Infektionsgefahr
- keine Garantie ob Problem lösbar
- lange Entlastung nach OP
- lange Entlastungsphase mit Fernbleiben vom Arbeitsplatz, Eingriff ins Gelenk
- langwieriger Eingriff (180min), relativ hohes Infektionsrisiko
- mein Alter
- mögliche Erfolglosigkeit des Eingriffs, Verschlimmerung
- mögliche Komplikationen, Narkoseprobleme, Zeitverlust durch KKH und Reha, Qualität der Betreuung im KKH, Sorge um das OP-Ergebnis
- nach der OP rechts hatte ich Vorhofflimmer
- nachdem es mit dem Femurnagel nicht funktioniert hat nach dem Knochenbruch wegen Krebsmetastase hoffe ich sehr, dass es dieses Mal richtig läuft
- Narkose
- Narkose, Verlauf der OP, d.h. ob eine normale TEP gemacht werden kann oder eine kompliziertere Plastik sein muss
- Neben/Nachwirkungen, Bewegungseinschränkungen
- Nebenwirkung Gelenkersatz, Körper könnte Ersatz nicht akzeptieren; Gabe von Fremdblut oder Ersatzstoffen
- normale Aufregung und Nervosität vor einer OP
- ob danach wieder alles i.O. ist
- ob der Befund des entfernten Gewebes (Schleimhaut) positiv oder negativ ist
- ob die Bakterien alle beseitigt werden können
- Ob die OP das gewünschte Ergebnis bringt bezüglich Beweglichkeit und es keine Komplikationen gibt
- Ob die OP klappt wie bei der linken Hüft-TEP, kurze Heilungsphase
- ob die OP ohne Komplikationen verläuft
- ob die OP und die anschließende Reha wirklich so routinemäßig und gut verläuft wie es von allen behauptet wird
- ob es nach der OP besser ist
- OP haben immer ein Risiko, es gibt keine Garantie, dass es danach "perfekt" ist
- OP im Allgemeinen
- OP ist und bleibt OP
- OP-Ablauf, Narkose - Verträglichkeit, Heilung, Genesung
- post-operative Ruhigstellung, Belastungspause, Sportverbot ca. 4-6-Wochen
- Schmerzen, Infektion
- sehr große Gefahr, riskante OP
- Versteifung des Sprunggelenks klappt manchmal nicht
- was wird mit der Arbeit in der Altenpflege, werde ich weiter beschäftigt bei der Zeitarbeitsfirma
- wegen meiner Hände, denn ich könnte nicht an Stöcken gehen
- wie die Heilung vorangeht, ob wieder Lebensqualität; lange getrennt von Partner und Kindern, berufliche Situation

- wie es wird danach, Schmerzen, Klinikaufenthalt und Reha, habe 14 Jahre alte Katze zuhause - die war noch nie ohne mich und ist sehr scheu!!! Will Reha im Reha Zentrum Klinikum Großhadern also vor Ort!!!
- zukünftige Mobilität, Arbeitsfähigkeit, Schmerzen

Offene Antworten auf die Frage „Was hat Ihnen an Ihrem Gespräch nicht gefallen?“

- 1Stunde 40 Minuten Wartezeit ist zu viel
- 3 h Wartezeit trotz 45 min vor dem vereinbarten Termin angemeldet zu sein
- 4 Personen waren anwesend
- Alternativlos
- Arzt geht vielleicht zu wenig ins Detail (Zeitmangel)
- Arzt hat mich nicht ernst genommen
- Arzt ist zwischendurch mindestens 10 min "verschwunden"
- Arzt war etwas unsicher, machte keinen überzeugenden Eindruck
- Arzt wirkt gehetzt
- Ärztin: unkonzentriert, Informationen teilweise falsch notiert oder verstanden; OA: nichts
- Assistenzarzt konnte keine Prognose abgeben und ohne OA nichts zum vorliegenden Problem sagen
- Aufklärung über Details der OP nicht durch den bisher behandelnden Arzt, sondern eine mir unbekannt Assistentärztin (die die "Geschichte" natürlich nicht so gut kannte)
- Befragung im Beisein meines Mannes
- Bei einem Problem wusste man nicht genau, was es ist, wie es weitergeht... man musste "Druck" machen, dass darauf eingegangen wird
- bisschen zu leise wurde mit mir gesprochen
- das Ergebnis
- das geringe Interesse an meinem Anliegen
- das lange Warten auf das Gespräch, sonst ok
- das lange Warten davor
- das mit dem Arbeitgeber, dass er es nicht gerne sieht, dass man krank ist
- Das Sprechzimmer ist gruselig!! Eine freundliche Atmosphäre wäre sehr angenehm. Mehr Licht und Luft.
- dass Termine für 8:30 Uhr vergeben werden obwohl die Sprechstunde erst um 9:00Uhr beginnt! (Hat nichts mit dem Arzt zu tun)
- dass - wie eine Woche vorher- plötzlich der OA hereinkam, kurz vom Assistenzarzt informiert wurde - und im Stehen die Röntgenbilder und mich anschaute und eine Beurteilung abgab. Er schien im Stress
- dass der Arzt sich nicht vorab über meine Erkrankung informiert hat. Es liegt schon eine Akte vor. Es wurden wenig Fragen gestellt - Es wurde nicht das Gefühl vermittelt, dass man alle orthopädischen Probleme ausführlich bespricht bzw. gründlich untersucht
- dass der Arzt so viel mit einer Studentin (?) für mich unhörbar geredet hat. Das beunruhigt!
- dass der Assistenzarzt sich nicht!!! zum CT/MRT/Röntgenbild mir gegenüber äußerte, sprach nur mit Auszubildenden, wollte auf OA warten - gefühlte Ewigkeit
- dass der behandelnde Arzt mehr Aufmerksamkeit auf die Bilder (MRT) gelenkt hat als auf meine Ausführungen
- dass der Zusammenhang Ursache der Schmerzen durch einen vor 55 Jahren erlittenen Unfall und Träger der Kosten, BG oder Private Versicherung nicht gelang. Sind 2cm Beinverkürzung und steifes Sprunggelenk z.B. Mitschuld am Rückenschmerz
- dass die Ärztin und der OA sich nur medizinisch unterhalten haben
- dass ein Vertreter des Arztes dabei war; dass es zwischen "Tür und Angel" stattgefunden hat
- dass eine OP dringend notwendig ist
- dass es fast keine Möglichkeit gibt zu einer Operation nach dem Unfall
- dass es keine Diagnose gab, woher ich seit 8 Monaten starke Rückenschmerzen habe; man bot mir jedoch an, man könne mir jedoch Cortison gemischt mit Narkosemittel in den Bereich der WS spritzen. Nach dem Motto „Das kann ja nicht schaden!“ - mein persönlicher Eindruck ist, da keine Diagnose gestellt wurde, ist es wie das stochern nach einem Fisch im

trüben Wasser, dass man ihn erwischt ist so gut wie unmöglich - sprich kein wirtschaftlicher Erfolg für den Arzt/KKH. Solche Patienten sind nicht erwünscht, will und kann man auch nicht behandeln, daran nicht zu verdienen ist. Eine OP hingegen ist klar zu überschauen und zu kalkulieren. OP-Geld. Da ist es einfach den Patienten für 8 Monaten weg zu schicken, da die Lage der Dinge vielleicht dann eine OP rechtfertigt oder der Patient nicht wiederkommt. Das Problem Patient und die Kasse stimmt nicht, hat sich von allein gelöst

- dass es zu kurz war, genauere Erklärungen; nicht nur lateinische Fachausdrücke
- dass ich anfangs (bis der hinzugezogene Kollege da war) nicht beachtet wurde; ich hatte eine Schulterverletzung, bin vom Haus und werde daher ganz anders ernst genommen, habe aber auch mehr Verständnis für die Situation der Ärzte. Ich wurde zwar nicht so "nett" behandelt, habe aber genau das bekommen was ich wollte, nämlich massiv Physiotherapie mit Aussicht auf mehr falls es nicht hilft
- dass ich die HEP C nicht loswerde
- dass keine richtige Entscheidung getroffen wurde
- dass mir noch nichts Konkretes gesagt werden konnte, da noch Unterlagen von der letzten OP benötigt werden - Bilder und ggf. muss ein neues MRT gemacht werden
- dass zu wenig gefragt wurde, wo genau die Schmerzen sind. Eine ganz genaue Lokalisierung wäre für die Diagnose hilfreich
- dass zuerst ein Assistenzarzt alles aufgenommen hat, nach einer Wartezeit dann erst Gespräch mit Operateur (Wiederholungen!)
- der Arzt war mehr mit dem Handy als mit mir beschäftigt
- der Arzt wurde angerufen (anderer Patient)
- der behandelnde Arzt hat mich nicht so gut aufgeklärt
- der behandelnde Arzt hat schnell die Therapievorschlüsse der vorbehandelnden Ärzte (Neurologe, Radiologe) übernommen und Maßnahmen vorgeschlagen
- der Einstieg: nach der knappen Begrüßung sollte ich mich gleich zur Untersuchung hinlegen, ohne vorheriges Anamnesegespräch
- der sehr vorsichtige!!! Einstieg in das aufgetretene Problem
- Diagnose
- Die Ärztin hat mich genau untersucht, danach hat sie den OA angerufen. Nach 15 min kam dieser (es waren reine 15 min Wartezeit, in der auch die Ärztin sonst nichts tun konnte) Er hat die identische Untersuchung -nur deutlich gröber! - wiederholt und die gleiche Diagnose gestellt, anschließend ging er wieder
- Die Ärztin war kalt zu mir. Ich bin selbst Medizinstudentin. Aber die hat es ignoriert. Aber OA war nicht so. Er hat es gut erklärt und wir haben zusammen eine Entscheidung getroffen.
- die ausgesprochen pampige Art der Assistentin, die das Vorinterview führt
- die Betonung auf die eventuelle Zuspitzung der Lage
- die dazwischen geführten Telefonate
- Die Diagnose bzw. die eventuellen Lösungsversuche wurden mir etwas zu deutlich bzw. etwas zu unsensibel geschildert.
- die Diagnose wird einem vermittelt, aber das wars auch
- die Diagnose!
- die Eile und zu wenig Eingang für meine Probleme
- die Fragestellung und die Kühle die vom Gesprächspartner übergebracht wurde
- die genaue Vorgehensweise konnte mir nicht vermittelt werden, speziell ob eine OP (Gelenkentnahme) evtl. einen Erfolg oder Verbesserung bringen könnte! Ich kann seit der Hüft-TEP nicht mehr gehen!
- Die junge Ärztin hat mich nicht ernst genommen und hatte meiner Meinung nach wenig Ahnung. Auf die Frage hin ob das Drücken an der LWS schmerzt meinte ich es brennt daraufhin meinte sie: brennen gibt es nicht, brennen gibt es nur auf der Haut! Nach dem Röntgen keinerlei Weiterbehandlung außer Schmerztabletten

- Die Krankenschwester hat mit Unterlagen anderer Patienten gestört und eine Patientin platzte einfach in den Behandlungsraum.
- die lange Wartezeit trotz Termin, teils unverständliche Aufrufe per Lautsprecher
- die lange Wartezeit über 1,5 Stunden!!
- die lange Wartezeit vor dem Gespräch
- die lange Wartezeit vorher (2,5Stunden)
- die vorherigen Wartezeiten (3 Stunden sind trotz Termin keine Seltenheit) sind sehr unangenehm, es ist nach dem MRT nur von einer OP gesprochen worden
- Die Wartezeit auf den Professor. Ich wartete ca. 20 Minuten vom Vorgespräch mit dem Arzt auf den Professor.
- die Wortwahl bezüglich Gewichtsreduktion
- die zweite ZuhörerIn
- Dr. XY, eigentlich alles - kaum etwas gefragt, kurz abgetastet, dann wieder rausgeschickt und erneut warten auf wiederaufrufen und OA, nach 50 Minuten warten nachgefragt " das dauert noch" sehr unfreundlich
- eigentlich alles
- Einer der Ärzte sah sehr müde aus, das tat mir sehr leid.
- Es ging alles sehr schnell.
- Es soll LWS 4/5 OP gemacht werden, keine weiteren Schmerzbehandlungen und Therapien.
- Es war nicht ganz klar was aus Sicht der Ärzte der nächste Schritt der Behandlung sein sollte und was ich selbst zur Besserung beitragen kann.
- Es waren zwei Studenten, hat mich aber nicht sonderlich gestört.
- etwas kurz; kein OA, obwohl extra Termin so vereinbart; Ablauf etwas unorganisiert
- Fachsprache
- Fachwörter, die andere Patienten evtl. nicht verstehen
- fehlende Unterlagen seitens der Klinik
- Habe selbst überwiegend Fragen stellen müssen; Arzt wirkt genervt; kein Interesse (war schon nach 12:00Uhr?); zu unterschiedliche Aussagen, vor allem von den OÄ; jedes Mal ein anderer Arzt - jedes Mal von neuem beginnen.
- Ich bin praktisch "austherapiert", nachfolgende Therapien: ca. 3 Monate ambulant, ca. 2 Monate stationär, seit gut 1 Monat wieder ambulant, mit 2-3 konsiliarischen Untersuchungen: Chirurgie, plastische Chirurgie, Gefäß-Ambulanz.
- Ich fand gut, dass der Assistenzarzt wegen meiner schwierigen Situation noch den Oberarzt hinzugezogen hatte - der OA hatte dann nur ganz kurz Zeit und befürwortete ein Kernspin durchzuführen, meinte aber, dass die Besserung nur noch mit einer Prothese hinzubekommen sei. Er hatte mir das gar nicht erklärt, weil er keine Zeit hatte und gleich wieder weitermusste.
- Ich habe 7 Stunden in der Klinik verbracht, doch KEIN !! Ergebnis erfahren. Nun habe ich morgen (nach 8 Tagen) Termin. Mal sehen.
- Ich habe eine schlechte Nachricht bekommen- Stützverband kommt doch nicht heute raus, wie auf Station angekündigt, sondern bleibt noch 4 Wochen lang dran, OP war vor 6 Tagen.
- Ich hätte gern die Röntgenaufnahme erklärt bekommen, habe mich aber nicht getraut darum zu bitten.
- Ich war leider z.T. in der verkehrten Sprechstunde, ich muss in die Wirbelsäulensprechstunden.
- Ich weiß nicht, wer die Frau im Zimmer war, die mitschrieb, sie wurde mir nicht vorgestellt.
- Ich wurde nicht ernst genommen mit meinen Schmerzen.
- Ich wurde vom Prof. nicht ernst genommen und etwas "von oben herab" behandelt. Es wurde nur das MRT angeschaut und das wars!
- Information

- kein Kommentar zu den mitgebrachten Röntgenbildern, viel administrative Vorarbeit des 1. Arztes (falls es einer war!), Namensschild des Arztes fehlte
- kein persönliches Wort - keine persönlichen Fragen
- keine Alternativen zur OP?
- keine Aufklärung warum ein zweiter Arzt bei dem Gespräch dabei war - AiP? Student?
- keine genauen Aussagen über die Ursachen und wie die Beschwerden am schnellsten zu beheben sind, MRT ist in 6 Wochen
- keine klare Aussage
- lange Wartezeit im Vorfeld
- lange Wartezeiten
- lange Zwischenperiode zwischen Beginn und nach Röntgen
- leichte rhetorische/ fachliche Unsicherheiten des Assistenzarztes
- mehr Zeit!!!
- Mir kam der Arzt sehr im Stress vor und konnte die Belege vom Ärztlichen Notdienst nicht lesen (schlechte Schrift).
- Nach 2 schweren WS-OPs habe ich mir heute wieder Heilmittelverordnungen zur Stabilität meines Körperzustandes geholt. Daher nur Nachfragen.
- Nicht am, sondern vor dem Gespräch hat mir natürlich eine Wartezeit von 2,5 Stunden nicht gefallen - kam aber zur NOTHILFE.
- nicht so gute Aufklärung, OA der operiert war nicht da, und so wird man nicht informiert, auf Grunderkrankung wird nicht eingegangen
- nicht so viel Latein
- Notfallsprechstunde
- nur 5 Minuten der Zeit Gespräch mit dem OA Dr. XY. Die unangemessene Begrüßung des Assistenzarztes Dr. med. XZ: Hallooooo!! als ob ich in eine Bar anstatt in ein Klinikum eingetreten bin; weder fühlte ich mich ernst genommen noch kann ich diesen Assistenzarzt ernst nehmen. Das sehr kurze Gespräch mit dem OA
- OA war überheblich
- Operateur war leider nicht anwesend, da im OP
- praktisch keine Erklärung der medizinischen Fachausdrücke, gewisse Arroganz
- Reden der Ärzte "über" mich, nicht mit mir. Kaum Blickkontakt
- Schlecht: Voller Wartesaal, man sagt mir nach 1 Stunde ich sei die Nächste, aber es kamen noch 3 vor mir (Kommentar von der Rückseite des FB hier eingetragen)
- schnell, etwas gehetzt (1. Mal Assistenzarzt) da er nochmals meine Krankengeschichte von vor 7 Jahren aufnehmen musste ganz schnelle Untersuchung
- Schulter, Ferse usw. etwas "alt" und geschädigt
- sehr kurz, wenig Fragen zum Hintergrund und Lebenssituation, sehr sachliche kurze Abfertigung
- sehr lange Wartezeit zwischen den beiden Gesprächen (über 1 Stunde). Der Arzt sagte nicht warum ich so lange warten musste.
- sehr unerfahren
- Störung durch Studenten, die später dazukamen
- teilweise zu knappe Gesprächsführung
- Unsicherheit des Assistenzarztes
- Verwendung von medizinischen Fachbegriffen, die ich nicht verstehe, das Gefühl ein "Fall" oder eine bestimmte "Krankheit" zu sein, kein Mensch (mir fehlt die ganzheitliche Sicht)
- viel zu lange Wartezeit! Häufige Störungen, Telefon 3-mal (!), Piepser, Schwester usw.
- vielleicht etwas kurz
- war alles sehr nett, ok, nichts einzuwenden, mehr Zeit zum Nachfragen und für Erläuterungen

- war kein Gespräch, nur kurze Fragen "Abarbeiten der Patienten"
- war zum 2. Mal da und habe beim 1. Mal Diagnose Sehnenanriss und Einblutung, erst jetzt heißt es: "Frozen Shoulder" - hätte ich das gleich gewusst, hätte ich den 2. Termin sparen können
- Wartezeit (50min)
- wenig Vertrauen in wissenschaftliche Assistenten der LMU, Ärzte wirken manchmal gestresst! und genervt! Einmal wurde mein Termin vergessen.
- wenig Zeit
- Wenn eine OP missglückt ist, wird man nur belogen, es wäre gut, wenn man aufgeklärt würde.
- Zeitdruck
- zu lange Wartezeit (2 Stunden), der Arzt war nicht vorbereitet und hatte die Unterlagen vom letzten Gespräch nicht angeschaut
- zu schnell
- zu schnell, nicht alle Fragen wurden beantwortet wegen Zeitmangel!
- zu wenig Nachfragen betr. Zustand und Perspektive

Danksagung

Danken möchte ich als erstes meinem Doktorvater Professor Jansson, der mich zu einer Doktorarbeit motiviert, mich unterstützt und viel Offenheit für dieses unkonventionelle Thema gezeigt hat. Ebenso danken möchte ich Professor Birkenmaier, der ebenso offen und interessiert das Projekt unterstützt hat und sich um Korrekturen bemüht hat. Danken möchte ich auch Maria Durand, die bis zum Schluss mit mir gemeinsam an dem Gesamtprojekt drangeblieben ist, sowie allen anderen Doktorandinnen und Hilfskräften für ihre Motivation und ihr Engagement. Besonders danken möchte ich meinem Mann für die geduldige und beständige Unterstützung sowie meinen Kindern.

Affidavit

	LUDWIG- MAXIMILIANS- UNIVERSITÄT MÜNCHEN	Promotionsbüro Medizinische Fakultät		
Eidesstattliche Versicherung				

Gesell, Isabella Susanne

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

„Medizinische Entscheidungen in der Orthopädie aus Perspektive der Arzt-Patient-Interaktion - eine explorative Mixed Methods Studie“

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Starnberg, den 09.03.2023

I. S. Gesell

Ort, Datum

Unterschrift Doktorandin

Publikationsliste

Kliche, T., Gesell, S., Nyenhuis, N., Bodansky, A., Deu, A., Linde, K., Neuhaus, M., Post, M., Weitkamp, K., Töppich, J., Koch, U. (2008). Prävention und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten: Eine Studie zu Determinanten, Verbreitung und Methoden für Kinder und Mitarbeiterinnen: Beltz Juventa.

Silier, C. C. G., Greschik, J., Gesell, S., Grote, V., & Jansson, A. F. (2017). Chronic non-bacterial osteitis from the patient perspective: a health services research through data collected from patient conferences. *BMJ Open*, 7(12), e017599. doi:10.1136/bmjopen-2017-017599.

Gesell, S. (2006). Katastrophe und Faszination. *report psychologie*, 2006(10), 458-459. ISSN 0344-9602.