



universität
wien

Magisterarbeit

Titel der Magisterarbeit

Der dritte Akteur

Zur veränderten Arzt-Patienten-Kommunikation aufgrund von
Gesundheitsinformationen im Web

Verfasserin

Cornelia Kurzmann, Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: 066/ 841

Studienrichtung lt. Studienblatt: Publizistik- und Kommunikationswissenschaft

Betreuer: Ao.Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Roland Burkart

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am 24.09.2013

(Cornelia Kurzmann, Bakk. phil.)

Widmung

für:

meine Eltern

meine Geschwister Andrea, Hannes und Martin

meinen Partner Severin

Danksagung

Besonders möchte ich mich bei meinen Eltern bedanken, die mich immer auf jede erdenkliche Weise unterstützt haben.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen Geschwistern Andrea, Hannes und Martin sowie dessen Familien, die immer für mich da waren und immer ein offenes Ohr für mich gehabt haben.

Ein weiterer Dank gilt meiner Oma, die mich ebenso immer unterstützt hat.

Ein herzlicher Dank geht an meinen Partner Severin, der mir mit Rat und Tat die ganze Studienlaufzeit zur Seite gestanden hat.

Ich bedanke mich auch bei meinem Betreuer, Ao. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Roland Burkart, für die außerordentlich gute Betreuung und die konstruktiven Gespräche.

Schlussendlich möchte ich mich noch bei all jenen bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, vor allem allen Ärztinnen und Ärzten die sich die Zeit genommen haben, mir ein Interview zu geben.

Um die Lesbarkeit und die Verständlichkeit der Magisterarbeit nicht zu erschweren, wird durchgehend die männliche Form für beide Geschlechter verwendet.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	9
1 Definitionen	10
2 Forschungsgegenstand	13
2.1 Erkenntnisinteresse.....	13
2.2 Wissenschaftlicher Fachbezug	14
3 Kommunikationstheoretischer Rahmen	15
3.1 Wahrnehmungsveränderung	15
3.2 Verständigungsorientierung.....	17
3.3 Theorie öffentlichen Vertrauens	18
4 Aktueller Forschungsstand	19
4.1 Die Suche im Internet.....	20
4.2 Der E-Patient	22
4.3 Arzt und Patient	25
4.3.1 Kommunikation zwischen Arzt und Patient	25
4.3.2 Das Arzt-Patienten-Verhältnis.....	30
4.3.3 Das Arzt-Patienten-Gespräch	34
4.3.4 Entscheidungsmodelle	36
4.3.5 Einflussfaktoren der Arzt-Patienten-Beziehung.....	41
4.3.6 Typische Irrtümer vom Arzt die Autonomie des Patienten betreffend	42
4.4 Phänomen Cyberchondrie.....	45
4.5 Die Zukunft des Arztes	46
5 Forschungsfrage	47
6 Methode der Empirie	48
6.1 Methode der Datengenerierung	49
6.2 Methode der Auswertung.....	54
6.2.1 Festlegung des Materials	55
6.2.2 Analyse der Entstehungssituation.....	55
6.2.3 Formale Charakteristika des Materials	55
6.2.4 Richtung der Analyse.....	56
6.2.5 Theoretische Differenzierung der Fragestellung.....	57

6.2.6	Analysetechnik und Ablaufmodell.....	57
6.2.7	Definition der Analyseeinheit.....	57
6.2.8	Entwicklung der Kategorien	57
6.2.9	Rücküberprüfung des Kategoriensystems.....	60
6.2.10	Interpretation der Ergebnisse in Richtung Hauptfragestellung	60
6.2.11	Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien	60
7	Ergebnisse	61
7.1	Kategorie A – Wahrnehmungsveränderung.....	61
7.1.1	Interpretation zur Forschungsfrage 1:	66
7.2	Kategorie B – Verständigungsorientierung	67
7.2.1	Interpretation zur Forschungsfrage 2	76
7.3	Kategorie C – Theorie öffentlichen Vertrauens.....	79
7.3.1	Interpretation zur Forschungsfrage 3	88
7.4	Beantwortung der Hauptforschungsfrage	95
7.5	Die Zukunft des Arztes	98
8	Fazit und Ausblick	102
9	Abbildungsverzeichnis:	105
10	Literaturverzeichnis.....	105
Anhang		115

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der vierohrige Empfänger (Schulz von Thun 1992: 45).....	26
Abbildung 2: Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung (Krones 2008: 822)	37
Abbildung 3: Interviewpartner (eigene Grafik)	51
Abbildung 4: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Steigleder 2008:822)	54
Abbildung 5: Transkriptionszeichen (vgl. Przyborski 2010:166)	56
Abbildung 6: Ergebnisse der Verständigungsorientierung (eigene Grafik)	79
Abbildung 7: Ergebnisse Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	90
Abbildung 8: Arzt 1 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	90
Abbildung 9: Arzt 2 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	91
Abbildung 10: Arzt 3 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	91
Abbildung 11: Arzt 4 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	91
Abbildung 12: Ärztin 5 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	92
Abbildung 13: Ärztin 6 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	92
Abbildung 14: Ärztin 7 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	92
Abbildung 15: Arzt 8 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	93
Abbildung 16: Arzt 9 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	93
Abbildung 17: Arzt 10 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	93
Abbildung 18: Ärztin 11 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)	94

Einleitung

Die ständige Entwicklung der Technologien bringt zahlreiche Veränderungen mit sich. Allein in den letzten zehn Jahren hat sich das Internet um ein Vielfaches weiterentwickelt. Laut Statistik Austria sind acht von zehn Haushalten im Jahr 2012 mit einem Internetzugang ausgestattet. (vgl. Statistik Austria, 2012a) Zehn Jahre zuvor hatten drei von zehn Haushalten einen Internetzugang. (vgl. Statistik Austria, 2012b) Damit hat sich die Zahl der Internetnutzer mehr als verdoppelt. Die Möglichkeiten, sich im WWW auszutoben, sind unbegrenzt, hier findet man alles von Kaufanzeigen über Informationsseiten von öffentlichen Behörden bis hin zu den sogenannten Social Network Portalen.

Interessant für diese Arbeit sind hier vor allem Informationsseiten und Foren zu Gesundheitsthemen. Immer öfter wird das Web genutzt, um über Symptome ein Krankheitsbild zu finden oder mögliche Behandlungsmöglichkeiten auszuloten. Vor allem bei eher unangenehmen Themen beziehungsweise Themen, die mit Scham behaftet sind, wird immer öfter das Internet vor dem Arzt konsultiert. (vgl. Diepgen: 2009: 983) Durch diese Veränderung des Wissensstandes von Patienten sieht sich der Arzt mit einer neuen Generation von Patienten konfrontiert und muss dementsprechend auch verändert auf diese Patienten reagieren. Wie Ärzte mit dieser Situation umgehen beziehungsweise wie sie auf den informierten Patienten reagieren und welchen Einfluss dies auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat, soll in der nachfolgenden Magisterarbeit untersucht werden.

Als empirische Methode zur Datenerhebung wurde das Leitfadeninterview/ Experteninterview gewählt. Die Verfasserin der Magisterarbeit ist der Auffassung, dass diese Methode am geeignetsten zur Generierung von Daten zur Beantwortung der Forschungsfragen ist. Zur Auswertung der Interviews wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet.

1 Definitionen

Die folgenden Begriffe kommen in der Arbeit sehr häufig vor und sollen deshalb vorab definiert werden, um zum besseren Verständnis beizutragen. Zu jedem der Begriffe gibt es eine Fülle an Definitionen, ausgewählt wurden jene, die für die Autorin der Magisterarbeit am besten zur Arbeit passten.

Arzt

Die erste Antwort, die man auf die Frage nach der Aufgabe des Arztes von den meisten Laien bekommen wird, ist die: Krankheiten zu heilen. Jeder Arzt weiß oder sollte wissen, dass er das nicht kann. Nur der Körper selbst kann Krankheiten heilen. (vgl. Schulten 1960:41)

„Wenn der Arzt also nicht heilen kann, so hat er doch vielleicht die Möglichkeit, günstige Vorbedingungen für die Heilung zu schaffen.“ (Schulten 1960:41)

Im österreichischen Recht ist die Aufgabe des Arztes wie folgt geregelt:

„§ 5. (1) Das Aufgabengebiet der Ärztin für Allgemeinmedizin/des Arztes für Allgemeinmedizin umfasst die medizinische Betreuung des gesamten menschlichen Lebensbereiches, insbesondere die diesbezügliche Gesundheitsförderung, Krankheitserkennung und Krankenbehandlung aller Personen, unabhängig von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung.“

(2) Die wesentlichen Aufgaben der Ärztin für Allgemeinmedizin/des Arztes für Allgemeinmedizin liegen in der

1. Gesundheitsförderung, -vorsorge und -nachsorge,
2. patientinnen- und patientenorientierten Früherkennung von Krankheiten,
3. Diagnostik und Behandlung jeder Art von Erkrankungen,
4. Behandlung lebensbedrohlicher Zustände,
5. allgemeinmedizinischen Betreuung behinderter, chronisch kranker und alter Menschen,
6. Diagnostik und Behandlung von milieubedingten Schäden,
7. Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen,
8. Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Patientinnen/Patienten sowie

9. Zusammenarbeit mit Fachärztinnen/Fachärzten, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und mit Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere Krankenanstalten.“ (RIS 25.04.2013)

E-Health

E-Health steht für „electronic health information“, also die elektronische Gesundheitsinformation. Diese ist vor allem über das Internet und damit verwandte Technologien verfügbar. Der positive Effekt von E-Health ist vor allem, dass dem Patienten mit niedrigen Kosten mehr Informationen und Hilfestellungen zu ihrem spezifischen Krankheitsfall gegeben werden können. Negativ allen voran ist, dass der Patient selbst, als Laie, schwer qualitativ hochwertige von weniger richtigen Informationen unterscheiden kann. (vgl. Eysenbach 2001:11)

Internet

„Das Internet ist ein weltumspannendes, heterogenes Computernetzwerk, das auf dem Netzwerkprotokoll TCP/IP basiert. Über das Internet werden zahlreiche Dienste wie z.B. E-Mail, FTP, World Wide Web (WWW) oder IRC angeboten.“ (Gabler Wirtschaftslexikon 25.04.2013) In der folgenden Arbeit ist nicht das Internet als Computernetzwerk, sondern sein Angebot des World Wide Webs gemeint. Das WWW bietet jedem Benutzer eine grafisch unterstützte Navigation im Internet zum Auffinden von Informationen auf sogenannten Hypertext-Seiten. (vgl. Gabler Wirtschaftslexikon 25.04.2013) Ebenfalls gemeint ist das WWW mit Begriffen wie Netz und Web.

Das (Arzt-Patienten) Gespräch

Dialog leitet sich etymologisch von griech. *diálogos* (= Unterredung, Gespräch) ab und meint allgemein ein (Zwie-)Gespräch, einen Typ von

- ☐ interpersonaler Kommunikation, die (in der Regel) zwei
- ☐ Akteure miteinander eingehen, sei es

mündlich-verbal, nonverbal, schriftlich oder über andere Kommunikationskanäle. Im Vordergrund des Dialoggedankens steht die Möglichkeit der Kommunikationsakteure, direkt aufeinander zu reagieren, also Wechselseitigkeit der

Kommunikation herzustellen, dies in einer gewissen zeitlichen Ausdehnung und oftmals mit nicht festgelegtem, sondern offenem Ergebnis. (Bentele 2013a:59)

Gesundheitskommunikation

Gesundheitskommunikation bezeichnet ein trans- und interdisziplinär angelegtes, gleichwohl recht klar abgrenzbares Praxis-, Forschungs- und Lehrfeld, das mit Kommunikationsprozessen im Gesundheits- bzw. Krankheitsbereich allgemein umschrieben ist. Gesundheitskommunikation kann als die Produktion, Verarbeitung, Weitergabe, Rezeption und Wirkung von gesundheitsbezogenen Informationen, Texten und Bildern durch Personen und Organisationen definiert werden. Mit dem Begriff Gesundheitskommunikation sind also alle Informations- und Kommunikationsprozesse angesprochen, die einen Bezug zu Gesundheitsthemen haben. In der Gesundheitskommunikation können vier Ebenen unterschieden werden:

- a) intrapersonale Information/Kommunikation,
- b) interpersonale Kommunikation,
- c) Organisationskommunikation und
- d) Massenkommunikation,

die sich aber teilweise überlappen und miteinander vernetzt sind. Einzelphänomene und -fragestellungen der Gesundheitskommunikation reichen von der medizinischen Diagnostik (Symptomologie) und der Arzt-Patienten-Kommunikation über die Presse- und Medienarbeit von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen, die Werbe- und Public-Relations-Aktivitäten im Bereich der Pharma-Kommunikation, die Wissenschaftsberichterstattung zu medizinischen Themen ebenso wie die Boulevard-Berichterstattung über psychisch Kranke und deren Stigmatisierung (« Gefährlicher Verrückter bedroht Passantin «) und die Kommunikation z. B. des Apothekerverbandes bis hin zu staatlichen Gesundheitskampagnen (z. B. Aids-Kampagne, Nichtraucher-Kampagnen, Präventionskampagnen z. B. gegen Fettleibigkeit etc.) und Patienteninformationen und -foren im Internet. (Bentele 2013b:107)

Der Patient

Patient stammt aus dem lateinischen „patior“, was soviel bedeutet wie „leiden“ im Sinne von Schmerz empfinden und in der zweiten Bedeutung „Geduld haben/ertragen“. Ein Patient ist eine Person die unter Gesundheitsfürsorge steht, also sie wartet auf medizinische Hilfe, bekommt sie gerade oder hat sie bereits erhalten. (vgl. Medicinenet.com 2012)

Wesentliche Aspekte der Krankenrolle sind:

1. „Die Entbindung von allgemein geltenden Rollenverpflichtungen und Verantwortlichkeiten.
2. Der Umstand, dass der Kranke für seinen Zustand und die daraus resultierenden sozialen Abweichungen nicht verantwortlich ist.
3. Die bestehende Verpflichtung, den Zustand nach Möglichkeit zu verbessern, was letztlich verbunden ist mit
4. Der Verpflichtung, ExpertInnen aufzusuchen und mit ihnen zu kooperieren.“
(Peintinger 2012: 68)

2 Forschungsgegenstand

Forschungsgegenstand soll die Kommunikation zwischen Arzt und E-Patienten sein, wobei die Sichtweise des Arztes hier die dominierende Rolle spielt. Vor allem die Theorie der Wahrnehmungsveränderung, die Theorie der Verständigungsorientierung sowie die Theorie öffentlichen Vertrauens sollen theoretische Grundlage für die Forschungsfragen bieten.

2.1 Erkenntnisinteresse

Grundsätzlich besteht in der Bevölkerung ein hohes Interesse an Gesundheitsinformationen, denn laut des von der Bertelsmann Stiftung jährlich durchgeführten „Gesundheitsmonitors“ suchen vier von fünf Erwachsenen aus eigenem Interesse nach Informationen zu Gesundheit und Krankheit. (vgl. Horch 2012:740) In den letzten Jahren hat dabei die gesundheitsspezifische Suche im Internet immer mehr an Bedeutung gewonnen. Fromm zitierte hierzu 2011 Kranich, der 2006 festhielt: „Wer hätte vor zehn Jahren gedacht, [...] dass man sich bei gesundheitlichen Problemen nicht zuerst an seinen Arzt/ seine Ärztin wendet,

sondern vorher nach seiner Krankheit googelt und entweder gleich über die Internet-Apotheke die elektronisch empfohlenen Medikamente ordert oder wenigstens seinen Arzt/ seine Ärztin mit den gefundenen Informationen konfrontiert?“ (Fromm 2011: 71) Dies führt auch zugleich zum Kernpunkt der nachstehenden Arbeit, die Beziehung vom Arzt zum Patienten, die sich unweigerlich durch die steigende „Informiertheit des Patienten“ ändern muss. Laut einer schottischen Studie erscheinen die sogenannten E-Patienten den Ärzten als aktiver und anspruchsvoller, sie verfügen über zutreffende Informationen, die sie aber häufig falsch interpretieren und die den Ärzten zu mehr als der Hälfte nicht bekannt sind. Solche Patienten beanspruchen laut den Ärzten mehr Zeit und werden von etwas weniger als der Hälfte der Ärzte als willkommene Herausforderung angesehen. (vgl. Klemperer 2003:12) Wie auch Leiberich 2004 formulierte: „Der gut informierte Patient, eigentlich für den Arzt entlastend, wird leider von manchen als bedrohlich erlebt, wenn das Wissen des Patienten in der Tat das des Arztes an Aktualität übertrifft.“ (Leiberich 2004: 266) Dies führt dann laut Felt u.a. zu einer nur allzu menschlichen Reaktion des Arztes, nämlich, dass viele Patienten, die den Arzt mit Informationen aus dem Internet konfrontieren, eher auf Zurückweisung stoßen. (vgl. Felt 2009: 26 f.) Als berechtigtes Argument wird von vielen Ärzten jenes verwendet, dass potentielle Patienten zwar wissen, welche Websites man als vertrauenswürdig einstufen kann, jedoch bei ihrer spezifischen Suche die erstbeste Information als die richtige und wahre ansehen und somit diesen Informationen unreflektiert vertrauen. (vgl. Eysenbach 2003:296) Die Heterogenität der Internetuser und ebenso deren heterogenes Suchverhalten verändert die Arzt-Patienten-Beziehung, vor allem die Rolle des Arztes als unangefochtener Fachmann. Welche Faktoren die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem nun informierten Patienten beeinflussen, soll nachstehend untersucht werden.

2.2 Wissenschaftlicher Fachbezug

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient charakterisiert grundsätzlich einen Fachbezug aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive. Durch welche Faktoren sich diese Kommunikation, durch das Aufkommen der leichten Informationsbeschaffung durch das Internet für den Patienten, vom Patienten zum Arzt verändert hat, stellt hier die Dominate dar. Wie die Kommunikation mit dem E-

Patienten nun abläuft, wie sich der Arzt dabei fühlt und welche Auswirkungen dies auf das Gespräch an sich haben kann, wird anhand des Leitfadeninterviews auf den Grund gegangen. Mit der Theorie der Wahrnehmungsveränderung, im Speziellen, wie der Arzt mit als dissonant empfundener Information umgeht stellt eines der Faktoren dar, die in dieser Arbeit untersucht werden. Die Variablen der Verständigungsorientierung; Wahrheit, Wahrhaftigkeit, Legitimität und Verständlichkeit; sollen mit konkreten Beispielen aber auch offenen Fragen überprüft werden. Als letztes soll noch die Theorie öffentlichen Vertrauens angewandt werden, in dem einige spezifische und auf die Arzt-Patienten-Kommunikation anwendbare Variablen ausgewählt und mit Hilfe der Interviews analysiert werden.

3 Kommunikationstheoretischer Rahmen

Als kommunikationstheoretischer Rahmen wurden die Theorie der Wahrnehmungsveränderung, die Theorie der Verständigungsorientierung sowie die Theorie öffentlichen Vertrauens gewählt, die in diesem Kapitel näher erläutert werden.

3.1 Wahrnehmungsveränderung

Diese Theorie ist ein Auszug aus der Dissonanztheorie und kann Aufschluss darüber geben, wie sich der Arzt mit der veränderten Situation durch den E-Patienten arrangiert. Im Wesentlichen gibt es hier zwei basale Hypothesen:

1. Dissonanz wird psychisch als unangenehm empfunden und motiviert daher eine Person dazu, die Dissonanz zu reduzieren und Konsonanz herzustellen.
2. Empfindet eine Person Dissonanz, dann wird sie Situationen und Informationen meiden, die diese Dissonanz vergrößern könnten.

Das genaue Ausmaß an Dissonanz ist weiter von zwei Dingen abhängig, nämlich (1) von der Bedeutung der Elemente für eine Person und (2) von dem Verhältnis der Elemente, die dissonant sind, zu den konsonanten. (vgl. Schenk 2007: 150)

Die Konfrontation mit dem Wissen des sogenannten E-Patienten kann der Arzt durchaus als psychisch unangenehm empfinden, was ihn dazu nötigt, diese

Dissonanz zu reduzieren. Vor allem dann, wenn das Wissen aus dem Internet, das Wissen des Arztes überschreitet. Für paternalistisch eingestellte Ärzte ist deren studiertes Wissen vermutlich von besonderer Bedeutung, und wenn dieses dann durch eine Person, die ihr Wissen von einer leicht zugänglichen und schnell auffindbaren Plattform bezieht und womöglich dann noch an diesem Wissen festhält, in Frage gestellt wird, kann dies durchaus dann als unangenehm empfunden werden.

Die Reduktion von Dissonanz kann auf verschiedene Arten erfolgen. Festinger gibt folgende Möglichkeiten an:

1. Die Reduktion besteht in der Änderung der Verhaltenskomponente („Behavioral Cognitive Element“)
2. Die Reduktion besteht durch die Änderung der physischen und psychischen Umwelt („Environmental Cognitive Element“)
3. Minderung der Dissonanz durch Einbringen von neuen kognitiven Elementen, die die bereits konsonanten verstärken. (vgl. Schenk 2007: 151)

Wenn man diese Reduktionsmöglichkeiten aus dem Blickwinkel des Arztes betrachtet, können diese folgendermaßen aussehen.

Ad Punkt 1: Der Arzt degradiert zum Beispiel das Wissen des Patienten, indem er dieses als nicht richtig darstellt oder den Patienten mit Fachjargon zutextet, so dass diesem keine andere Wahl bleibt, als dem Arzt Recht zu geben, da sein Laienwissen mit dem Fachwissen des Arztes in dieser Form nicht mithalten kann.

Ad Punkt 2: Der Arzt stützt sich auf sein Wissen, dass er sich bei Tagungen, aus Fachbüchern oder Fachzeitschriften angeeignet hat und sieht diese Quellen als die einzig richtigen an.

Ad Punkt 3: Der Arzt versucht Beispiele zu finden, in denen das Wissen aus dem Web mehr Schaden als Nutzen gebracht hat. Vor allem sucht er diese Informationen, indem er selbst in Netz geht und sich diverse Informationsseiten und Foren ansieht. Diese legt er dem Patienten dar um ihn so davon zu überzeugen, dass die Informationen, die der E-Patient hat, nicht gut für ihn sind und dieser sich besser auf die Informationen vom Arzt verlassen soll.

3.2 Verständigungsorientierung

Es gibt einige Studien, vor allem aus dem angelsächsischen Raum, die darauf hinweisen, dass der ärztliche Kommunikationsstil ein bedeutender Einflussfaktor auf das Vertrauen der Patienten in den behandelnden Arzt darstellt. (vgl. Ommen u.a. 2007:52) Vor allem, wenn E-Patienten mit oftmals vielversprechenden und leider oft unseriösen Informationen vom gut informierten Arzt enttäuscht werden müssen, kann dies als Inkompetenz des Arztes gedeutet werden und dem Informationsmedium mehr vertraut werden. (vgl. Leiberich 2004:266)

Mit der Theorie der Verständigungsorientierung sollen die verschiedenen Faktoren, die zum Gelingen einer Kommunikation ausschlaggebend sind und somit in weiterer Folge zu Vertrauen führen können, abgedeckt werden. Nachfolgend werden die vier Ansprüche erläutert:

Der Anspruch der „*Verständlichkeit*“: der Sprecher weiß, dass er sich dem grammatikalischen Regelsystem der Sprache entsprechend ausdrücken muss, wenn ihn sein Gegenüber verstehen soll. (vgl. Burkart 2007: 42) Arzt wie auch Patient versuchen sich so auszudrücken, so dass es dem Gesprächspartner möglich ist, dem Gesprächsverlauf zu folgen. So wird zum Beispiel von der Seite des Arztes versucht, keinen Fachjargon zu verwenden, und wenn doch, diesen auf eine dem Patienten verständliche Sprache herunter zu brechen. Umgekehrt versucht auch der Patient seine Beschwerden klar und deutlich zu schildern und ebenfalls eine die dem Arzt bekannte Sprache zu verwenden.

Der Anspruch der „*Wahrheit*“: der Sprecher weiß, dass er über etwas sprechen muss, dass auch von seinem Kommunikationspartner als existent begriffen werden kann. (vgl. Burkart 2007: 42) Der E-Patient kommt zum Beispiel mit einer fixen Idee, welches Krankheitsbild er hat zum Arzt und seine Gedanken und Worte drehen sich im Prinzip nur um das, was dieser im Web gelesen hat. Er legt dies dem Arzt offen und der Arzt reagiert auf das Wissen des Patienten, indem er dieses dann im Laufe des Gesprächs erweitert, korrigiert oder bestätigt.

Der Anspruch der „*Wahrhaftigkeit*“: der Sprecher weiß, dass er seine tatsächlichen Absichten zum Ausdruck bringen soll, um sein Gegenüber nicht zu täuschen. (vgl. Burkart 2007: 42) E-Patienten stellen von Anfang an klar, dass sie sich vorinformiert haben und wollen dieses Wissen auch diskutieren. Wenn dem Arzt nun auch klar ist, dass er vor allem auch auf die Informationen des E-Patienten eingehen muss, kommt „*Wahrhaftigkeit*“ zustande.

Der Anspruch der „*Richtigkeit*“/ „*Legitimität*“ der Sprecher weiß, dass er eine Äußerung wählen muss, die vor dem Hintergrund beiderseits anerkannter Werte und Normen akzeptabel erscheint. (vgl. Burkart 2007: 42) Ob der Arzt es als legitim empfindet, dass sich Patienten, die über kein gelerntes Fachwissen verfügen, sich zu Gesundheitsthemen informieren, ist mit dieser Variable gemeint. So soll in der Arbeit dann auch herausgefunden werden, ob Ärzte es für richtig und gut erachten, dass sich Patienten sozusagen selbstständig machen und aus eigenem Engagement nach Informationen zu ihrem Krankheitsbild suchen, die möglicherweise nicht immer mit der Meinung des Arztes übereinstimmen.

„Wird aber die Geltung auch nur eines dieser Ansprüche angezweifelt, dann kann – so Habermas – Verständigung nicht mehr zustande kommen. In solchen Fällen muss die Alltagskommunikation unterbrochen und eine andere Ebene der Kommunikation betreten werden: der Diskurs.“ (Burkart 2007: 42)

3.3 Theorie öffentlichen Vertrauens

Jedoch nicht ausschließlich die richtige Kommunikation führt zu Vertrauen, es gibt nach Bentele noch weitere Vertrauensfaktoren, die das Vertrauen beeinflussen. Für diese Arbeit werden folgende vier Faktoren ausgewählt, die als theoretische Grundlage für die Forschungsfragen dienen sollen:

- Sachkompetenz
- Problemlösungskompetenz
- kommunikative Transparenz
- kommunikative Offenheit (vgl. Bentele 1994: 145)

Mit Sachkompetenz ist hier jene Kompetenz gemeint, die der Arzt dem E-Patienten nach seiner Recherche zuschreibt. In dem Fall, ob der Arzt der Auffassung ist, ob das Wissen des E-Patienten und das Wissen von ihm als Fachmann auf einer Stufe stehen und so eine Kommunikation auf einer anderen Ebene stattfinden kann. Sollte der Arzt dem E-Patienten diese Kompetenz nicht zuschreiben, so hält er dessen Information für unrichtig und übergeht diese indem er sein Wissen über die des Patienten stellt.

Die Problemlösungskompetenz meint in diesem Fall die Reaktion des Arztes auf das Verhalten des E-Patienten. E-Patienten sind laut diverser Studien aktiver, selbstbewusster und demnach auch verhandlungssicherer. Hier kann es dann durchaus zu Problemen zwischen Arzt und Patient kommen, wenn E-Patienten zum Beispiel auf gewisse Medikamente oder Therapien bestehen, die der Arzt in dieser Form nicht verordnet hätte.

Unter kommunikativer Transparenz wird hier jene Art der Transparenz verstanden, in der Arzt und Patient genügend über einander Bescheid wissen um in richtiger Kommunikationsform miteinander agieren zu können. So geben zum Beispiel E-Patienten schon am Anfang des Gesprächs bekannt, dass sie sich bereits vorinformiert haben und auch dieses Wissen für richtig und gut erachten. Im Gegenzug dazu sagt der Arzt auch ehrlich, was er von dieser Information hält.

Die kommunikative Offenheit beschreibt die Gesprächsbasis zwischen Arzt und E-Patient, die auf gegenseitige Ehrlichkeit beruht. So bekommt der Arzt zum Beispiel in keinster Weise das Gefühl, dass der Patient nur Bestätigung haben will, oder ihn auf sein Wissen austesten will oder die Therapievorschlüsse des Arztes nicht wirklich ernst nimmt.

Je nach Vollständigkeit und Intensität rufen diese Faktoren mehr oder weniger großes Vertrauen/Misstrauen hervor. (vgl. Bentele 1994: 145)

4 Aktueller Forschungsstand

Im Kapitel des aktuellen Forschungsstandes soll die Grundlage, nämlich die Kommunikation, auf das Thema zuschnitten definiert werden. Außerdem wird auf aktuelle Studien und Entwicklungen zum Thema E-Patient, wie auch zum Arzt-

Patienten-Gespräch und schlussendlich auf die verschiedenen Entscheidungsmodelle eingegangen werden.

4.1 Die Suche im Internet

Gesundheitsinformationssuche wird mit der Diskussion der Rechercheergebnisse mit Ärzten, Patientenzufriedenheit, Kenntnis von Behandlungsmöglichkeiten und Entscheidungshilfe für Behandlungsoptionen für sich und andere in Verbindung gebracht. Allerdings gehören auch zu den typischen Assoziationen die Selbstdiagnose und „Nicht-Befolgung“ von Behandlungsmaßnahmen. (vgl. Anker 2011:347)

Laut Statistik Austria haben im Jahr 2007 41% der Internetnutzer gesundheitsbezogene Informationen im Internet gesucht. Schlagworte wie Cyberdokter, Online-Selbsthilfe sowie „mündige“ Patienten deuten dabei auf die Hoffnungen und Erwartungen der Patienten hin, die diese in Online-Gesundheitsinformationen setzen. (vgl. Felt 2008:2)

Nach einer Studie von Kirschning kennen knapp zwei Drittel der Befragten krankheitsbezogene Foren und Chats. Jeder Fünfte beteiligt sich an den Diskussionen, die meisten lesen als sogenannte „lurker“ nur die Kommentare anderer mit. (vgl. Kirschning 2007:139) „Vor allem bei eingreifenden und chronischen Erkrankungen wie Krebs, HIV-Infektion, Essstörungen und Depression sind Patienten für die begleitende Unterstützung durch Informationsseiten und Kommunikation in Foren, Mailinglisten und Chats dankbar.“ (Leiberich 2004:263)

Zu den weiteren Auskunftsmitteln im Internet zählen neben den Suchmaschinen auch Gesundheitsportale, Linksammlungen, virtuelle Bibliotheken, Nachschlagewerke, Lexika, aber auch medizinische Adressverzeichnisse. (vgl. Georgy 2003:285) Der große Vorteil ist vor allem die Zeit- und mit Einhergehen der neuen Technologien auch die Orts-Ungebundenheit. (vgl. Leiberich 2004:266/ vgl. Diepgen 2009:980)

Beim Suchexperiment von Felt wurde schnell klar, dass die Bedeutung von Suchmaschinen weit höher ist als die von Links, vor allem kann man Suchmaschine mit Google gleichsetzen, da es *die* Suchmaschine im Experiment war. (vgl. Felt 2008:13) „Suchende bewegen sich in der Tat kaum netzwerkartig von Seite zu Seite,

sondern klicken sich vielmehr linear durch Google Ergebnislisten von oben nach unten. In diesem Zusammenhang kann man folgende Beobachtungen machen:

Google wird nicht nur als Ausgangspunkt der Suche gesehen, sondern vielmehr als eine Art „Sicherheitsseil“ durch das Internet. Suchende gehen von der Google Liste auf spezifische Seiten und kehren dann wieder zur Liste zurück. Dies kann als eine sehr einheitliche „vor und zurück zu Google“ Suchroutine beschrieben werden.

- Durch die Suchmaschine wird das komplexe Netzwerk an Seiten und Informationen in eine lineare Liste – und damit in eine hierarchische Anordnung – von Ergebnissen transformiert, ohne dass die Nutzer sich unbedingt dieses Schrittes bewusst sind. Bei Nachfrage variieren die Vorstellungen über die Bedeutung dieser Reihung von einem „Qualitätsranking“ bis zum „gekauften Listenplatz“.
- Durch den Zugang über Google landen Nutzer meist auf spezifischen Unterseiten und nehmen Webseiten daher oft nicht mehr in ihrer Gesamtheit wahr. Dies führt auch dazu, dass die Bedeutung der Anbieter von Seiten in den Hintergrund tritt, was sowohl den Vorstellungen und Erwartungen der Seitenanbieter als auch der Logik von Gütesiegeln wie HON-Health on the Net widerspricht.
- Nur wenige Benutzer verwenden Lesezeichen, um für einen bestimmten Fragenkomplex immer wieder dieselben Seiten zu nutzen.

Google wird damit, gemeinsam mit jenen Anbietern, die sich bewusst an der Logik der Suchmaschine orientieren, zu einem mächtigen Spieler in einer ganz neuen Politik des Wissens. Google entscheidet gleichsam, welche Informationen Aufmerksamkeit erlangen, und welche schwer zu finden sind und daher quasi unsichtbar bleiben.“ (Felt 2008: 13+14)

Leiberich gibt jedoch zu bedenken, dass alle medizinischen Portale gemeinsam haben, dass die Validität der angebotenen Information vom Fachmann nur schwer, vom Nichtfachmann - also vom Patienten – in der Regel nicht beurteilbar sind. (vgl. Leiberich 2004:264) Felt hat festgestellt, dass Personen, die im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, ihre eigene Art gefunden haben, die Informationen zu beurteilen. Da sie sich systematisch durch die Ergebnisliste von Google suchen und auch immer wieder auf diese zurück kehren, haben sie schlussendlich eine Fülle an Informationen, die sie aneinander vergleichen und bei mehrmaligen Wiederholungen Vertrauen schenken. (vgl. Felt 2008:15)

4.2 Der E-Patient

Sie sind großteils jung, weiblich und höher gebildet, so vorerst die Ergebnisse diverser Studien, die sich mit dem E-Patienten beschäftigt haben. (vgl. Horch 2012: 741/ vgl. König 2008: 92/ vgl. Weaver 2010: 1522) Woraus sich das „E“ von E-Patient im Speziellen abgeleitet hat, konnte die Verfasserin dieser Arbeit nicht herausfinden, mutmaßlich vom Wort „e-health“, also der „elektronischen Gesundheitsinformation“. In Insiderkreisen und auf diversen Blogs im Internet steht das „E“ für „equipped, enabled, empowered, engaged“ oder in erweiterter Form noch für „equal & expert“, was zumindest Rückschlüsse darauf zulässt, wie sich die E-Patienten-Community selbst sieht. (vgl. De Bronkart 2010/ vgl. Mesko 2013)

Der informierte Patient tritt seinem Arzt selbstbewusst gegenüber, ist vorinformiert und hat spezifische Beratungs- und Leistungserwartungen. (Rademacher 2010: 42) Die Suche nach Gesundheitsinformationen im Web wird laut Ball von drei Elementen motiviert, nämlich Dienlichkeit/Einfachheit, Kontrolle über die eigene Gesundheit und die Wahl des Services oder der Behandlung. (vgl. Ball 2001:2) Aber auch andere Motive bewegen Patienten dazu, dass Internet vor ihrem Arzt zu konsultieren. So fanden zum Beispiel Diepgen u.a. 2009 heraus, dass das Internet vor allem bei Themen, die Scham oder ähnliche Gefühle bergen, vor dem Arzt selbst „befragt“ wird. (vgl. Diepgen 2009:983).

Laut Felt gibt es vier Momente, die die Art der Nutzung des Internets für Gesundheitsinformationen beeinflussen.

1. *„vor dem Arztbesuch:* zur Überbrückung von Wartezeiten, Einordnung von Symptomen, Hilfe bei der Formulierung von Fragen an den Arzt, Information über den Arzt
2. *nach dem Arztbesuch:* zur Übersetzung der vom Arzt erhaltenen Information, Erweiterung des Wissens, Vergleich der ärztlichen Diagnosen mit der Erfahrung anderer Patienten, Kontrolle des Arztes (selten)
3. *zwischen Arztbesuchen:* sich auf dem Laufenden zu halten, kleinere Probleme des Alltags als „Kranker“ lösen (Austausch mit anderen Betroffenen), Einordnung von Symptomen und Nebenwirkungen, um zu entscheiden, ob ein Arztbesuch notwendig ist.

4. *Kontinuierlich/punktuell*: zur Bewältigung bzw. Verständnis von Krankheit im Allgemeinen bzw. Krankheiten anderer, die im eigenen Umfeld auftritt.“ (Felt 2008:16)

Dass das genuine Interesse an Gesundheitsinformationen schon immer sehr ausgeprägt war, zeigt die Nutzung des sogenannten Arzneimittelberatungsdiensts. Huber u.a. haben 2009 festgestellt, dass zum Beispiel den Arzneimittelberatungsdienst in Deutschland, sei es nun per Telefon oder E-Mail, zwischen 2001 und 2007 mehr als 5 500 Personen in Anspruch genommen haben. (vgl. Huber 2009: 220) Der Trend geht jedoch immer weiter weg von solchen Diensten und immer mehr in Richtung World Wide Web. Dies hat eine Auswertung des National Cancer Institute der USA belegt. (vgl. Hiller 2012: 429)

Horch u.a. fanden 2012 heraus, dass zu Themen, die sich nicht unmittelbar auf den eigenen Gesundheitszustand beziehungsweise Krankheitsfall beziehen, also jene Themen, die sich auf den Zugang zur Versorgung, zu guten Gesundheitsinformationen, zu Hinweisen auf Leitlinien oder Qualitätsberichten richten, das genuine Interesse von Nutzern eher gering ausgeprägt ist. (vgl. Horch 2012: 745)

Interessant ist auch, dass Patienten durch ihre Suchpräferenz anscheinend ihren tatsächlichen Gesundheitszustand beeinflussen können. Wie sich die spezifische Gesundheitssuche auf das jeweilige tatsächliche Gesundheits- oder Krankheitsbild auswirken kann, haben James B. Weaver u.a. 2010 untersucht. Als ein zentrales Ergebnis kann man an dieser Stelle festhalten, dass jene, die nach Gesundheits- und Wellnessinformationen suchen, eher dazu neigen, sich zu bewegen und Sport zu betreiben und am wenigsten dazu geneigt sind, Pharmazeutika zu beziehen. Auf der anderen Seite jene, die nach Krankheitsinformationen suchen, berichteten über eher schlechtere Gesundheits-Indikatoren, niedrigerem Gesundheitsstatus, schlechtere Lebensqualität und sind eher dazu geneigt, Medikamente zu beziehen und zu nehmen. (vgl. Weaver 2010: 1523) Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch König 2008: „Im Vergleich zu Nicht-Suchenden zeigen Personen, die sich im Internet über gesundheitsbezogene Themen informieren, eine stärkere Gesundheitsorientierung sowie mehr Gesundheitsbewusstsein und gesundheitliche Aktivität [...]“ (König 2008: 89)

Vorteile können E-Patienten in ganz spezifischen Situationen aus dem Netz ziehen, zum Beispiel „bei eingreifenden und chronischen Erkrankungen wie Krebs, HIV-Infektion, Essstörungen und Depression sind Patienten für begleitende Unterstützung durch Informationsseiten und Kommunikation in Foren, Mailinglisten und Chats dankbar.“ (Leiberich 2004: 263) Dies bestätigte auch eine Untersuchung von Kirschning, die Angehörige Krebskranker befragte. Knapp zwei Drittel der Befragten kennen krankheitsbezogene Chats und Foren. Jeder Fünfte beteiligt sich an den Diskussionen, die meisten sind allerdings „lurker“, die also nur die Kommentare mitlesen. (vgl. Kirschning 2007:139) Zur Frage: ‚Wo erhalten Sie Unterstützung zur Bewältigung Ihrer Lebenssituation?‘, folgt das Internet nach Familie (78%) und Lebenseinstellung (53%) an dritter Stelle (41%). Damit ist seine Bedeutung höher als die der Religion (19%), des Arztes (16%) und des Fachpersonals (10%).“ (vgl. Kirschning 2007: 140) Einen weiteren Vorteil des Internets sieht Leiberich in der Zeitungebundenheit. Potentielle Patienten können sich rasch und oft lange vor dem nächsten Arzttermin über wichtige gesundheitsbezogene Fragen informieren. (vgl. Leiberich 2004: 266) Demgegenüber steht, dass viele zwar wissen, wann eine Website als vertrauenswürdig eingestuft wird, jedoch in der Praxis unreflektiert die erstbesten Informationen, vor allem, wenn diese mit ihren Einstellungen übereinstimmen, für richtig erachten. (vgl. Eysenbach 2003: 296)

Die Bedeutung des Internets hat jedenfalls ohne Zweifel zugenommen, dies bestätigt auch Hiller, der die Informationssuche beurteilte und herausfand, dass für die 16 bis 30-Jährigen das Internet als Informationsquelle sogar das Gespräch mit Ärzten von der Bedeutung her abgelöst hat. (vgl. Hiller 2012: 430)

Wenn Patient 0.1 einer war, der sich unmündig vom Arzt führen ließ, dann haben wir es heute umgekehrt – zumindest potenziell – mit einer Art Patient 3.0 zu tun, der seine Behandlung selbst in die Hand nehmen und steuern will, Zweit- und Drittmeinungen zu einer in der Diskussion stehenden Behandlungsmethode einholt, seine Ärzte bewertet und sich an Kundenzufriedenheitsbefragungen beteiligt oder diese sogar initiiert. (Rademacher 2010: 57)

Percheski wies jedoch darauf hin, dass wir nicht wissen, ob potentielle Patienten das Internet als Informationsquelle zusätzlich oder statt dem Arztbesuch benutzen. (vgl. Percheski 2011: 380) Die Untersuchungsergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass die verschiedenen Informationsquellen sich nicht gegenseitig ersetzen, sondern eher unterstützen. So werden nach wie vor noch Ärzte, Freunde und Familie in

gesundheitstechnischen Fragen zu Rate gezogen. (vgl. Percheski 2011: 385/ vgl. Felt, 2009: 27)

Aber während all dieser Untersuchungen sollte man nicht vergessen, dass jene, die aktiv nach Gesundheitsinformationen suchen, keine zusammengehörige, einheitliche Gruppe bilden und auch nicht als solche behandelt werden sollte. (vgl. Weaver 2010: 1524) Dennoch kristallisierte Felt drei Gruppen heraus. Als erstes wird hier der informierte und mündige Patient genannt, der als Idealfigur eher mehr Hoffnung als Realität in sich trägt. Der Gedanke dahinter ist, dass dieser durch Information zu eigenständigen Handlungsmöglichkeiten und zur Übernahme von mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit geführt wird und damit systementlastend wirkt. (vgl. Felt 2008: 11) „Das Internet wird in diesem Zusammenhang zu einem ‚Bildungsort‘ hochstilisiert, allerdings nur so lange die ‚richtige‘ Auswahl getroffen wird. Andernfalls kippt der Diskurs und Wissen mutiert von einer Chance zu einer Gefahr.“ (Felt 2008: 11) Als zweite Gruppe wird quasi das Gegenteil genannt, nämlich der verlorene, hilfsbedürftige und potentiell gefährdete Patient. „Er diagnostiziert sich selbst, erweist sich als widerständig gegenüber etablierten Lehrmeinungen und ist im Grunde nicht in der Lage, mit dem Informationsangebot angemessen umzugehen. In den Händen dieser Figur inszenieren mediale Schilderungen ein Zuviel an Wissen als risikoreich und gesundheitsgefährdend.“ (Felt 2008:11) Die dritte Gruppe wird als „Konsument von medizinisch-gesundheitsorientierten Angeboten“ bezeichnet. „Dieser trifft zwar bewusst und bisweilen sogar strategische Entscheidungen (etwa Arzt- oder Behandlungswahl) auf der Basis virtueller Information, schätzt den neuen Dienstleistungscharakter, den das Medizinsystem zunehmend annehmen soll und steuert damit zumindest potentiell das System durch sein Konsumverhalten.“ (Felt 2008:11)

4.3 Arzt und Patient

4.3.1 Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Kommunikation stammt vom lateinischen Wort „communicatio“, was soviel bedeutet wie „mitteilen, Zusammenhang, Verbindung, Verkehr, Umgang und Verständigung“. Für die Wissenschaft hat Klaus Merten 1977 160 verschiedene Definitionen aus zwölf Disziplinen nachgewiesen. (Beck 2013: 156)

Ganz allgemein kann man Kommunikation als „Bedeutungsvermittlung zwischen Lebewesen“ verstehen. (Maletzke 1963: 18) Da es eine Fülle an Definitionen gibt, werden nachstehend jene Theorien herausgepickt, die das Gespräch bzw. die Kommunikation zwischen Arzt und Patient am ehesten charakterisieren können.

Zunächst ist festzuhalten, dass sich die Kommunikation grundsätzlich in verbale und nonverbale Kommunikation splittet. Zur nonverbalen Kommunikation gehört zum Beispiel Mimik, Blickverhalten, Gestik, Geruch und Körperhaltung. Da ein Großteil der Kommunikation über nonverbale Kanäle abläuft, ist diese Art von Kommunikation auch sehr störanfällig. (vgl. Gatterer 2009: 24)

Wenn man Kommunikation als Übermittlung einer Nachricht vom Sender zum Empfänger versteht, demnach kodiert der Sender die Nachricht, die es vom Empfänger wieder zu dekodieren gilt, dann sollten hier die vier Aspekte einer Nachricht von Schulz von Thun nicht außer Acht gelassen werden. Diese sind die Sachebene, bei der es rein um



Abb. 13: Der «vierohrige Empfänger» (Schulz von Thun 1992: 45)

den Inhalt der Nachricht geht. Die Sachebene macht bekanntlich nur einen geringen Bruchteil einer Nachricht aus. Sie wird oft zusammen mit der Beziehungsebene, also dem Aspekt, was man vom Gegenüber hält, gesehen. Denn, solange man keine positive Beurteilung des Gegenübers wahrnimmt, kann man sich nicht auf den Sachinhalt konzentrieren. Die restlichen zwei Aspekte sind der Selbstoffenbarungsaspekt, was man in einer Nachricht von sich selbst preis gibt und der Appell, wozu man den Empfänger der Nachricht veranlassen möchte. (vgl. Schulz von Thun 1992:44-68)

Die einfachsten Eigenschaften der Kommunikation, die in der zwischenmenschlichen Kommunikation wirksam werden, sind von Paul Watzlawick als metakommunikative Axiome herausgearbeitet worden.

1. Man kann nicht nicht kommunizieren. Das heißt, egal ob man spricht oder schweigt, man vermittelt dem Gegenüber immer eine Botschaft. (vgl. Watzlawick 2011: 58ff)
2. Wie auch schon Schulz von Thun mit seinen vier Aspekten der Nachricht feststellte, hat jede Kommunikation einen Inhalts- und Beziehungsaspekt, wobei dem Beziehungsaspekt, wie die Personen zueinander stehen, eine vorrangige Bedeutung zugeschrieben wird. (vgl. Watzlawick 2011:61ff)
3. Die Interpunktion von Ereignisfolgen ist hier als drittes Axiom genannt. Nämlich werden Kommunikationsabläufe durch die jeweilige Reaktion des Gegenübers bestimmt, indem dieser die Mitteilung bestätigt, verwirft oder entwertet. (vgl. Watzlawick 2011:65ff)
4. Die menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Als *digital* wird hier die Namensgebung für Objekte gesehen, *analog* wäre in diesem Fall die Beschreibung durch etwas Ähnliches oder anhand von Gesten, Bildern, Symbolen oder Modellen. Digitale Kommunikation ist demnach eindeutiger, wenn es jedoch um den Beziehungsaspekt geht, ist analoge Kommunikation (z.B. Gesten und Mimik) wesentlich stärker als Worte. (vgl. Watzlawick 2011:70ff)
5. Als fünftes Axiom von Watzlawick wird die symmetrische und komplementäre Interaktion beschrieben. So läuft die zwischenmenschliche Kommunikation, je nachdem ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht, anders ab. Kennzeichen einer komplementären Beziehung ist jenes, wenn sich die Partner durch ihr Verhalten ergänzen, wie dies zum Beispiel bei der Arzt-Patienten-Beziehung der Fall ist. (vgl. Watzlawick 2011:78ff)

Kommunikation ist nicht nur ein psychologischer Faktor, der sich positiv auf die Patientenzufriedenheit auswirkt, besonders empathische Kommunikation, sei sie nun verbal oder non-verbal, beeinflusst auch unmittelbar den physiologischen Zustand von Patienten. (vgl. Gottschlich 1998: 87) Einen weiteren Aspekt zur Kommunikation bringen Rademacher und Remus ein, indem sie die These aufstellen, dass, wenn das Gesundheitswesen selbst nicht in kürzester Zeit die kommunikativen Strukturen aufbaut, um wichtige Informationen zu den Patienten zu transportieren, Informationsanbieter aus dem Netz, vor allem durch ihre zahlreichen Angebote, die Deutungsmacht übernehmen werden. (vgl. Rademacher 2010: 56)

Ein ganz relevanter Punkt hier ist auch die Auslegung von Wahrheit in der Kommunikation. Man kann das volle Maß an Wahrheit im medizinischen Kontext als erreicht ansehen, wenn ein Sachverhalt durch bestätigte Befunde gestützt, zunächst als richtig erkannt wird und im Rahmen einer aufklärenden Information den Patienten adäquat mitgeteilt wird. (vgl. Peintinger 2012: 79) Dickhaut hat hierzu postuliert: „alles was der Arzt sagt, muss wahr sein; aber nicht alles, was wahr ist, muss der Arzt sagen“. (Dickhaut 2002:34) Diese Meinung ist zwar verbreitet, aber keinesfalls richtig.

Typische Vorurteile und Engführungen in der Diskussion um Wahrheit können folgende sein:

1. *„Wahrheit ist gleich Diagnose“*

Hier würde sich Wahrheit schon im bloßen Mitteilen eines korrekten diagnostischen Sachverhalts finden. Allerdings wird die Wahrheit erst dann umfassend verstanden, wenn „im Rahmen der individuellen Wertreflexion die Bedeutung für den persönlichen Lebenskontext ausgelotet wird und sich daher in unterschiedlichen Schattierungen präsentiert“.

2. *„Wahrheit entspricht Belastung“*

Dies betrifft die stereotype Auffassung, wonach Wahrheit eher eine zusätzliche Belastung als eine Hilfe für den Patienten darstellt. Die Mitteilung einer bedrohlichen Wahrheit kann letztlich aber auch die ersehnte Entlastung von Ungewissheit bedeuten.

3. *„Wahrheitsmitteilung ist schonungslos und schnell“*

„Es ist unbestreitbar, dass die Mitteilung wahrer Sachverhalte generell eine Belastung darstellen kann. Und es wäre eine Fehleinschätzung, anzunehmen, dass es lediglich eines richtigen Kommunikationskonzeptes bedürfe, um beispielsweise die Belastung von lebensbedrohlichen Botschaften zu nehmen. Der Umstand jedoch, dass die Information für das weitere Leben des Betroffenen unverzichtbar ist, sagt nichts darüber aus, wie diese Mitteilungen vorgenommen werden.“ Dies kann durchaus mit vielen Pausen und viel dafür aufgewendeter Zeit passieren, damit ein schrittweises Bewusstwerden der Wahrheit unterstützt wird.

4. „Wahrheit bedeutet: Lebensbegrenzende Wahrheit“

„So bedeutsam ein behutsamer Umgang mit ‚bedrohlichen‘ Wahrheiten auch ist, muss diese Engführung jedoch aus zwei unterschiedlichen Gründen zurückgewiesen werden.“ Erstens lässt sich durchaus nachweisen, dass die meisten Wahrheitsverletzungen in alltäglichen Kommunikationsprozessen geschehen, welche weder die Mitteilung einer deletären Diagnose noch einer lebensbegrenzenden Prognose beinhalten. [...] Der zweite Grund für die Relativierung der Engführung lässt sich mit dem Bezug auf die Wertorientierung der PatientInnen finden. Zweifellos kann angesichts lebensbegrenzender Diagnosen eine dramatische Umschichtung der Werthierarchie erfolgen.“ (Peintinger 2012:81)

Bezüglich der Auskunft vom Arzt zum Patienten ist an dieser Stelle noch ein weiteres Modell anzuführen, das „therapeutische Privileg“. Darunter wird die (wohl falsch verstandene) Fürsorgepflicht verstanden, welche sich in zwei typischen Variationen wieder findet:

1. „Das Verschweigen einer Diagnose zur Schonung der PatientInnen.
2. Das Verschweigen von Risiken, die einer medizinischen Handlung innewohnen, damit die Zustimmung zur Therapie nicht gefährdet wird.“ (Peintinger 2012: 81)

„Kein Arzt hat das Recht, den kranken Menschen gewissermaßen zu entmündigen, wenn der Arzt meint, dies oder das im vermeintlichen (eben nur Meinung des Arztes) Interesse des Patienten tun oder nicht tun zu müssen, zu sollen, zu dürfen.“ (Dickhaut 2002:34)

In Zeiten der Aufklärung durch die Informationssuche im Internet wird vor allem der Punkt der Wahrheit und Vollständigkeit für den Arzt immer bedeutender. Denn alles, was der Arzt dem Patienten möglicherweise verschweigt, könnte dieser, vermutlich ohne großen Aufwand, aus dem World Wide Web beziehen, was wiederum zu einem Misstrauensverhältnis zum Arzt führen kann oder womögliches Unbehagen beim Patienten auslösen kann.

4.3.2 Das Arzt-Patienten-Verhältnis

„Die traditionelle duale Beziehung erweitert sich durch den Einfluss der Gesellschaft zu einer Dreierbeziehung. Der Einfluss, den die drei ‚Akteure‘ dabei aufeinander ausüben, lässt sich

>>Die Medizin der Zukunft wird eine kommunikative Medizin sein oder sie wird die Menschen verlieren, für die sie eigentlich da ist.<< (Gottschlich 1998 zitiert von Kutscher 2007:92)

in den einzelnen Feldern aufzeigen. Neben der Geltung der Naturwissenschaft lassen sich auch der Einfluss der Wirtschaft und des Rechtssystems nachweisen. Weitere Einflüsse werden durch die Philosophie (Wertauffassungen der Gesellschaft!), die Theologie sowie kulturelle Auffassungen beigestellt.“ (Peintinger 2012: 68) So konstituiert sich die Arzt-Patienten-Beziehung nicht alleinig durch das Krankheitsbild, sondern auch viele weitere Faktoren haben Einfluss darauf.

„Es ist absehbar dass in einigen Jahren ein großer Teil der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, bereits über Informationen zu ihren Symptomen bzw. zu ihrer Krankheit verfügt und diese mit dem Arzt besprechen möchten. Dies wird den Arzt in seiner Rolle als Spezialisten für medizinisches Wissen nicht überflüssig machen. Eher ist damit zu rechnen, dass der Patient durch seine Recherche im Internet mit Fragen an den Arzt herantritt, die durch die eigenständige Befassung mit Gesundheitsthemen aufgeworfen werden. Der vorinformierte, fragende und fordernde Patient ist naturgemäß mit einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung nicht zufrieden zu stellen.“ (Klemperer 2003: 12)

Leider wird dieses „Laienwissen“, laut einer schottischen Studie, nicht als Potential sondern von mehr als der Hälfte aller befragten Ärzte als unwillkommene Herausforderung gesehen. (vgl. Klemperer 2003, S. 12) Diese Reaktion ist jedoch mehr als verständlich, denn durch diese veränderte Situation werden Ärzte mit immer mehr Fragen konfrontiert und müssen sich ständig als „up to date im medizinischen Wissen“ erweisen. Außerdem steigt auf der Patientenseite die Erwartungshaltung gegenüber dem Arzt. (vgl. Diepgen 2009:983/ vgl. Klemperer 2003: 13) „Darüber hinaus wird es ebenfalls zunehmend zu den ärztlichen Aufgaben zählen, sich mit den falschen, fraglichen und durch kommerzielle Interessen verzerrten Informationen auseinander zu setzen, die das Internet in Hülle und Fülle bietet.“ (Klemperer 2003, S. 13) So wird der gut informierte Patient, der eigentlich für den Arzt entlastend sein sollte, von manchen leider als bedrohlich erlebt, vor allem dann, wenn das Wissen

des Patienten in der Tat das des Arztes an Aktualität übertrifft. (vgl. Leiberich 2004: 266)

Eine neue Situation tut sich hier für Ärzte auf. Das oftmals paternalistisch eingeprägte Bild vom „Gott in weiß“ wird durchbrochen und so berichten Ärzte zunehmend von Situationen, die Verhandlungscharakter annehmen. (vgl. Kutscher 2007:104/ vgl. Krones 2008:822) „Die Art und Weise, wie medizinische Entscheidungen dann getroffen werden, hängt unter anderem vom Rollenverständnis innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung ab.“ (Peters 2008: 70)

Dieses Rollenverständnis kann man in verschiedene Bereiche gliedern, zum einen in das Autoritätsverhalten des Arztes, das Verständnis vom Patienten durch den Arzt, sowie auch das Beziehungsmodell von Arzt und Patient.

„Eine differenzierte soziologische Analyse des Verhaltens von Ärzten in der Arzt-Patienten-Beziehung hat Kaupen-Haas vorgelegt, die vier verschiedenen Autoritätsstufen des Arztes unterscheidet, ausgehend von dem Grad der Gegenseitigkeit oder Reziprozität:

1. fehlende Reziprozität bzw. unbedingte Autorität
2. solidarische Reziprozität bzw. partikuläre Autorität
3. spezifische Reziprozität bzw. funktionale Autorität
4. bedingungslose Reziprozität bzw. fehlende Autorität (Löning 1985a: 44)

Sie kommt zu dem Ergebnis, daß (sic!) die unbedingte Autoritätsausübung des Arztes gegenüber allen anderen Formen dominiert, diese aber nur mit Hilfe von Zwang (Nichteingehen auf Patientenwünsche) aufrechtzuerhalten ist.

Die Ausübung funktionaler Autorität sei für ein Fünftel der Ärzte typisch, bedingungslose Reziprozität konnte sie nur in 13% der Fälle beobachten.“ (Löning 1985a: 44) Obwohl diese Analyse aus dem Jahr 1985 stammt, haben sich nach den Ergebnissen von Krones und Richter 2008, diese ersten Autoritätsstufen zwar zu verschiedenen Modellen der Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt, jedoch im Grundsinn nicht viel verändert. So gibt es den Paternalismus, der dem Patienten keine Entscheidungskompetenz einräumt und der Arzt aufgrund seiner fachlichen Qualifikationen am besten weiß, was für den Patienten das Richtige ist. Als zweites wird das Deliberative Modell angeführt, dass den Arzt und den Patienten als

gleichwertige Partner darstellt, die beide am Entscheidungsprozess teilhaben. Das dritte Modell ist dann das Vertragsmodell, an dem der Patient die alleinigen Entscheidungen trifft. Welches der Modelle aktuell am weitesten verbreitet ist, geht aus dem Artikel nicht hervor. (vgl. Krones 2008: 822) Zu den einzelnen Entscheidungsmodellen wird im Kapitel *Entscheidungsmodelle* jedoch noch näher eingegangen.

Wie aus der Sicht der Ärzte Patienten wahrgenommen werden, soll nachstehend näher erläutert werden. „Hierbei ist nicht nur das Selbstverständnis einer Rolle von Bedeutung, [...] sondern zunehmend die Wahrnehmung des anderen Gesprächspartners in seiner Rolle. Ärzte haben diesbezüglich trotz der prinzipiellen Heterogenität von Patienten oftmals eine stereotype Sicht. So unterstellen sie ihm beispielsweise eine generell hohe Erzählbereitschaft, die, [...] oftmals gar nicht vorhanden ist, da sich der Patient sprachlich oft an die Quantitätsanforderungen der Institution anpasst.“ (Peters 2008:70) „Zusätzlich differenzieren Ärzte das Patientenrollenbild weiter aus und unterscheiden anhand verwendeter Sprachmuster zwischen uninformatiert-devoten und informatiert-aufmüpfigen Patienten und versuchen je nach Typ mit ihnen umzugehen. Während der informierte, aktive Patient als Reaktion sprachliche Dominanz beim Arzt in Form von Unterbrechungen oder hohen Redeanteilen hervorruft, werden passive uninformatierte Patienten durch längere Behandlungszeiten subtil belohnt. „ (Peters 2008:71) Was 2008 von Peters als uninformatiert-devot und informatiert-aufmüpfig bezeichnet wurde, ist von Stefenelli 1988 als der mündige oder unmündige Kranke definiert worden. „Der mündige Kranke fällt nicht nur durch Mißtrauen (sic!) und Zweifel an der Gültigkeit ärztlicher Entscheidungen auf. Er fordert auch Einsicht und Aufklärung darüber, was mit ihm geschehen kann und soll. Damit bietet er – unausgesprochen – seine Bereitschaft an, gemeinsam mit dem Arzt zu arbeiten und in beschränktem Ausmaße auch Verantwortung zu übernehmen. Dies kommt der Bereitschaft des Arztes entgegen, mit dem Kranken soweit als möglich gemeinsame Sache zu machen und die Grenzen zwischen Eigen- und Fremdhilfe aufzugeben. Solche Bemühungen entsprechen der derzeit angestrebten Auffassung vom offenen Rollenverhalten und – handeln des Arztes. Sie erfordern trotz der Mitarbeit des Patienten zusätzliche und eingehende Gespräche. Der mündige Patient kann sich so zum wertvollen Mitarbeiter entwickeln, der mit seinen eigenen Erfahrungen als Kranker zum Verständnis seines Krankseins beiträgt. Grundbedingung dafür ist seine

Krankheitseinsicht. Der unmündige Patient ist zu solcher Zusammenarbeit nicht fähig oder nicht bereit. Er neigt dazu, sämtliche Angelegenheiten, die Gesundheit und Krankheit betreffen, einschließlich jeder Entscheidung und Verantwortung an den Arzt abzugeben oder abzuschieben. Die Eigenschaften der mündigen oder unmündigen Kranken hängen nicht unmittelbar mit den geistigen Fähigkeiten zusammen, die diese in anderen Bereichen des Lebens zeigen.“ (Stefenelli 1988: 41f)

Auf der anderen Seite ist das gesellschaftliche Rollenbild des Arztes noch vielfach von Vorurteilen und Halbwahrheiten geprägt. So wird ihm einerseits Uneigennützigkeit, fachliche Kompetenz, Universalität (Gleichbehandlung aller Kranken) und affektive Neutralität abverlangt, und andererseits immer mehr übermäßiges Gewinnstreben und zusammenhängend damit mangelnde emotionale Kompetenz und zeitliche Aufwendung für seine Patienten vorgeworfen.(vgl. Peters 2008:65)

Grundsätzlich kann also festgehalten werden, dass sich stereotype Rollenbilder von Arzt wie Patient nach wie vor in den Köpfen manifestiert haben. Fest steht auch, dass sich das Verhalten von zumindest einigen und vorerst jüngeren Patienten aufgrund von Informationen aus dem Internet geändert, hat was zwangsläufig auch zu einer Verhaltensänderung beim Arzt führen muss. Kirschning hat 2007 Angehörige krebskranker Menschen untersucht, von denen mehr als ein Drittel überforderte Ärzte erlebte, wenn man sie auf Netzinformationen anspricht. (vgl. Kirschning 2007: 136) Da die Belastung auf beiden Seiten groß zu sein scheint, führt Kutscher eine Möglichkeit, wie man diesen zunehmenden, oben angesprochenen Verhandlungscharakter eines Arzt-Patienten-Gesprächs am besten bewältigen kann, an. Nach dem Havard-Konzept sollte der Arzt:

1. „Emotionen und Verhandlungsgegenstand konsequent trennen
2. Interessen abklären
3. Alternativlösungen (Kompromiss, Konsens) entwickeln und gemeinsam mit dem Patienten auswählen“ (Kutscher 2007: 104)

Peintinger hat vier medizinethische Prinzipien aufgestellt, die eine Grundorientierung für den Arzt geben sollen: „das Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung der PatientInnen (Autonomie), das Prinzip der Schadensvermeidung, die Fürsorgepflicht und das Prinzip der Gerechtigkeit“. (vgl. Peintinger 2012:58) Ursprünglich war die Wichtigkeit dieser Prinzipien gleich verteilt, jedoch durch die Entwicklung der Gesellschaft steht nun das Prinzip der Autonomie an oberster Stelle. Unter

Autonomie versteht man das „Recht und Vermögen des (kranken) Menschen“ selbstständig zu entscheiden, was mit ihm geschehen soll. (vgl. Peintinger 2012:59)

Felt hat vier „Modelle“ der Arzt-Patienten-Internet-Beziehung identifiziert, die vor allem Aufschluss über die Sichtweise von E-Patienten geben.

- „Das *verbesserte Hierarchiemodell*: der ‚gute Patient‘ fühlt sich verpflichtet, sich zu informieren, um dem Arzt das Leben leichter zu machen und ihm so ‚nicht seine Zeit zu stehlen‘. Die Information bricht also keineswegs die klassische Hierarchie, sondern unterstützt sie.
- Das *Kompensation- bzw. Erweiterungsmodell*: der Arzt hat wenig Zeit und kann auch nicht immer alles wissen; daher übernimmt der Patient vor und nach dem Arztbesuch einen Teil der Informationsarbeit. Einerseits verspricht sich der Patient dadurch graduell mehr Eigenständigkeit, andererseits kann er Zweifel in Bezug auf die ärztliche Meinung kompensieren.
- Das *Verhandlungsmodell*: der Patient informiert sich, um so mit dem Doktor gemeinsam über (neue) Behandlungsoptionen diskutieren und diese (mit)entscheiden zu können. Er bringt auch eigene Vorschläge ein und versucht sie argumentativ durchzusetzen.
- Das *Aufgabenteilungsmodell*: Patienten konzipieren ihre Krankheit als aus einem wissenschaftlich-medizinischen und aus einem sozialen Teil bestehend; während sie ersteren weitgehend dem Arzt überantworten, erlaubt ihnen das Internet sich einen Teil ihrer Krankheit wieder ‚anzueignen‘ und selbst in die Hand zu nehmen – sie entziehen diesen Teil gewissermaßen dem Arzt; der ‚virtuelle‘ Austausch mit anderen Patienten über das Internet spielt hier eine wesentliche Rolle.“ (Felt: 2008: 17)

4.3.3 Das Arzt-Patienten-Gespräch

Im Laufe der Jahrzehnte hat sich die Definition, was ein ärztliches Gespräch sein soll, nur wenig verändert. So formuliert August Wilhelm von Eiff 1976 folgende Definition:

„Unter dem eigentlichen ärztlichen Gespräch, das hier gemeint ist, wird ein verstehendes Gespräch verstanden, in dem der Arzt nicht als Halbgott in Weiß

auftritt und seinen Patienten wie einen unmündigen Menschen behandelt, sondern in dem der Patient als erwachsener Partner angesehen wird. Nur bei einer solchen Einstellung des Arztes ist es möglich, den Kranken mit der Wahrheit seiner leib-seelischen Verfassung und seiner Lebenssituation zu konfrontieren.“ (August Wilhelm von Eiff 1976: 70) Im Jahre 1988 legt Stefenelli dann den Zweck von ärztlichen Gesprächen folgendermaßen fest. „Ärztliche Gespräche sollten Beziehungen zum Kranken einleiten, klären, erklären, aufklären, begleiten, helfen und auch heilen können. Sprache kann dabei wie ein Werkzeug einem bestimmten Verwendungszweck dienen. Sie kann auch in einem ungezielten Gespräch gegenseitige Beziehungen vermitteln.“ (Stefenelli. 1988:20) „Ziel ergibt sich aus der medizinischen Praxis; der Arzt hat die Aufgabe, das Leiden des Patienten zu lindern oder zu heilen, indem er, aufgrund seines medizinischen Fachwissens, geeignete Maßnahmen vorschlägt und außerdem für eine hinreichende Therapiemotivation des Patienten sorgt [...]“ (Löning 1985b: 42)

Patient und Arzt sprechen jedoch oft nicht dieselbe Sprache, womit hier nicht nur Unterschiede der Volkszugehörigkeit gemeint sind, sondern die Sprache der Zugehörigkeit zu einem Beruf und zur sozialen Bildungsschicht und ähnlichem gemeint sind. Deshalb sollte der Arzt auch als Dolmetscher agieren. (vgl. Dickhaut 2002: 35)

Der Ablauf des Gesprächs bleibt nach Peters 2008 immer relativ starr. So teilt sich „die Struktur des Wissenstransfers in der Arzt-Patienten-Interaktion in zwei Phasen, die den Konsultationsabschnitten zugeordnet werden können. Die Anamnese und damit den Beginn der Behandlung dominiert die Wissensvermittlung von Patient zu Arzt in Form zu beantwortender Fragen. Diagnose und Therapie sind durch den Transfer ärztlichen Wissens an den Laien charakterisiert.“ (Peters 2008: 83) Genau diese Diagnose gibt dann oft in weiterer Folge den Anstoß für den Patienten, nach Informationen zu dem jeweiligen Thema zu recherchieren. (vgl. Neverla 2007:78)

„Wie reagieren Ärzte, wenn Patienten ihren Informationswunsch ansprechen? In onkologischen Konsultationen wurden auf 72% der verbalen Hinweise der Patienten adäquate Reaktionen der Ärzte registriert. Konsultationen, in denen Ärzte auf den Informationswunsch der Patienten eingingen, dauerten im Übrigen kürzer als Konsultationen, in denen sie seltener auf diese antworteten.“ (Faller H. 2012: 1107) Dies belegt auch die Untersuchung von Kutscher, diese zeigt, dass 78% der 335 untersuchten Patienten weniger als 2 Minuten für ihr Anliegen benötigten und nur 2%

länger als 5 Minuten sprachen. Das Argument des Zeitmangels ist demnach nur ein vorgeschobenes. (Kutscher 2007: 93) US-amerikanische Studien zeigen übrigens, dass Ärzte den Redefluss des Patienten zu Beginn einer Konsultation nach durchschnittlich 22 Sekunden unterbrechen. (vgl. Kutscher 2007: 93) Krones setzte diese Zeit noch kürzer an, nämlich auf 10-20 Sekunden. Demnach wurde das Gespräch bereits unterbrochen, bevor der Patient sein Hauptproblem schildern konnte. (Krones 2008: 824) Sator führte 2008 eine Untersuchung von 20 Erstgesprächen bei der Diagnose Krebs durch. Die makroanalytische Untersuchung ergab hier, dass neben dem eigentlichen Arzt-Patienten-Gespräch diverse andere Aktivitäten wie Telefonate, interne Arzt-Gespräche, Unterlagen durchblättern, Formulare ausfüllen usw. stattfanden. (vgl. Sator 2008: 168)

Die mikroanalytische Untersuchung ergab, dass Patienten zwar oft versuchen, auf ihre relevanten Themen hinzuweisen, dies durch ihre untergeordnete Rolle im Arzt-Patienten-Gespräch jedoch nur sehr subtil machen und von den Ärzten dann einfach übergangen werden. In weiterer Folge führt dies dann dazu, dass sie mit dem Gespräch unzufrieden sind, da ihre Fragen nicht beantwortet wurden und auf der anderen Seite die Ärzte mit dem Gespräch unzufrieden sind, da sie durch die immer wiederkehrenden Initiativen des Patienten gestört wurden. (vgl. Sator 2008: 168)

Nach Peintinger (2012) verläuft das Gespräch auf zwei Ebenen. Auf der ersten Ebene wird die sachliche Information gegeben. (vgl. Peintinger 2012:59) „Anschließend wird entschieden, ob die Informationen ausreichend, verständlich, zweckdienlich und daher geeignet sind, im Entscheidungsprozess fortzufahren. Auf der zweiten Ebene werden die erhaltenen Informationen an den individuellen Wertvorstellungen gemessen. [...] Auf dieser Einschätzungs- und Bewertungsebene kann es daher zu unterschiedlichen Entscheidungen bei naturwissenschaftlich gleichen Fakten kommen.“ (Peintinger 2012: 59f)

„Sicher ist jedoch, dass in der Praxis deutlich weniger Patienten in die Therapieentscheidung einbezogen werden, als es von ihnen gewünscht wird.“ (Krones 2008:824)

4.3.4 Entscheidungsmodelle

Zur Frage, wie Entscheidungen zustande kommen, wie Patient und Arzt miteinander agieren, haben sich drei dominante Formen herauskristallisiert. Die Graphik

verdeutlicht diese drei Modelle, die genaue Beschreibung findet sich in den nachstehenden Kapiteln wieder.

Modelle der Arzt-Patient-Beziehung [19]				
	Paternalismus	Deliberatives Modell: Patientenzentrierung/SDM	Vertragsmodell Inf. Choice/Kundenmodell	
Autonomie des Patienten	0	+	++	+++
Arztrolle	Hüter	Partner	Technischer Experte	Dienstleister
Informationsaustausch	Arzt an Patient	Zwei/mehrseitig Arzt, Patient, und weiterer Kontext	Arzt an Patient	Patient an Arzt, Arzt an Patient, wenn eingefordert
Informationsinhalte	Medizinisch, rechtlicher Minimal-Standard	Medizinisch, möglichst optimal evidenzbasiert und persönlich	Medizinisch, möglichst optimal evidenzbasiert	Persönlich und medizinisch, wenn gewünscht
Entscheidungsfindung/ Verantwortung	Arzt	Arzt und Patient	Patient	Patient

Abbildung 2: Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung (Krones 2008: 822)

4.3.4.1 Paternalismus Modell

„Unter Paternalismus wird die ‚väterliche Fürsorge‘ verstanden, die sich in einer ‚Führung von PatientInnen zu ihrem Besten‘ und einer damit korrespondierenden ‚vertrauensvollen Unterordnung‘ ausdrückt.“ (Peintinger 2012: 65) Der Arzt entscheidet auf Grund seines Wissens darüber, welche Behandlung für die Gesundheit und das Wohlergehen des Patienten die beste ist. Er entscheidet allein. (Klemperer 2003: 13ff) Die Einstellung des Arztes zeichnet sich in Grundzügen folgend ab:

1. „Für die meisten Krankheiten gibt es eine einzige beste Behandlungsmöglichkeit.
2. Der Arzt kennt diese Möglichkeit und wendet sie am Patienten an.
3. Ärzte können auf Grund ihrer Erfahrung und Expertise am besten den Abwägungsprozess durchführen.
4. Ärzte sind wegen ihrer professionellen Sorge und der ethischen Verpflichtung des Berufsstandes zur Entscheidung legitimiert.“ (Klemperer 2003, S. 11)

Im Speziellen gibt es drei sogenannte neopaternalistische Tendenzen, die nachfolgend kurz dargestellt werden:

1. *„Der zeitmangelbedingte Neopaternalismus*
Der Arzt geht von der Überzeugung aus, dass Handeln grundsätzlich heilsamer sei als ‚bloße‘ Kommunikation.
2. *Der ökonomiebedingte Neopaternalismus*
Ausgelöst von ökonomischen Vorgaben oder tatsächlichen fehlenden Ressourcen wird die ärztliche Informationspolitik geändert. Finanziell expansive Therapiealternativen werden den PatientInnen entweder ‚zu seinem Wohl‘ gänzlich verschwiegen oder als für ihn in seiner Situation nicht sinnvoll beschrieben. Auf diese Weise hält die ‚barmherzige Lüge‘, das ‚Verschweigen von Wahrheit‘ bereits wieder durch die Hintertür Einzug, wie wohl sie eben erst mühsam aus dem Aufklärungsgespräch verbannt wurde!
3. *Der fortschrittsinduzierte Neopaternalismus*
Die ärztliche Überzeugung, dass die medizintechnischen und pharmakologischen Innovationen zu komplex seien, mündet schon vorab in einer Verkürzung der Information, damit die PatientInnen zu ihrem Wohl nicht ‚überfordert‘ würden.“ (Peintinger 2012: 65)

Dieses, oft noch vorherrschende, Modell verträgt sich naturgemäß nicht mit dem Profil eines vorinformierten, fragenden und fordernden Patienten. (vgl. Klemperer 2003: 12)

4.3.4.2 Shared Decision Making Model (SDM)

Das SDM wird auch als Modell der patientenzentrierten und partizipativen Entscheidungsfindung bezeichnet. Klemperer formulierte 2003 schon, dass die zunehmende Emanzipation der Patienten dieses Modell fördert. (vgl. Klemperer 2003:10)

Als SDM-verwandtes Modell ist auch das abwägende Modell vorzustellen, wo der Arzt dem Patienten die auf die klinische Situation passenden Informationen zur Verfügung stellt. (vgl. Klemperer 2003:13ff) „Im Gespräch mit dem Patienten bringt er

dessen Lebenssituation und dessen Werte in Erfahrung. In Kenntnis der medizinischen Situation und wissend um die Lebensumstände des Patienten erarbeitet er eine Lösung, die er mit dem Patienten erörtert. Die Entscheidung treffen Arzt und Patient letzten Endes gemeinsam. Weitgehend entspricht dieses Modell dem heutigen SDM-Modell.“ (Klemperer 2003: 13ff) Wie das abwägende Modell schon erklärt, ist das „Shared Decision Making Modell“ an einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess interessiert, welcher sowohl die Information, die Abwägung als auch die Entscheidung selbst umfasst. (vgl. Krones 2008:818) „Arzt und Patient einigen sich nach dem gegenseitigen Informationsaustausch (zu medizinischen Fakten, ärztlichen Prioritäten, subjektiven Präferenzen) über ein gemeinsames Ziel, das die medizinischen Fakten ebenso berücksichtigt wie die Patientenbedürfnisse und -präferenzen. In einer solchen Diskussion gibt es also neben den Patientenvorstellungen auch Raum für ärztliche Empfehlungen, [...]“ (Krones 2008: 823)

Die Kritik bezieht sich im Wesentlichen darauf, dass dieses Modell dem Patienten viel Autonomie zuschreibt, was laut Ärzten zu Problemen führen kann, da sie keine Fachmänner sind und Fehlentscheidungen durchaus zu rechtlichen Konsequenzen - für die Ärzte - führen kann. Zum zweiten, dass man auf mögliche ökonomische Folgen wie zum Beispiel die Verstärkung der sozialen Ungleichheit achten sollte, da nicht evidenzgeschützte Patientenwünsche dazu führen können, dass die Ressourcen für das Gesundheitssystem verbraucht würden. (vgl. Krones 2008: 823)

4.3.4.3 Informationsmodell/ Evidence based patient choice (EVPC)

Eine Untersuchung von Kasper u.a. hat 2009 ergeben, dass immer mehr Patienten den Wunsch haben, gemeinsam mit ihrem Arzt die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten durchzubesprechen. 27% der Befragten wollen selbst über die weitere Behandlung entscheiden und lediglich 5% wollen die Entscheidung ganz dem Arzt überlassen. (vgl. Kasper 2009:77) Sie haben hier das Konzept der „evidence based patient choice“ (EVPC) entwickelt, welches eine umfassende Information für Patienten enthalten und über den Nutzen und Schaden Auskunft geben soll. (Kasper 2009: 78) Der Patient wird als rationaler Akteur aufgefasst, der

auf Basis aller relevanten evidenzbasierten Informationen über Prognose, Behandlungsmöglichkeiten und Alternativen in patientengerechter Form, alleinige Entscheidung treffen soll. (vgl. Krones 2008: 818/ 822)

Vor allem zentral in der EVPC ist die Vermittlung von Wahrscheinlichkeitsaussagen. So haben medizinische Laien die Möglichkeit, Hinweise zur Beurteilung der Qualität zu erhalten. (Kasper 2009: 80) Die meisten Entscheidungshilfen sind jedoch auf die Lektüre durch den Patienten ausgerichtet, d.h. der Patient soll diese alleine durcharbeiten und sie zum ärztlichen Gespräch mitbringen. (vgl. Krones 2008: 822)

Das Problem, das hier aufzuzeigen ist, ist jenes, dass die Anforderungen an dieses Modell sehr hoch sind und daher ausgesprochen aufwändig. (Kasper 2009: 82)

Als weiteres – in etwas abweichender Form – Modell ist hier das interpretative Modell anzuführen. Ziel von diesem Modell ist es, die Vorstellungen und Werte des Patienten in Erfahrung zu bringen und dem Patienten zu helfen, die dafür geeigneten Maßnahmen auszuwählen. (vgl. Klemperer 2003: 13ff) „Der Arzt lässt den Patienten jedoch nicht mit den Informationen alleine, sondern hilft ihm dabei, seine Wünsche, Vorstellungen und Werte zu erkennen und zu erklären (interpretieren).“ Die Entscheidung über die zu ihm am besten passende Behandlung trifft der Patient. (Klemperer 2003:13 ff)

Als letztes ist hier noch die ausgeprägteste Form der Patientenautonomie darzustellen, das Kundenmodell.

„Dieses Vertragsmodell beruht auf dem Konzept einer völligen Autonomie des Patienten. Der Patient wird hier als Konsument konzipiert, der auf dem freien Markt der Gesundheitsleistungen durch Ärzte, die als Dienstleister fungieren, die Leistungen erhält, die er kaufen möchte. Ob er dabei fachlich ausreichend informiert ist oder nicht, liegt in seiner eigenen Verantwortung, d.h., der Patient kann sich über das Internet informieren, seinen Arzt um Informationen bitten oder als mündiger Bürger gemäß dem Recht auf Nichtwissen auch auf medizinische Informationen verzichten.“ (Krones 2008: 822 f.)

Bei diesem Modell bestehen jedoch haftungsrechtliche Probleme, da Ärzte aufgrund ihres Expertenstatus dazu verpflichtet sind, eine therapeutische

Sicherungsaufklärung durchzuführen und somit auf den Heilerfolg bestimmter Maßnahmen hinzuweisen. (vgl. Krones 2008: 822 f.)

Bei all den Modellen darf man jedoch nicht vergessen, dass die idealtypischen Muster der Arzt-Patienten-Beziehung in der Praxis selten in Reinform vorkommen. Ein Arzt, der der Patientenautonomie einen hohen Stellenwert einräumt, kann sich in manchen Situationen gezwungen sehen, "paternalistisch" zu agieren" und umgekehrt, der Patient, der gerne die Entscheidung übernimmt, kann in Ausnahmesituation manchmal froh darüber sein, wenn er diese Verantwortung abgeben kann. (vgl. Krones 2008: 823) Dies bestätigt auch schon die Untersuchung von Klemperer 2003, der feststellte, dass insbesondere bei weniger gravierenden Zuständen der Wunsch nach Beteiligung an der Entscheidung nicht sehr groß zu sein scheint.“ (vgl. Klemperer 2003: 25)

Welchen Kommunikationsstil Patienten tatsächlich, zumindest beim Hausarzt, bevorzugen, untersuchte McKinstry. Im Ergebnis zeigten sich unterschiedliche Präferenzen. In drei der fünf Szenarien bevorzugten sie eine direkte Herangehensweise (Entscheidung durch den Arzt allein). Diese waren blutender Leberfleck, Wadenzerrung, rheumatoide Arthritis. Bei der Depression sprach sich die Mehrheit für SDM aus, bei der Raucherberatung waren die Stimmen in etwa gleich verteilt. Für körperliche Probleme wünschten sie sich insgesamt eher einen direkten Stil, ebenso ältere Menschen. Angehörige der oberen Sozialschicht und Raucher eher SDM. (vgl. Klemperer 2003, S. 25)

4.3.5 Einflussfaktoren der Arzt-Patienten-Beziehung

Im Wesentlichen sind drei Punkte zu nennen, die die Beziehung zwischen Arzt und Patient beeinflussen. Diese sind Krankheit, Selbstverständnis und das Bild vom Partner.

Das Phänomen „Krankheit“ obliegt der individuellen Bewertung. So wird es einerseits als naturwissenschaftliches Phänomen gesehen und auf der anderen Seite kann es ebenso ein soziales Phänomen mit naturwissenschaftlicher Fundierung sein. Schlussendlich lassen sich auch Konzepte finden, in denen Krankheit nur als

soziologischer Begriff gedeutet wird. Dadurch lassen sich unterschiedliche Sichtweisen und Handlungsstränge ableiten. (vgl. Peintinger 2012: 69)

Das Selbstverständnis des Arztes spielt auch eine wesentliche Rolle, denn je nachdem, wie sich der Arzt selbst sieht, also als Berater, „väterlicher Beschützer“ oder sogar als Leistungsverkäufer von Gesundheitsdienstleistungen, desto unterschiedlicher wird er mit den Patienten umgehen. Genauso wichtig ist auch das Selbstbild des Patienten, sieht dieser sich als „schutzwürdiges Kind“, als „mündige Persönlichkeit“ oder als „interessanten naturwissenschaftlichen Fall“? Trifft nun beispielsweise der „väterliche Beschützer“ auf die „mündige Persönlichkeit“ kann dies durchaus zu Beziehungskonflikten wie auch Kommunikationsproblemen führen. (vgl. Peintinger 2012: 69)

Neben dem Selbstverständnis ist insbesondere auch das Bild, das der kranke Mensch von seinem Partner im therapeutischen Prozess besitzt, von besonderer Bedeutung. Dabei mischen sich reale Elemente mit fiktiven Vorstellungen und Wunschbildern und je realer sich dieses Bild erweist, desto stabiler wird die Beziehung. (vgl. Peintinger 2012: 69)

4.3.6 Typische Irrtümer vom Arzt die Autonomie des Patienten betreffend

Peintinger hat typische und spezielle Irrtümer des Arztes, die im Zusammenhang mit Respekt und dem Umgang mit der Autonomie im Spitals- und Ordinationsalltag zu finden sind, zusammengefasst. Diese Sicht der Ärzte fließt auch in die Forschungsfragen mit ein.

„1. Man könne die Selbstbestimmung der PatientInnen generell ausblenden, oder man könne die Zunahme der Autonomie, da als Bedrohung empfunden, durch neopaternalistische Tendenzen einschränken.“ Dies ist abzulehnen, da Autonomie als konkreter Beitrag zum Genesungsprozess gesehen wird.

„2. Man könne die Selbstbestimmung der PatientInnen auf die bloße Zustimmung zu einem Eingriff eingrenzen.“ Der Wille der Patienten steht in allen ihren individuellen Lebensbereichen notwendigerweise das vorrangige Entscheidungsinstrument dar und ist deshalb einzubeziehen.

„3. Man könne Autonomie mit dem Hinweis auf bestehende Wissensasymmetrie vernachlässigen.“ Mögliche Wissensasymmetrien sind so weit als möglich auszugleichen um einen respektvollen und verstehenden Umgang zu gewährleisten. Notfallsituationen sind ausgenommen.

„4. Man könne bei der Kommunikation die eigenen Wertungen ausblenden.“ Wie schon bei der Kommunikation von Schulz von Thun erwähnt, fließen neben der Sachinformation immer auch eine Beziehungsbotschaft, ein Appell wie auch eine Selbstkundgabe ein. Dieser Punkte soll sich der Arzt klar werden und eine Sensibilität dafür entwickeln, inwieweit die eigenen Wertreflexionen einfließen.

„5. Man könne von PatientInnen angebotene Wertungen schon aufgrund der eigenen Position als richtig oder falsch beurteilen.“ Die Rolle des Arztes oder der Ärztin umfasst zwar die naturwissenschaftliche Sachkenntnis, jedoch keine ebenso umfassende Kenntnis der Wertorientierungen. Diesbezüglich ist jeder Mensch sein eigener Spezialist und steht somit als Experte einem Experten gegenüber.

„6. Man könne die Selbstbestimmung von ihrer Sache ‚unsicheren‘ und ratlosen PatientInnen durch das Angebot des eigenen Wertgefüges unterstützen.“ Dies erfolgt meist durch Aussagen wie „... an ihrer Stelle würde ich...“. Hier nehmen Patienten zwar den positiven Aspekt der Empathie wahr, werden jedoch in ihrer eigenen Werthaltung verunsichert und die Werthaltung des Arztes wird dominant. Somit handelt es sich hier um einen „virtuelle“ autonome Entscheidung.

„7. Die vermehrte und besondere Berücksichtigung der Autonomie von PatientInnen führe zur Minderung der Fürsorge. – diese Befürchtung wird im Zusammenhang mit der wachsenden Selbstbestimmung häufig geäußert. Dabei wird zumeist argumentiert, dass Arzt oder Ärztin das Beste für die PatientInnen wolle, diese das jedoch durch ihren Willen verhindern könnten.“ Es lässt sich feststellen, dass „die Zunahme von Autonomie zahlreiche neue Betätigungsfelder für eine ärztliche Fürsorglichkeit entstehen lässt: So stellen beispielsweise die Aufmerksamkeit, dass sich PatientInnen ihrer eigenen Orientierung bewusst werden, die Sorgfalt für eine qualitätsvolle und persönlich zugeschnittene Information (in Zeit und Sprache), oder aber auch die Hilfestellung, die angebotene Information auf ihre tatsächliche

Bedeutung für den individuellen Lebenskontext zu überprüfen, zweifellos anspruchsvolle und fordernde neue Betätigungsfelder der ärztlichen Fürsorgepflicht dar.“ (vgl. Peintinger 2012: 61f)

Zusätzlich zu den allgemeinen Irrtümern, die die Einschätzung der Selbstbestimmung des Menschen betreffen, gibt es auch ganz spezielle Irrtümer in der medizinischen Praxis.

„1. Die größte Fehleinschätzung besteht darin, Kommunikation im therapeutischen Geschehen grundsätzlich als nicht wesentlich zu erachten.“ Auf Kommunikation kann man nicht verzichten, nicht einmal bestmögliches und sorgfältiges medizinisches Handeln allein kann Kommunikation ersetzen.

„2. Die zweite Fehleinschätzung beruht darauf, dass eine qualitätsvolle Kommunikation geführt werden könne ohne dass zugleich die Bereitschaft besteht, mehr Zeit dafür zu erübrigen.“ Auch wenn sich in einer intakten ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung viele qualitativ hochwertige Gespräche in erstaunlich kurzen Zeiträumen entwickeln können, stellt dies keinesfalls die Norm dar. Im guten Gespräch braucht man Zeit und Raum für kreatives Nachdenken.

„3. Der dritte Irrtum besteht darin, dass die Autonomie als ein ‚Geschenk‘ für die PatientInnen aufgefasst wird, ein Luxus, auf den bei Bedarf und je nach Zeit, Lust, oder wenn zum Beispiel die ‚Angehörigen wegsehen‘, verzichtet werden kann.“

„4. Ein weiterer typischer Irrtum besteht in der Fehleinschätzung, dass Defizite in der Autonomiekompetenz automatisch zur Relativierung des Selbstbestimmungsrechts führten.“ Bei einer vermuteten oder festgestellten Unfähigkeit des Patienten soll nach einer entsprechenden Ersatzlösung wie Patientenverfügung, Sachwalterrecht,... gesucht werden.

„5. Der letzte spezielle Irrtum, der hier angeführt werden soll, liegt in einer sehr beliebigen und weiten Auslegung einer ‚Selbstbestimmungskompetenz‘. So lässt sich etwa beobachten, dass jede Zustimmung von PatientInnen zum Vorschlag des Arztes/ der Ärztin als Fähigkeit zur Selbstbestimmung ausgelegt wird, wohingegen

ebenso unreflektiert bei jeder Behandlungsablehnung bereits eine Inkompetenz vermutet wird.“ (vgl. Peintinger 2012:62f)

4.4 Phänomen Cyberchondrie

„Mehr Wissen kann zu mehr Gesundheit führen, gewiß (sic!). Aus dem Wissen kann Motivation zu aktiven Tun erwachsen. Dieses Tun kann der Gesundheit dienlich sein. Falsch interpretiertes Wissen kann jedoch in der Regel nur zu falschen Aktivitäten führen. Daraus resultieren zumindest mit einem hohen Grad von Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Einbußen. Wissen birgt Risiken in sich, andere Risiken als das Unwissen, aber eben doch Risiken, die nicht bagatellisiert werden sollten. Wissen – nicht einmal nur Halbwissen – kann in Hypochondrie ausarten. Das bedeutet: unnötige Arztbesuche, überflüssiger bis riskanter Konsum von Arzneimittel, Angst vor dem somatischen und sozialen Folgen von Krankheit.

Angst, aus vermeintlichem Wissen gespeist, kann lähmen. Relativ harmlose Symptome können als Boten lebensbedrohlicher Krankheiten empfunden werden. Die Angst vor dem Befund des Arztes, der als Urteil gefürchtet wird, kann auch zur Flucht in die Passivität führen. Notwendige Arztbesuche unterbleiben.“ (Girstenbrey 1976, S. 135) Was früher Hypochondrie war, wird heute zu Cyberchondrie. Unter Cyberchondrie wird das Phänomen verstanden, wie aus Bedenken bei normalen Symptomen wie zum Beispiel Kopfschmerzen, durch die Recherchen im Web grundlos ‚Todessymptome‘ werden und der Betroffene dann zum Beispiel glaubt, einen Tumor im Kopf zu haben. (vgl. White 2008:1)

„Mit dem Phänomen der Cyberchondrie wird derzeit die Diskussion über problematische Bereiche des Netzes, wie beispielsweise Internetsucht oder Plattformen, über die sich Jugendliche über Suizid oder Anorexie austauschen erweitert. Erste einschlägige Studien belegen, dass die Recherche nach gesundheitsbezogenen Informationen in der Tat hypochondrische Ängste verstärken und negative Auswirkungen auf das Gesundheitsverhalten haben kann. Die meisten Menschen profitieren jedoch von den leicht zugänglichen Informationen im Internet, wobei eine entsprechende Recherche sogar eine beruhigende Wirkung auf gesundheitliche Sorgen haben kann.“ (Eichenberg 2013:78) Laut Eichenberg sollten Ärzte internetbasierte Gesundheitsrecherchen von sich aus thematisieren und vor

allem bei hypochondrisch veranlagten Patienten die negativen Auswirkungen der Selbstrecherchen problematisieren. (vgl. Eichenberg 2013:78)

4.5 Die Zukunft des Arztes

Durch den Wandel der Gesellschaft und vor allem auch durch den Wandel der Patienten durch das Internet stellt sich nun die Frage, ob durch andere Patienten auch andere Ärzte notwendig werden. Felt hat hierzu die Ärzte im Internet-Zeitalter analysiert und dabei in sechs verschiedenen Rollenzuschreibungen eingeteilt.

1. *„Der Arzt als Wissensinterpret* kann nicht mehr alles wissen, da medizinisches Wissen an Komplexität und Umfang zunimmt. Er kann aber dem informierten Patienten helfen die gefundene Information richtig zu interpretieren und zu nutzen.
2. *Der ge/überforderte Arzt* muss die mitgebrachte Vorinformation von Patienten erst einmal widerlegen, bevor ein Gespräch zu anderen Lösungsmöglichkeiten beginnen kann. Dies bedeutet, dass Wissensarbeit mit dem Patienten betrieben werden muss, was neue Qualitäten vom Arzt fordert.
3. *Der bedrohte/kontrollierte Arzt* befindet sich in einer Konkurrenzsituation mit dem Internet, auch dahingehend, dass er vom Patienten „getestet“ wird.
4. *Der virtuell-erweiterte Arzt* bietet seinen Patienten ein vielfältiges Angebot an Information, Austausch und Betreuung über das Netz. Damit können neue Möglichkeiten der Begegnung mit Patienten geschaffen werden, die nicht mit der Barriere eines Besuchs beim Arzt verbunden sind (etwa kurze Nachfragen).
5. *Der Arzt als Dienstleister* positioniert sich im Internet auf dem Gesundheitsmarkt (eigene Webpage). Patienten können sich im Vorfeld über ihren Arzt informieren und so können auch bewusstere Entscheidungen bezüglich der Arztwahl getroffen werden.
6. Der „Cyber-Doktor“ befindet sich auf Online-Gesundheitsplattformen, die Informationen und virtuelle Interaktionsmöglichkeiten anbieten. Er kann daher nur im virtuellen Raum kontaktiert werden und hat keine direkte soziale Interaktion mit den Patienten.“ (Felt 2008:18+19)

Laut Felt wird der neuen Rolle des Arztes im Vergleich zur neuen Rolle des Patienten relativ wenig Aufmerksamkeit gewidmet und sie hält fest, dass es in diesem Punkt auf jeden Fall noch Diskussionsbedarf gibt. (vgl. Felt 2008: 19)

5 Forschungsfrage

Hauptforschungsfrage:

Welche Faktoren beeinflussen die Kommunikation zwischen Arzt und „E-Patient“?

Unterforschungsfragen:

Zur Dissonanztheorie:

1. Erzeugen E-Patienten Dissonanz (psychisch unangenehm empfundene Situation) beim Arzt, was diesen dazu nötigt, diese zu reduzieren?
 - a. Versucht der Arzt, Beispiele zu finden, wo Gesundheitsinformationen aus dem Internet mehr schädlich als nützlich waren (vielleicht anhand von Beispielen)?
 - b. Versucht der Arzt, sich auf Informationen aus der Fachliteratur (Fachbüchern, Tagungsmaterial, Fachartikel) zu stützen und „ignoriert“ somit das Informationsangebot für den E-Patienten aus dem Web?
 - c. Versucht der Arzt, sich auf Erfahrungen zu stützen und „ignoriert“ somit das Informationsangebot für den E-Patienten aus dem Web?
 - d. Begibt sich der Arzt ebenfalls auf die Suche nach relevanten Internetseiten, um so kompetenter im Umgang mit internetbasierter Information zu sein und dem E-Patienten kompetenter gegenüberzutreten zu können?

Zur Theorie des kommunikativen Handelns:

2. Kommt Verständigung zwischen Arzt und E-Patient im eigentlichen Sinne zu Stande?

- a. Gibt es Situationen, in denen der Arzt den Patienten aufgrund von Sprache nach Volkszugehörigkeit, Sprache durch Zugehörigkeit von anderen Berufen oder durch Sprache aufgrund sozialer Bildungsschicht nicht versteht?
- b. Gibt es Situationen, in denen der Patient den Arzt aufgrund von Wortwahl und Ausführungen nicht versteht?
- c. Gibt es Situationen, in denen der Arzt den Patienten aufgrund von Wortwahl und Ausführungen nicht versteht?
- d. Ist der Arzt der Auffassung, die Fakten des E-Patienten stimmen nicht?
- e. Ist der Arzt gegenüber dem Patienten misstrauisch, da dieser ihn mit seiner Auffassung nach zweifelhaften Informationen aus dem Internet konfrontiert?
- f. Ist es angemessen, wenn der Patient sich im Internet informiert?

Zur Theorie öffentlichen Vertrauens:

- 3. Besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und dem E-Patienten?
 - a. Schreibt der Arzt dem E-Patienten Sachkompetenz nach dessen Recherche zu?
 - b. Gewinnt der Arzt den Eindruck, der E-Patient möchte ihn eher in seiner Kompetenz degradieren als nach einer Lösung seines gesundheitlichen Problems zu suchen?
 - c. Besteht beim Arzt das Gefühl, der E-Patient möchte seine Quellen nicht angeben?
 - d. Hat der Arzt den Eindruck, dass der E-Patient sein ganzes Wissen dem Arzt offen legt oder dass dieser recherchiertes Wissen für sich behält?

6 Methode der Empirie

In diesem Kapitel sollen die Methode der Datengenerierung sowie die Methode der Auswertung der Daten kurz erklärt werden.

6.1 Methode der Datengenerierung

Als Methode zur Erhebung des empirischen Materials wurde das Leitfadeninterview bzw. das Experteninterview gewählt. „Das Leitfadeninterview nimmt eine mittlere Position zwischen dem narrativen und dem standardisierten Interview ein.“ (Scholl 2003: 66) Die Befragung wird durch mehrere und spezifischere Fragen stärker strukturiert und gibt dem Befragten jedoch auch gleichzeitig mehr Möglichkeiten zu antworten, da ihm nur Fragen gestellt werden und keine Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden. Die Anzahl der Fragen schwankt im Generellen zwischen fünf allgemein gehaltenen bis hin zu zahlreichen detaillierten Fragen die keine strikte Abfolge haben. Der Leitfaden sollte eher eine Gedankenstütze für den Interviewer sein, damit dieser nicht zu sehr von seinem Interesse abdriftet. Die Anwendungsgebiete ähneln eher dem narrativen als dem standardisierten Interview, dann im Prinzip handelt es sich um kleine Stichproben, bei denen die Tiefenperspektive interessanter als die Vergleichbarkeit der Antworten ist. (vgl. Scholl 2003: 66f) „Das Experteninterview weist allerdings auch einige Besonderheiten auf, die nicht generell für das Leitfadeninterview gelten. Dazu zählt die Definition und Auswahl der Experten. [...] Experten müssen für eine bestimmte Aufgabe verantwortlich sein und dafür einen privilegierten Zugang zu den betreffenden Informationen haben.“ (Scholl 2003:67)

Grundsätzlich unterscheidet man folgende Fragetypen:

- „Grundlegend ist die Unterscheidung zwischen Schlüsselfragen und Eventualfragen: Schlüsselfragen sind zentral für die Forschungsfrage und werden, wenn auch nicht notwendigerweise im identischen Wortlaut, immer bzw. allen Befragten gestellt. Eventualfragen kommen dagegen nur zum Einsatz, wenn der Befragte bestimmte Aspekte, von denen der Forscher ausgeht, dass sie relevant sein können, nicht von sich aus anspricht.
- Einleitungsfragen: Sie sind nicht mit Eisbrecherfragen im standardisierten Interview zu verwechseln, sondern dienen der Einführung in ein Thema. Sie sollen spontane Antworten ermöglichen und offen formuliert sein. [...]
- Folgefragen: Sie dienen dazu, die Erzählung des Befragten fortzusetzen. [...]
- Nachhaken: Diese Fragen dienen der Ergänzung der Antwort und der Ausweitung der Aspekte, die der Befragte in seiner Antwort angesprochen hat.

- Spezifizierungsfragen: Damit wird der Befragte gebeten, seine allgemeinen Ausführungen zu konkretisieren und Beispiele zu schildern.
- Direkte und indirekte Fragen: Der Interviewer kann bestimmte Fakten oder Sachverhalte direkt abfragen oder indirekt nach der Auffassung anderer Personen fragen.
- Strukturierungsfragen: Wenn der Befragte zu sehr abschweift, muss der Interviewer durch überleitende Fragen den roten Faden des Gesprächs wieder herstellen.
- Schweigen: Damit das Interview nicht zu einem quasi-standardisierten Frage-Antwort-Spiel wird, sollte der Interviewer Pausen einlegen, um dem Befragten genug Zeit zu geben, ausführlich zu antworten oder nachzudenken.
- Interpretationsfragen: Um die Bedeutung von Antworten mit dem Befragten auszuhandeln, stellt der Interviewer immer wieder auch Fragen, wie die Antwort zu interpretieren sei. Dabei kann er durchaus vermutete Bedeutungen ansprechen.“ (Scholl 2003:68f)

Die Auswertung der transkribierten Texte geschieht dann mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse. Diese wird dadurch erleichtert, dass der Leitfaden bereits die thematischen Schwerpunkte markiert und die Fragen als Vorformulierung der relevanten Kategorien dienen können. (vgl. Scholl 2003:70)

Die Experten in der vorliegenden Arbeit sind Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen und Arbeitsgebieten. In der nachstehenden Graphik sind jeweils die Interviewnummer, das Geschlecht, die Fachrichtung und der Tätigkeitsort angegeben.

1	2	3
männlich	männlich	männlich
10 Jahre	11 Jahre	8 Jahre
Arzt für Allgemeinmedizin	Facharzt für Orthopädie	Facharzt für Urologie und Anthropologie
Wahlarzt	Wahlarzt	Krankenhausarzt
Tätigkeitsort Wien	Tätigkeitsort Wien	Tätigkeitsort Niederösterreich
4	5	6
weiblich	weiblich	weiblich
14 Jahre	29 Jahre	36 Jahre
Ärztin für Unfallchirurgie	Ärztin für Allgemeinmedizin	Ärztin für Allgemeinmedizin
Krankenhausärztin	niedergelassene Ärztin	niedergelassene Ärztin
Tätigkeitsort Wien	Tätigkeitsort Wien	Tätigkeitsort Wien
7	8	9
weiblich	männlich	männlich
5 Jahre	33 Jahre	32 Jahre
Assistenzärztin für Interne- und Intensivmedizin	Arzt für Allgemeinmedizin	Arzt für Allgemeinmedizin
Krankenhausärztin	niedergelassener Arzt	niedergelassener Arzt
Tätigkeitsort Wien	Tätigkeitsort Wien	Tätigkeitsort Süd-Ost-Steiermark
10	11	
männlich	weiblich	
2,5 Jahre	2 Jahre	
Assistenzarzt für Hals-Nasen-Ohren	Turnusärztin zum Arzt für Allgemeinmedizin	
Krankenhausarzt	Krankenhausärztin	
Tätigkeitsort Graz	Tätigkeitsort Graz	

Abbildung 3: Interviewpartner (eigene Grafik)

Der Interviewleitfaden wurde nach dem ersten Interview, das als Pre-Test galt, überarbeitet und angepasst. Version Nummer 2 wurde dann bei den restlichen 10 Interviews angewendet. Im Anhang befindet sich nochmal der gesamte Interviewleitfaden.

Interviewleitfaden

Datum	Arzt
Fachrichtung	Tätigkeitszeit

- Vorstellung
- Kurze Erklärung worum es in dem Interview geht / Auf die Anonymität der Befragung verweisen
- Genehmigung für die Verwendung des Aufnahmegeräts einholen

Einstellung des Arztes

1. Wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle für medizinische Fragen?
2. Wenn Patienten mit Informationen aus dem Internet kommen – wie finden Sie das?
3. Wie gehen Sie mit Patienten, die mit Informationen aus dem Internet kommen, um?

Gegenübertreten zum Patienten

1. Sie haben einen Patienten, der eine andere Muttersprache hat und sich über ausländische Seiten über seine Symptome schlau gemacht hat, wie gehen Sie bei so einem Fall vor? (Verständlichkeit)
2. Wenn ein Patient kommt, der sich schlecht artikulieren kann (andere Muttersprache, mangelnde Deutschkenntnisse), wie gehen Sie damit um? (Verständlichkeit)
3. Wenn ein Patient kommt, der sich schlecht ausdrücken kann, zum Beispiel nicht genau seine Symptome beschreiben kann (Kopfschmerz ziehend/stechend/pochend), wie gehen Sie damit um?
4. Ist es Ihnen schon mal passiert, dass Patienten eigentlich etwas anderes als Behandlung gemacht haben, als das was Sie Ihnen geraten haben? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? (Verständlichkeit)
5. Hatten Sie schon mal den Fall, dass Patienten trotz Ihrer Empfehlung Therapievorschlüsse aus dem Web vorgezogen haben? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen?
6. Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Sie und der vorinformierte E- Patient von zwei verschiedenen Dingen sprechen? Also dem, was der E-Patient gelesen hat und dem was Sie aufgrund seiner geschilderten Symptome vermuten. Wenn ja, wie haben Sie das Problem gelöst? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? (Wahrheit)
7. Hatten Sie schon den Fall, dass Patienten sich das anhören, was Sie schildern, dann mit Ihnen diskutieren anfangen und es sich schlussendlich heraus stellt, dass sich diese über das WWW schon vorinformiert hatten und viel von dem halten, was sie

dort gelesen hatten? Wenn ja, wie haben Sie darauf reagiert? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wenn nein, wie wäre das für Sie? (Wahrhaftigkeit)

8. Was halten Sie von Patienten, die das Internet in Gesundheitsfragen konsultieren? (Legitimität)

Reaktion auf den E-Patienten

1. Wie reagieren Sie, wenn ein Patient mit Informationen aus dem Internet kommt?
2. Haben Sie nach oder während einem Gespräch mit einem E-Patienten schon einmal selbst im Internet nach Informationen gesucht?

Gespräch mit dem E-Patienten

1. Wie sieht ein typisches Gespräch mit einem E-Patienten aus?
2. Wie sieht das Gespräch mit E-Patienten aus – versuchen diese zu verhandeln, suchen nach Informationen, wollen Bestätigung?
3. Kommen häufig Patienten mit Wissen aus dem WWW?
4. Hatten Sie schon Patienten, die sich zuvor schon durch Informationen aus dem Internet selbst behandelt haben oder selbsttherapiert/Medikamente zum Beispiel aus dem Internet bestellt haben? Und wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? Warum finden Sie das ok/nicht ok?
5. Angenommen ein Patient kommt und sagt Ihnen, dass er Krankheitsbild XY hat und dass Sie ihm doch Medikament XY verschreiben sollten, da er sich schon vorinformiert hat und eigentlich nur hier ist um sich das Rezept zu holen. Wie gehen Sie damit um? (Problemlösungskompetenz)
6. Wenn dieser jedoch nicht locker lässt und auf seine vorgeschlagene Therapie besteht? (Problemlösungskompetenz)
7. Kommt es oft vor, dass Patienten erst viel später im Gespräch sagen, dass sie sich schon im Web vorinformiert haben und zum Beispiel einer anderen Auffassung als Sie sind? Wenn ja, wie ist das für Sie/ wie gehen Sie damit um? Wenn nein, wie würden Sie darauf reagieren? (kommunikative Transparenz)
8. Was ist typischer, der Patient der von vornherein sagt, dass er sich schon informiert hat oder der Patient, der später im Gesprächsverlauf dies erwähnt und diskutieren will? (kommunikative Transparenz) * Differenzierung: ältere oder jüngere Patienten/ eher Frauen – eher Männer?/ Schweregrad der Krankheit/Symptome?
9. Hatten Sie schon einmal nach einem Gespräch das Gefühl, dass der Patient Ihren Ratschlag/ Ihren Therapievorschlagen/ Ihre Diagnose nicht richtig ernst genommen hat? Wenn ja, wie haben Sie sich dabei gefühlt/ wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie sich dabei fühlen/ damit umgehen? (kommunikative Offenheit)

10. Hatten Sie nach einem Gespräch schon einmal das Gefühl, dass dieser Patient in Wirklichkeit sich schon viel mehr zu dem Thema informiert hatte und quasi von Ihnen nur Bestätigung haben wollte? Wenn ja, wie sind sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? (kommunikative Offenheit)

Zukunft des Arztes

1. Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes? Muss sich dieser vermehrt solchen E-Patienten anpassen?
2. Muss sich etwas im Hinblick auf die Gesprächsführung ändern? Wird es eine veränderte Aufklärungsarbeit geben? (Bsp. schon vor der eigentlichen Diagnose die Möglichkeiten schildern warum diverse Tests durchgeführt werden müssen da sonst die Patienten zu Hause alleine mit den Informationen aus dem Web sitzen?)
3. Wird das Web zukünftig eine Erleichterung für den Arzt darstellen?
4. Was glauben Sie, welche Rolle wird das Internet in Zukunft spielen?
5. Wie soll sich der Arzt in Zukunft im Internet repräsentieren? Soll er sich überhaupt im Internet repräsentieren? Z.B. durch eigene Websites, Chatmöglichkeiten,...

6.2 Methode der Auswertung

Zur Auswertung der qualitativen Interviews wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt.

Es gibt eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen von „qualitativer Inhaltsanalyse“. „Mayring versteht die Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode mit einen Spezifika, die sie von anderen Verfahren abgrenzt. Hierzu gehören die Analyse von schriftlich fixierter Kommunikation sowie systematisches, regel- und theoriegeleitetes Vorgehen mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.“ (Steigleder 2008: 22)

Das Grundmodell qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring gliedert den Untersuchungsprozess in elf konkrete Zwischenschritte.

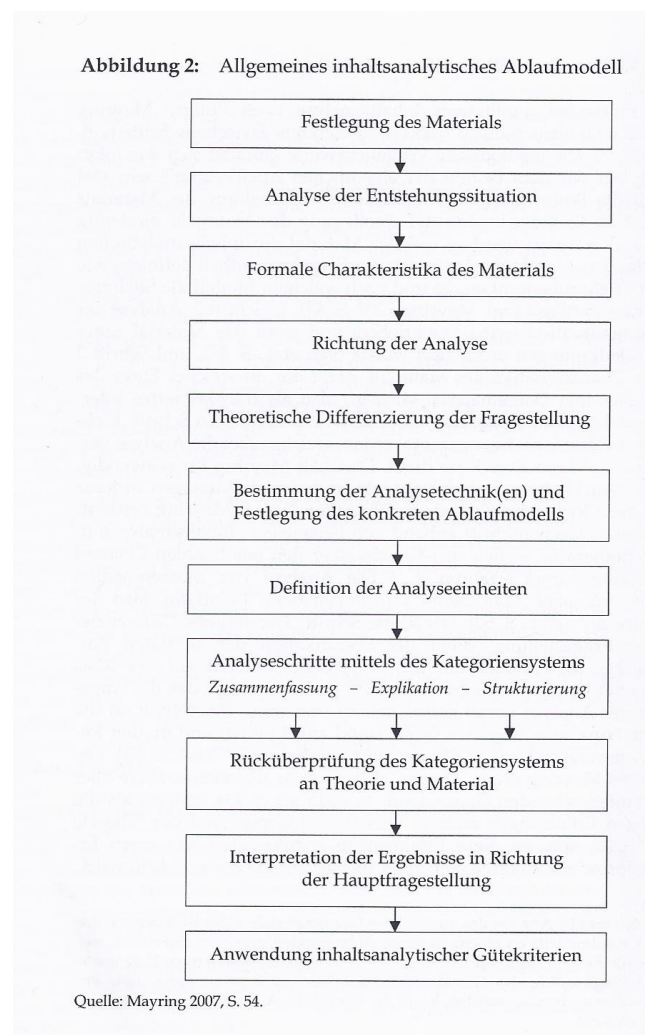


Abbildung 4: Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Steigleder 2008:822)

6.2.1 Festlegung des Materials

In Schritt 1 „Festlegung des Materials“ muss eindeutig geklärt und erläutert werden, welches Material der inhaltsanalytischen Auswertung zu Grunde liegt. Bei der vorliegenden Arbeit sind das die Transkripte der durchgeführten Interviews mit Ärzten.

6.2.2 Analyse der Entstehungssituation

In Schritt 2 „Analyse der Entstehungssituation“ wird beschrieben, von wem das Material unter welchen Bedingungen produziert wurde.

Die Ärzte wurden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Anfangs stellte Docfinder.at die Quelle der angesiedelten Ärzte dar. Zufällig ausgewählte Ärzte wurden per Telefon oder per Mail kontaktiert und auf ihre Bereitschaft, ein Interview zu geben, gefragt. Auf der anderen Seite wurden Ärzte von Freunden und Bekannten empfohlen und vermittelt.

Acht Interviews wurden im Arbeitsumfeld der Ärzte aufgezeichnet. Das heißt in deren Praxis oder im Krankenhaus. Drei Interviews wurden bei den Ärzten zu Hause durchgeführt und ein Interview in einem Café. Die Autorin merkte leichte Unterschiede insofern, dass Ärzte, die in ihrem Arbeitsumfeld das Interview gaben, eher die Arzt-Patienten-Haltung eingenommen haben, hingegen jene, die zu Hause oder im Café interviewt wurden, eher bereit waren, mehr persönliche Informationen preiszugeben, was am lockeren Ambiente liegen könnte. Jedoch schätzt die Verfasserin dieser Arbeit diese Unterschiede nicht als signifikant ein, da es in beiden Szenarien auch das gegengesetzte Muster gab.

Durchgeführt wurden die Interviews ausschließlich von der Autorin dieser Arbeit.

6.2.3 Formale Charakteristika des Materials

In Schritt 3 „Formale Charakteristika des Materials“ wird die Darstellungsform dargelegt, also ob es ein transkribiertes Interview, Protokoll oder ähnliches ist.

Wie bereits oben in der Arbeit erwähnt, wurden die Interviews transkribiert. Angewendet wurden teilweise die Zeichen der TiQ- Methode (Talk in Qualitative Social Research). (vgl. Przyborski 2010:164ff) Der Grund ist jener, dass die Autorin der Auffassung ist, dass durch diese Methode keine Wörter vom Originaltext durch automatische Korrekturen oder Anpassungen verloren gehen. Außerdem wurden

keine Satzzeichen angewendet um dem Text keine Wertung zu geben. Die folgende Graphik zeigt jene Zeichen, die beim Transkribieren angewendet wurden.

L	Das "Häkchen" markiert den Beginn einer Überlappung bzw. den direkten Anschluss beim Sprecherwechsel.	oh=nee	Zwei oder mehr Worte, die wie eines gesprochen werden (Wortverschleifung)
(.)	Kurzes Absetzen, Zeiteinheiten knapp unter einer Sekunde.	ja:::	Dehnung von Lauten. Die Häufigkeit der Doppelpunkte entspricht der Länge der Dehnung.
(3)	Anzahl der Sekunden, die eine Pause dauert.	((hustet))	Kommentar bzw. Anmerkung zu parasprachlichen, nichtverbalen oder gesprächsexternen Ereignissen.
<u>nein</u>	Betonung	@nein@	Lachend gesprochene Äußerungen
Nein	Laut in Relation zur üblichen Lautstärke der Sprecherin/ des Sprechers	@(.)@	Kurzes Auflachen
brau-	Abbruch eines Wortes. So wird deutlich, dass man hier nicht einfach was vergessen hat.	@(3)@	Längeres Lachen mit Anzahl der Sekunden in Klammer.

Abbildung 5: Transkriptionszeichen (vgl. Przyborski 2010:166)

In der Transkription selbst wurden alle Experten exakt zitiert, allerdings die Fragen der Interviewerin an die Schrift angepasst. Die zustimmenden Äußerungen der Interviewerin, wie „mhm“, wurden aufgrund der leichteren Leserlichkeit weggelassen.

6.2.4 Richtung der Analyse

Schritt 4 „Richtung der Analyse“ soll darstellen, welches Ziel die Analyse verfolgt bzw. welchem Zweck sie dient. (vgl. Steigleder 2008:23)

Ziel der Analyse ist die Beantwortung der Forschungsfragen, welche aufklären sollen, welche Variablen die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem E-Patienten beeinflussen.

6.2.5 Theoretische Differenzierung der Fragestellung

„Der fünfte Schritt „Theoretische Differenzierung der Fragestellung“ dient der Spezifikation der zentralen Forschungsfrage im Hinblick auf das empirische Material auf Basis theoretischer Vorüberlegungen.“ (Steigleder 2008:23)

Hier wird auf Punkt 5, Forschungsfragen, verwiesen.

6.2.6 Analysetechnik und Ablaufmodell

Im Schritt 6 wird die Analysetechnik bestimmt und das zu einem konkrete Ablaufmodell führt. Hier wird auch eine Entscheidung für oder gegen eine Kombination von Auswertungstechniken getroffen.

Nachdem das Kategoriensystem aufgrund der Theorie und der Empirie entwickelt wurde, wird das gesamte Material, alle Interviews in dieses Kategoriensystem eingeordnet und die jeweilige Kategorie jedes Interviews extra zusammengefasst und generalisiert. Zum Schluss werden dann nacheinander die einzelnen Kategorien verglichen und interpretiert.

6.2.7 Definition der Analyseeinheit

In Punkt 7 werden die Analyseeinheiten definiert, das heißt, die Kodiereinheit, die Kontexteinheit und die Auswertungseinheit müssen festgelegt werden. (vgl. Steigleder 2008:23ff) Zuerst werden die Analyseeinheiten festgelegt. Im nachfolgenden Kategoriensystem soll die Kodiereinheit, welche festlegt, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf, die Kontexteinheit, die den größten Textbestandteil festlegt und die Auswertungseinheit, die festlegt welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden, spezifiziert werden. (vgl. Mayring 2010:59)

Die Kodiereinheit der vorliegenden Arbeit ist eine Proposition. Die Kontexteinheit ist das gesamte Material des jeweiligen Interviews. Die Auswertungseinheit sind die Fundstellen des jeweiligen Erhebungszeitpunktes.

6.2.8 Entwicklung der Kategorien

Laut Mayring steht die Entwicklung der Kategorien „im Zentrum“, was mit Schritt 8 gemeint ist.

Das Kategoriensystem für die vorliegende Arbeit wurde im Hinblick auf die Forschungsfragen entwickelt. Nach dem Pre-Test wurde das Kategoriensystem erweitert und angepasst. Das finale Kategoriensystem, welches für die Auswertung angewendet wurde, ist nachstehend und im Anhand zu finden.

Kategorien für die Inhaltsanalyse nach Mayring

Version 2

	Schlagwort	Beschreibung
A	Dissonanz	
A1	G.I. Positiv	Gesundheitsinformationen sind eine Bereicherung für den Arzt und er empfängt vorinformierte Patienten mit offenen Armen.
A2	G.I. Negativ	Gesundheitsinformationen sind eine Belastung, da nur der Arzt allein über das nötige Fachwissen verfügt.
A3	Skeptizismus ggü. G.I.	Gesundheitsinformationen sind grundsätzlich gut, jedoch mit Vorsicht zu genießen, da viel Wissen falsch interpretiert werden kann.
A4	G.I. als Herausforderungen	Der Arzt ist der Auffassung, dass man nie auslernt und sucht deshalb selbst während oder nach einem Patientengespräch nach ihm unbekannte Informationen im Internet.
A5	G.I. weder gut noch schlecht	Steht den Informationen aus dem Internet neutral gegenüber, sieht diese als gegeben und versucht so gut wie möglich damit umzugehen.
B	Verständigungsorientierung	
B1	Verständlichkeit gegeben	Der Arzt versteht den Patienten und sein Anliegen auch wenn sprachlichen Barrieren vorliegen.
B2		Der Patient versteht den Arzt und seine Empfehlungen auch wenn sprachliche Barrieren vorliegen.
B3	Verständlichkeit nicht gegeben	Der Arzt versteht den Patienten und sein Anliegen aufgrund von sprachlichen Differenzen nicht.
B4		Der Patient versteht den Arzt und sein Empfehlungen aufgrund von sprachlichen Differenzen nicht.
B5	Wahrheit gegeben	Der Arzt hat das Gefühl, der Patient und er sprechen von den selben Dingen.
B6		Der Arzt hat das Gefühl, der Patient enthält ihm keine Informationen vor.
B7	Wahrheit nicht gegeben	Der Arzt hat das Gefühl, der Patient und er sprechen nicht von den selben Dingen.
B8		Der Arzt hat das Gefühl, der Patient enthält ihm Informationen vor.
B9	Wahrhaftigkeit gegeben	Der Patient legt offen, dass er nach Gesundheitsinformationen gesucht hat und dementsprechend vorinformiert ist.
B10	Wahrhaftigkeit nicht gegeben	Der Patient legt nicht offen, dass er sich vorinformiert hat und versucht eher die Empfehlungen vom Arzt zu diskutieren beziehungsweise in Frage zu stellen.
B11	Legitimität gegeben	Der Arzt findet es gut, dass Patienten sich im WWW schon zu Gesundheitsfragen informieren. Er sieht dies als Recht des mündigen Patienten.
B12	Legitimität nicht gegeben	Der Arzt findet es nicht gut, dass sich Patienten im WWW zu Gesundheitsfragen informieren. Er ist der Auffassung, dass studiertes Fachwissen nicht mit dem Wissen aus dem WWW vergleichbar ist

1

		beziehungsweise das Wissen aus des WWW nicht richtig von Laien interpretiert werden kann.
C	Theorie öffentlichen Vertrauens	
C1	Sachkompetenz gegeben	Der Arzt sieht den E-Patienten als mündige Person, der genügend Kompetenz besitzt nach Informationen zu suchen und diese auch richtig zu interpretieren.
C2	Sachkompetenz nicht gegeben	Der Arzt schreibt dem E-Patienten nicht genügend Interpretationsvermögen zu, um richtige von falschen Informationen unterscheiden zu können. Diese Funktion sollte der Patient nach Auffassung des Arztes ihm überlassen.
C3	Problemlösungskompetenz gegeben	Der Arzt geht mit vorinformierten Patienten quasi wie mit Kollegen um und geht auf die Wünsche und Forderungen des Patienten ein und diskutiert diese auch mit ihm.
C4	Problemlösungskompetenz nicht gegeben	Der Arzt sieht sein Fachwissen als unantastbar und ist deshalb der Auffassung, das Wissen und die damit verbundenen Forderungen des Patienten können nicht stimmen. Deshalb gibt es keine Diskussion um geforderte Behandlungen/Medikamente.
C5	Kommunikative Transparenz gegeben	Der Patient legt von Anfang an offen, dass er sich im Web vorinformiert hat und sich daraus schon eine Meinung gebildet hat.
C 6	Kommunikative Transparenz nicht gegeben	Der Patient informiert erst später im Gespräch, bei einer Diskussion oder ähnlichem, dass er sich bereits im Web vorinformiert hat und sich daraus bereits seine Meinung gebildet hat.
C7	Kommunikative Offenheit gegeben	Der Arzt ist der Auffassung, seine Patienten haben zu viel Respekt vor dem Berufsstand des Arztes und nehmen daher alle seine Ratschläge ernst.
C8		Der Arzt ist der Auffassung, dass es keine Patienten gibt, die Bestätigung für ihr recherchiertes Wissen haben wollen und in Wirklichkeit wenig Interesse an der Meinung des Arztes hatten.
C9	Kommunikative Offenheit ist nicht gegeben	Der Arzt ist der Auffassung, dass manche Patienten seine Ratschläge nicht richtig ernst nehmen.
C 10		Der Arzt ist der Auffassung, dass es Patienten gibt, die Bestätigung für ihr recherchiertes Wissen haben wollen und in Wirklichkeit wenig Interesse an der Meinung des Arztes hatten.
D	Zukunft des Arztes	
D1	Gesprächsführung - Änderung	Der Arzt muss an seiner Gesprächsführung was ändern, da Patienten womöglich schon mit Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten aus dem Web kommen und er dadurch eine andere Herangehensweise, z.B. mehr Aufklärungsarbeit an seinen Teil der Arbeit zu Tage legen muss.
D2	Gesprächsführung – keine Änderung	Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird so bleiben wie es ist, zuerst die Anamnese, dann die Diagnose.

2

D3	Web als Erleichterung	Die zukünftige Generation der Patienten ist um ein vielfaches webaffiner als die jetzige und kann dadurch auch besser richtige von falschen Informationen unterscheiden und wird dadurch eine Erleichterung für den Arzt.
D4	Web als vermehrte Anstrengung	Durch die größere Informiertheit der Patienten, auch mit Falschinformationen, muss der Arzt mehr Zeit für Gespräche aufwenden, da er vieles Richtigstellen und Erweitern muss was die Patienten schon wissen.
D5	Internet wichtig	Der Auftritt des Arztes im Internet wird zukünftig unabdingbar.
D6		Das Internet als Informationsquelle wird zukünftig wichtiger als es ohnehin schon ist.
D7	Internet gleich wichtig wie jetzt	Der Auftritt des Arztes im Internet wird zukünftig nicht wichtiger sein als heute.
D 8		Das Internet als Informationsquelle wird zukünftig gleich wichtig bleiben als heute.

6.2.9 Rücküberprüfung des Kategoriensystems

In Schritt 9 werden diese Kategorien im Wechselverhältnis zwischen der Theorie und dem konkreten Material entwickelt, „durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und rücküberprüft.“ Das Kategoriensystem befindet sich noch einmal im Anhang.

6.2.10 Interpretation der Ergebnisse in Richtung Hauptfragestellung

Nach Schritt 8 und 9 kann erst die Interpretation der Ergebnisse der empirischen Analyse in Richtung Hauptfragestellung erfolgen (Schritt 10). Aufgrund der Anzahl von elf Interviews hat die Autorin die Auswertung händisch, mit Hilfe von Notizen und Farbmarkierungen, durchgeführt.

Die genauen Ergebnisse hierzu sind in Kapitel 7 zu finden.

6.2.11 Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien

Zum Schluss, in Schritt 11, vollzieht sich die Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien, welche Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit) im Allgemeinen sind. Spezifisch legt Mayring in Anlehnung an Krippendorff folgende Gütekriterien fest: „Semantische Gültigkeit, Stichprobengültigkeit, Korrelative Gültigkeit, Vorhersagegültigkeit, Konstruktgültigkeit, Stabilität, Reproduzierbarkeit und Exaktheit“. (vgl. Steigleder 2008:25)

Reliabilität kann durch das Wesen der Arbeit und die Durchführung durch eine Person nicht verglichen werden. Jedoch kommt die Autorin beim wiederholten Einordnen der Transkriptionen in das Kateogoriensystem auf dieselben Ergebnisse.

Validität, welche hier dadurch gemessen wird, dass durch die gleichen Fragestellungen im Interview dieselben verwertbaren Antworten der Experten kommen, kommt in dieser Arbeit zu stande.

7 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt werden. Es wird systematisch vorgegangen und die Forschungsfragen der Reihe nach mit den Ergebnissen aus dem Kategoriensystem beantwortet. Hierbei wird auch versucht, jeweils Vergleiche der verschiedenen Gruppen anzustellen die sich naturgemäß ergeben. Differenziert wird durch Variablen die möglicherweise intervenieren können.

Als solche Variablen wurden festgelegt:

- Die Tätigkeitszeit des Arztes

Hier ergeben sich drei Gruppen, nämlich jene, die erst kurz tätig sind und noch ihren Turnus oder ihre Ausbildung fertig machen, jene die im Mittelfeld um die 10 Jahre tätig sind und jene die um die 30 Jahre tätig sind.

- Das Geschlecht

Hier soll untersucht werden ob es Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen gibt.

- Der Tätigkeitsbereich

Hier soll unterschieden werden, ob es sich um Ärzte handelt, die im Krankenhaus tätig sind, Ärzte die Fachärzte sind wobei hier eine Differenzierung zwischen den Wahlärzten und den Krankenkassenärzten zu machen ist und schlussendlich den Allgemeinmedizinerinnen die wiederum in Wahlärzte und Krankenkassenärzte zu unterscheiden sind. Aufgrund der vergleichsweise nur kleinen Anzahl der befragten Ärzte sind nicht alle Gruppen zur Genüge vertreten.

7.1 Kategorie A – Wahrnehmungsveränderung

FF 1: Erzeugen E-Patienten Dissonanz (psychisch unangenehm empfundene Situation) beim Arzt, was diesen dazu nötigt, diese zu reduzieren?

- a. Versucht der Arzt, Beispiele zu finden, wo Gesundheitsinformationen aus dem Internet mehr schädlich als nützlich waren (vielleicht anhand von Beispielen?)?
- b. Versucht der Arzt, sich auf Informationen aus der Fachliteratur (Fachbüchern, Tagungsmaterial, Fachartikel) zu stützen und „ignoriert“ somit das Informationsangebot für den E-Patienten aus dem Web?

- c. Versucht der Arzt, sich auf Erfahrungen zu stützen und „ignoriert“ somit das Informationsangebot für den E-Patienten aus dem Web?
- d. Begibt sich der Arzt ebenfalls auf die Suche nach relevanten Internetseiten, um so kompetenter im Umgang mit internetbasierter Information zu sein und dem E-Patienten kompetenter gegenüberzutreten zu können?

Im Allgemeinen gesagt sind vier Ärzte negativ gegenüber vorinformierten Patienten eingestellt und fünf Ärzte begrüßen es, wenn vorinformierte Patienten kommen. Man muss an dieser Stelle auch erwähnen, dass es nur eine einzige Ärztin gegeben hat, die eindeutig in die Kategorie „positiv“ eingeordnet werden konnte. Die restlichen zehn Ärzte konnten mehreren Kategorien zugeordnet werden. So gibt es eine Ärztin und einen Arzt, die nicht in „positiv“ oder „negativ“ zugeordnet werden konnten, sondern sehr skeptisch den E-Patienten gegenüberstehen.

Bei jenen Ärzten, die den vorinformierten Patienten negativ gegenüber stehen, sind zwei weiblich und beide am Anfang ihrer Arztlaufbahn und im Krankenhaus tätig. Einer der männlichen Ärzte, die negativ eingestellt sind, ist im Mittelfeld seiner Arztlaufbahn und Wahlarzt und der andere ist Krankenkassenarzt und bereits über 30 Jahre als Arzt tätig. Beide sind im Bereich der Allgemeinmedizin angesiedelt. Hier ist kein Zusammenhang zwischen Tätigkeitszeit, Geschlecht und Tätigkeitsbereich erkenntlich. Ausgedrückt hat sich diese Ablehnung durch Sätze wie

„es ist ja nur ein Halbwissen was sie da mitbringen ja beziehungsweise so eine so dahingeleseene Sache ausm Internet und da kommen sie her werfen irgendwelche Wörter hin die sie nicht einmal aussprechen können“ (Ärztin 7: Zeile 31-34)

oder

„ja dafür muss man trotzdem obwohls das Internet gibt ah::: sollte man studiert haben weil das Internet ist billig ja:: jeder kann was ins Internet stellen ja u::nd die wenigsten Leute machen sich die die Mühe die Quelle zu hinterfragen“ (Arzt 1: Zeile 24-26)

Es gibt auch Ärzte, die sich auf eher noch auf ihre Bücher verlassen als:

„Also mit einem Patienten gemeinsam hab i no nie auf die Seiten gschaut aber (.) also wirklich nachschaun irgendwelche Dinge tu ich eher in meinen Büchern also jetzt

net irgendwie in so (.) also i gibts jetzt net unbedingt auf Google ein“ (Arzt 10: Zeile 127-129)

Auch durch Sprache bringt eine Ärztin zum Ausdruck, wie sie dem E-Patienten klar macht, das sie jene ist, die studiert hat uns somit ihr Wissen über seinem steht:

„ja ahm eine Taktik ist niederreden wirklich soviel reden dass dann gewisse ah Informationen einfach so ankommen dass dann keine Fragen mehr entstehen ja weil das schlimmste ist wenn der Arzt selber unsicher ist und nicht quasi dagegen halten kann (.) also meistens wird dann eh eingesehen das das man schon weiß wovon man redet“. (Ärztin 7: Zeile 179-182)

Mit dieser Kategorie lassen sich die Unterforschungsfragen b) und c) beantworten. Ein eher geringerer Anteil der Ärzte, nämlich rund 36%, stützen sich mehr auf Fachliteratur und Erfahrungen und ignorieren somit das Wissen aus dem Netz.

Jener Punkt, der den Großteil der befragten Ärzte eint ist jener, dass neun der elf Befragten das Internet als Herausforderung sehen. Vier davon sind weiblich und fünf männlich was angesichts der ungeraden Zahl an Befragten einen Ausgleich darstellt. Die Ärztinnen sehen das Internet vor allem als Erleichterung für sie selbst, da sie schnell und unkompliziert zu den gesuchten Informationen kommen. Auch wenn Patienten mit für sie unbekannten Informationen kommen, ist es für sie eine Möglichkeit während oder nach dem Gespräch nach den jeweiligen Informationen zu suchen und so besser mit den Patienten diskutieren zu können. Deutlich machte dies Ärztin 5:

„aber das kommt schon vor das ich das ich dann nachher schau und und wenn ich wenn ich sozusagen den Entschluss fasse, das schau ich mir jetzt aber an ahm dann bestell ich ich mein das tut man sowieso meistens den Patienten wieder bestellen und dann schau ichs also das kommt schon vor das ich dann selber auch dort in die Richtung a bissl recherchier damit ich auch i=wie weiß was wo steht und und ähm damit man halt nächstes Mal darüber reden kann“. (Ärztin 5: Zeile 164-169)

Die Ärzte haben diesbezüglich ähnliche Meinungen wie die Ärztinnen. Sie verwenden das Internet gerne selbst um schnell gewünschte Informationen wie zum Beispiel die Medikamentendosis nachzusehen oder um mit Patienten gemeinsam über deren gewünschte oder gefragte Informationen reden zu können. Als Beispiel ist die Aussage von Arzt 9 zu nennen:

„ja auch auch auch Medikamente ganz häufig net das die angeboten werden oder sonst irgendwas wo ich dann keine Ahnung habe was da wirklich drinnen ist und dann schau ma“ (Arzt 9: Zeile 84-86)

Durch diese Kategorie lässt sich die Unterforschungsfrage d) beantworten. Prozentuell ausgedrückt sind das rund 82% der Befragten, die sich ebenfalls auf die Suche im Netz begeben, um somit ihren Patienten kompetenter gegenüberzutreten zu können und so auch besser auf sie eingehen zu können.

Insgesamt acht der befragten Ärzte sind gegenüber dem E-Patienten beziehungsweise den Informationen aus dem Internet skeptisch. Dies scheint eine männerdominierte Ansicht zu sein, da alle männlichen Ärzte diese Meinung vertreten und nur zwei weiblich sind. Die Ärztinnen sind beide um die 30 Jahre tätig und Allgemeinmedizinerinnen. Alle Ärzte dieser Kategorie sind sich einig, dass jene Patienten, die sich im Web informieren, im Allgemeinen sehr verunsichert sind. Sie können laut den Ärzten oft die Informationen nicht richtig zuordnen, müssen sich oft Horrorszenarien im Netz stellen, was natürlich Ängste schürt und brauchen zusätzlich noch mehr Zeit, um alle Fragen, die sich durch die Suche aufgetan haben, beantwortet zu bekommen. Auch das subjektive Suchverhalten hat großen Einfluss laut dem Arzt 9:

„Problematisch (.) ah kommt natürlich wie immer in Kontakt mitm Internet auf die Seriosität der Seiten an ahm (.) die Problematik liegt darin eben wenn's nur seriöse Seiten san dann is eh ok des is amol des eine des zweite is das man als Laie im Internet für jede Verhaltensweise die man gerne hätte (.) sprich wenn man einen Tumor hat tun oder nix tun find i genug Beweise das das eine oder das andere richtig ist“. (Arzt 9: Zeile 9-13)

Außerdem ist die Glaubwürdigkeit der Quelle oft ein Problem:

„das muss man halt ah wie soll ma sagen zwiespältig sehen äh nachdem ma ja beim Internet oft wirklich net weiß wo die Quelle is und wer's hinein stellt ins Netz hat ma natürlich auch nicht so wirklich die Kontrolle über die Qualität (.) der Inhalte nã (.) es gibt es gibt auch zuverlässige“ (Ärztin 5: Zeile 9-12).

Die meisten Ärzte sehen es jedoch als ihre Aufgabe, unwahre Informationen aufzudecken und zu berichtigen:

„Naja das ist dann sein Problem nje das gibt's natürlich auch das hier dann große Ängste sind weil sie sich dann das Negative oder weil sie's nicht verstehen und das

halt dann herauspicken ich mein dazu bin ich dann da um das ins rechte Lot zu rücken“ (Ärztin 6: Zeile 16-18).

Die Unterforschungsfrage a) lässt sich durch diese Kategorie beantworten. Die rund 73% der befragten Ärzte sind zwar nicht absolut gegen E-Patienten, jedoch stehen sie dem Ganzen sehr skeptisch gegenüber. Sie sind der Ansicht, dass durch Ängste und Unwissenheit das Wohlbefinden des sonst eher ahnungslosen Patienten unnötig aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Konkretes Beispiel hat hier Arzt 10:

„die bei denen es ab und zu vorkommt san unsere onkologischen Patienten ah:::m::: die si net operieren lassen wollen di::e ka Chemotherapie oder Bestrahlung haben wollen konkret haben wir da vor Kurzem einen Patienten ghabt der dann ah:: i weiß net wo er hingangen is zu irgendeinem Alternativmediziner i glaub in in Asien oder irgendwo der war primär do mit einem ziemlich kleinen Karzinom das man gut rezizieren hätte können damals und dadurch das er dort hingefahren ist hot er holt sehr viel Zeit verloren u::nd dann hot des aber nicht gefruchtet und dann is eben wieder gekommen mit einer deutlich schlechteren Prognose“. (Arzt 10: Zeile 70-77)

Jene fünf Ärzte, die den E-Patienten positiv gegenüberstehen, sind ebenfalls gleichmäßig verteilt. So sind es zwei Ärztinnen, wobei eine Ärztin sonst keiner Kategorie zuordenbar ist und somit eindeutig positiv und drei Ärzte. Alle fünf Ärzte sind von der Tätigkeitszeit her eher in der mittleren oder langen Tätigkeitszeit einzuordnen. Keine der Befragten, die am Anfang ihrer Arztlaufbahn stehen, stehen dem vorinformierten Patienten positiv gegenüber. Zwei der Ärzte sind im Krankenhaus tätig, zwei als niedergelassene Allgemeinmediziner und ein niedergelassener Facharzt. Somit ist im Tätigkeitsbereich kein eindeutiger Trend zu erkennen. Alle genannten Ärzten sind sich in diesem Punkt einig, dass es einfacher ist, mit vorinformierten Patienten zu arbeiten, da diese sich zum einen schon mit ihrem Problem auseinandergesetzt haben und somit dem Arzt konkreter ihre Beschwerden beschreiben können. Auf der anderen Seite ermöglicht die Vorinformiertheit dem Arzt, eine leichtere Diskussion beziehungsweise macht es ihm leichter, die falschen Informationen richtig zu stellen. Verdeutlicht wird dies durch Aussagen wie

„es ist ja auch schon mal ein Zeichen das er das er ein Problem für sich klarstellt indem er's formuliert er muss ja an Suchbegriff eingeben [...]wo's ein anderer Zustand is als wenn einer zum Arzt geht und sagt es geht mir schlecht net also mit es geht mir schlecht wird er im Internet net weiter kommen“ (Arzt 8: Zeile 99-100 + 103-105)

und

„ich kann besser erklären warum's Unsinn ist wenn ich eine konkrete Fragestellung krieg“ (Ärztin 4: Zeile 14-15).

Auch das es leichter ist, mit vorinformierten Patienten zu diskutieren, zeigt folgende Passage:

„wenn a jemand Galle operiert wird und der hat schon nachgeschaut was für Möglichkeiten gibt und dann kann man auf der Basis schon diskutieren“ (Ärztin 6: Zeile 11-13)

7.1.1 Interpretation zur Forschungsfrage 1:

Grundsätzlich stellt der E-Patient in der Tat einen Patienten dar, der in den meisten Fällen anders zu behandeln ist als jene, die sich nicht über das Internet vorinformieren. Für die meisten der befragten Ärzte scheint es so zu sein, dass diese Patienten durchaus Dissonanz erzeugen. Sie stellen sich jedoch nicht komplett quer, wenn es um E-Patienten geht, das heißt, sie stützen sich größtenteils nicht auf Fachliteratur und Erfahrungen und verpönen somit den E-Patienten. So hält sich jener Anteil jener, die sich des „Environmental Cognitive Element“ (Schenk 2007: 151) bedienen, nur gering bei rund 36%. Nur eine Ärztin hat ihre Verhaltenskomponente verändert, indem sie ihre Patienten einfach so lange zutextet bis diese ihrer Ansicht nach einlenken und somit klar war wer hier über studiertes Wissen verfügt. (vgl. Schenk 2007: 151) Viele empfinden die Situation trotzdem als unangenehm und so versuchen doch 8 der 11 Befragten, die Nachteile des Internets in den Vordergrund zu stellen. Mögliche Argumente hierfür sind:

- die Unsicherheit der Quellen;
- dass, wenn man sich nicht auskennt, man die Fülle der Informationen nicht verarbeiten kann;
- dass viele Patienten unnötig Ängste schüren, weil sie die Häufigkeit und Ausprägung gewisser Symptome nicht zuordnen können

Die Ärzte verweisen darauf, dass der Arzt, nach den vorhin genannten Gründen warum das Internet wenig bis keinen Vorteil für den Patienten bringt beziehungsweise auch viel Schaden anrichten kann, sehr wichtig ist um Aufklärung zu leisten. Hier stellen die Ärzte ihre Kompetenz und ihr Urteilsvermögen über die der Patienten, da sie auf der einen Seite beschreiben, wie das Netz eigentlich nur eine Belastung für den Patienten darstellt und auf der anderen Seite ihre Wichtigkeit gegenüber dem Netz verdeutlichen.

Die meisten der befragten Ärzte, nämlich 9 von 11, begeben sich selbst ins Netz, um entweder für sich oder um mit dem Patienten über seine Ergebnisse kompetent sprechen zu können. Sie sehen dies auch als eine Möglichkeit, um den Patienten zu verdeutlichen, was Unsinn ist und was als verwertbare Information dient. Außerdem haben Ärzte oft, vor allem am Anfang, ein Unbehagen, wenn Patienten recht kompetent kommen und sie selbst noch nicht sicher in ihrem Wissen sind.

Als Fazit kann hier also festgehalten werden, dass E-Patienten beim Großteil der Ärzte, nämlich 10 von 11 eine psychisch unangenehme Situation empfinden, welche sie durch die Veränderung ihres Denkens, zum Beispiel durch Hervorhebung der Wichtigkeit des Arztes oder Aufholung des Informationsdefizites durch Selbstrecherche, ausgleichen wollen.

7.2 Kategorie B – Verständigungsorientierung

FF 2: Kommt Verständigung zwischen Arzt und E-Patient im eigentlichen Sinne zu Stande?

- a. Gibt es Situationen, in denen der Arzt den Patienten aufgrund von Sprache nach Volkszugehörigkeit, Sprache durch Zugehörigkeit von anderen Berufen oder durch Sprache aufgrund sozialer Bildungsschicht nicht versteht?
- b. Gibt es Situationen, in denen der Patient den Arzt aufgrund von Wortwahl und Ausführungen nicht versteht?
- c. Gibt es Situationen, in denen der Arzt den Patienten aufgrund von Wortwahl und Ausführungen nicht versteht?
- d. Ist der Arzt der Auffassung, die Fakten des E-Patienten stimmen nicht?

- e. Ist der Arzt gegenüber dem Patienten misstrauisch, da dieser ihn mit seiner Auffassung nach zweifelhaften Informationen aus dem Internet konfrontiert?
- f. Ist es angemessen, wenn der Patient sich im Internet informiert?

Verständlichkeit scheint bei allen elf befragten Ärzten zustande zu kommen. Die Ärzte versuchen alle Möglichkeiten, um den Patienten und sein Anliegen so gut wie möglich zu verstehen. Insgesamt drei Ärztinnen und ein Arzt gaben an, sich durch Gestiken besser zu verständigen beziehungsweise die Patienten besser verstehen zu können, so auch Ärztin 5:

„da versuch ich einfach nachzufragen also man kann halt auch ah:: auch mit mit mit geringen Mitteln oder halt mit Händen und Füßen zum Teil wirklich schon“ (Ärztin 5: Zeile 59-60).

Sehr oft werden auch Dolmetscher oder Verwandte, 7 von 11 Ärzten holen im Fall des Falles diese Hilfe zur Anamnese hinzu, um so zu gewährleisten, dass das Richtige verstanden wird, so auch Arzt 3:

„Dann hol ich mir nach Möglichkeit einen Dolmetscher“ (Arzt 3: Zeile 44).

Notfalls bedient sich zum Beispiel Arzt 9 elektronischer Wörterbücher, damit ein Verstehen beiderseits zustande kommt. (vgl. Arzt 9: Zeile 71-73) Arzt 1 hat hierzu einen energischeren Zugang:

„Na (.) na (.) also (.) ich geb nicht Ruhe bis ich verstanden hab was er meint“ (Arzt 1: Zeile 122).

Somit lässt sich die Unterforschungsfrage a) klar beantworten, dass es im normalen Arztalltag keine Situationen gibt, wo der Arzt den Patienten aufgrund von Sprache nach Volkszugehörigkeit, Sprache durch Zugehörigkeit von anderen Berufen oder Sprache nach Bildungsschicht nicht versteht. Falls der Arzt den Patienten nicht richtig verstehen kann, nimmt er sich Hilfsmittel wie zum Beispiel Dolmetscher, damit Verständlichkeit zustande kommt.

Die Unterforschungsfrage b) lässt sich leider mangels Informationen nicht beantworten. Insgesamt haben nur ein Arzt und eine Ärztin in den Interviews Auskunft darüber gegeben, was natürlich nicht aussagekräftig ist. Seine Antwort hierzu ist:

„also ich frag auch so lange nach bis sies verstanden haben [...] genau diese Art von Medizin mach ich will genau Zeit haben mit meinen Patienten zu redn:: des meinen Patienten erklärlich zu machen ich unterricht gerne also ich bin:: ich unterrichte andere Ärzte u::unterrichte Anatomie und:: wenn ich einen Patienten hab dann unterricht ich ihn genauso“. (Arzt 1: Zeile 126 + 129-132)

Er ist also bemüht, den Patienten alles so verständlich zu machen, dass sie gut damit umgehen können. Die Ärztin hat in diesem Zusammenhang an Patienten mit anderer Sprache gedacht und gesagt, dass sie sich in den meisten Fällen einen Dolmetscher hinzuholt, damit die Patienten sie auch gut verstehen können. (vgl. Ärztin 7: Zeile 78-79)

Wenn Patienten ihre Symptome nicht richtig beschreiben können, beziehungsweise sich nicht richtig artikulieren können, sind nicht alle Ärzte bereit, Verständlichkeit zu erzeugen. So gibt es einen Arzt und eine Ärztin, bei denen Verständlichkeit nicht zustande kommt. So sagt zum Beispiel Arzt 3:

„Dann kriegt er Schmerztherapien und fertig“ (Arzt 3: Zeile 50)

Ärztin 11 legt hier ähnliches Handeln zu Tage:

„Jo:: muss ma halt genau hinschaun auf die Region wo er weh hat oder nachfragen amol eine Therapie probieren eine Milde vielleicht“ (Ärztin 11: Zeile 68-70)

Bei Ärztin 11 ist jedoch hinzuzufügen, dass sie dies nur als Ersthilfe durchführt und dann weitere Verfahren wie Röntgenbilder, Blutabnahme und Ähnliches anordnet, um so dem Problem auf den Grund gehen zu können. Beide Ärzte sind im Krankenhaus tätig. Dieses Verfahren, nämlich Röntgenbilder anzuordnen, Blut abzunehmen,... scheinen doch sehr viele Ärzte als quasi Hilfsmittel zu verwenden. Drei Ärztinnen und drei Ärzte sehen dies als eine Möglichkeit, um bei Kommunikationsschwierigkeiten trotzdem den Patienten so gut wie möglich helfen zu können. Arzt 10 und Ärztin 6 sind sich einig, dass die Anamnese bei Personen, die

sich schwer ausdrücken können, länger dauert, aber auch als ihre Aufgabe, den Beschwerden der Patienten auf den Grund zu gehen. Ein mögliches Gespräch könnte dann so ablaufen, wie Ärztin 6 dies beschreibt:

„ich sag wie tut der Kopf weh wann seit wann (.) wann beginnts stehen Sie schon damit auf des is Sache des so wie sie des Interviewers is so das ist die Anamnese das is (.) das ist aber an der Tagesordnung das die Leute und ich muss auch das die Leute eben ihre ah Beschwerden nicht artikulieren sondern (.) jo es tut halt weh zum Beispiel häufig ah die Frage nach welche Art von Schmerz das ist ja ganz wichtig ah weil da kann man zuordnen ist es ein inneres Organ oder ist es eben die Brustwand zum Beispiel“ (Ärztin 6: Zeile 115-121)

Auf einen interessanten Punkt weist zum Beispiel Arzt 8 hin, nämlich, dass es im Laufe seiner Arztlaufbahn eine Veränderung der Sprache gegeben hat, was er auch auf die Kommunikation über neue Medien rückschließt:

„ja es ist auch so das die Sprache sich verändert es ist das artikulieren so wie ich's noch gelernt hab in meiner schon langen über dreißig Jahre bestehenden Arztbahn laubahn anders geworden und die jungen Leute artikulieren sich anders weil sie andere Sprache übers Netz auch kennengelernt haben“ (Arzt 8: Zeile 151-155).

Dies sieht er ebenfalls als neue Herausforderung, die das Web mit sich gebracht hat.

Somit lässt sich die Unterforschungsfrage c) zwar mit „ja“ beantworten, es gibt Situationen, bei denen der Arzt den Patienten aufgrund seiner Wortwahl, seines Ausdrucks oder seiner mangelnden Beschreibung des Problems nicht versteht, jedoch dann durch unterschiedliche Methoden trotzdem dem Patienten helfen kann. Wie bereits oben erwähnt, gibt es nur zwei Ärzte, die zuerst probieren, bevor sie dem Problem auf den Grund gehen. Die restlichen neun Ärzte versuchen via Anamnese und Befunden den Beschwerden des Patienten zu gut wie möglich auf den Grund zu gehen bevor sie mit einer Behandlung beginnen.

Zwei Ärzte konnten nicht in die Kategorie der „Wahrheit“ eingeordnet werden und fallen deshalb aus der Analyse raus. Von den verbleibenden neun Ärzten hatten fünf schon einmal das Gefühl, dass Patienten nicht vom gleichen gesprochen haben, als sie. Im Laufe des Gesprächs haben jedoch alle Ärzte versucht die Patienten wieder auf die gleiche Linie zu lenken als die von der sie gesprochen haben.

Ärztin 6, Ärztin 7 und Arzt 2 hatten immer das Gefühl, dass sie und die Patienten vom Selben sprechen. Eine gelungene Diskussion kann nur dann fruchten, wenn beide Parteien über das Selbe sprechen. Arzt 2 ist der Auffassung, dass es viele Wege der Behandlung gibt und wenn man darüber diskutiert, kann es eben auch mehrere „Wahrheiten“ geben. (vgl. Arzt 2: Zeile 110-126) Ärztin 6 hat nicht das Gefühl, dass dem Internet so viel Wertigkeit zugeschrieben wird, dass ihm mehr geglaubt wird als dem Arzt. Sie ist der Auffassung, dass Patienten sofort von ihrem vorgefertigten Bild abweichen, wenn in dem Fall die Ärztin von etwas anderem spricht. (vgl. Ärztin 6: Zeile 181-188) Dass Patienten die Grundproblematik ihres Problems mittels Internet ganz gut erforschen können, stellt Ärztin 7 nicht in Frage, bei der Diagnose weichen die meisten jedoch von dem ab, was der Realität entspricht. Ihre Aussage dazu ist:

„das sie gewisse Fehlinformationen einholen das schon aber die Symptome mit denen sie kommen die beziehen sich schon meistens auf das selbe Organ eigentlich (.) die sind da schon ganz wiff (.) kommen da schon mit gewissen Vorstellungen also auch mit gewissen Vorinformationen die sich also ich hab die Erfahrung gemacht das sich das ahm:: eigentlich schon mehrheitlich gedeckt hat zumindest was was ah die Grundproblematik ah was die Grundproblematik betrifft“ (Ärztin 7: Zeile 149-154).

Zur Frage, ob Ärzte das Gefühl haben, dass Patienten Ihnen manchmal Informationen vorenthalten, konnten nur zwei Ärzte eine verwertbare Antwort geben. Ärztin 6 glaubt nicht, dass ihre Patienten ihr irgendwelche Informationen vorenthalten. Sie sagt sogar, dass Patienten sie per Telefon kontaktieren um Fragen abzuklären und die Ärztin über alle Vorgänge, die die Gesundheit der Patienten betreffen, zu informieren. (vgl. Ärztin 6: Zeile 146- 157) Arzt 9 hat hier ganz andere Erfahrungen gemacht. Er berichtet, dass er in Gesprächen vor allem mit E-Patienten oft merkt, dass diese sich verändern.

„Jojo:: ah solange ma einer Meinung san merkt ma nix aber wenn ich ah:: (.) demjenigen der sich informiert hat und der mir noch nicht gsagt hat das er sich informiert hat (.) etwas erklär oder erzähl und i merk mhm i was jetzt garnet wie ich's sogn soll (.) er verweigert langsam a bissl er wird immer langsam a bissl zurückhaltender oder so dann merk i scho dass i jetzt eigentlich net mehr des sog wos er si denkt das lernt man aber einfach nur im Laufe der Jahre und dann frag oft nach hobns a andere Meinung oder habens irgendwas andres ghört und so geht's meistens aber ma ma spürt dann meistens das der sagen ma so in a Abwehrhaltung zurück geht sogen wir amal so“ (Arzt 9: Zeile 134-141)

E-Patienten gehen demnach in eine Abwehrhaltung anstatt dem Arzt zu berichten, dass sie sich informiert haben oder über Informationen verfügen, die nicht der Ansicht des Arztes entsprechen.

Insgesamt fünf der neun Ärzte haben schon die Erfahrung gemacht, dass der Patient und er nicht von denselben Dingen gesprochen hat. Ärztin 4 hat dies ganz plakativ beschrieben:

„ja selbstverständlich kommt vor ja ahm:: ((hach)) ahm:: Nagel statt Platte irgendwelche Zugurtungen statt Nagel oder Zugurtungen statt Platte (.) ja natürlich“ (Ärztin 4: Zeile 100-102).

Im speziellen Hinblick auf den E-Patienten kommt es laut den restlichen vor allem dann zu Verschiebungen, wenn Patienten nicht offen legen, dass sie sich bereits informiert haben. Oft kommen dann Aussagen der Erleichterung von Patienten, wenn der Arzt das Gespräch dann in eine andere Richtung lenkt, als diese bereits recherchiert haben. (vgl. Ärztin 5: Zeile 128-134) Alle vier Ärzte, wovon hier das Geschlecht gleichermaßen aufgeteilt ist, sehen es als ihre Aufgabe nachzufragen, wenn sie das Gefühl haben die Patienten haben eine andere Meinung oder die Informationen aus dem Netz einfach aufzuklären und verständlich zu machen. Arzt 10 beschreibt diese Situation so:

„Jo des kommt schon vor (.) aber des is a was wo ma dann eh relativ schnell darauf eingehen muss und sagen muss oder beziehungsweise die Leut rücken dann in den meisten Fällen zumindest eh relativ schnell raus oder sonst muss ma halt nachfragen ahm:: was glaubens halt was haben“. (Arzt 10: Zeile 97-100)

Die Unterforschungsfrage d) lässt sich nun beantworten. Ein Drittel der Ärzte, die in diese Kategorie eingeordnet wurden, hat grundsätzlich das Gefühl, dass die Patienten und sie immer von denselben Dingen sprechen beziehungsweise ihnen keine Informationen vorenthalten. Die restlichen sechs Ärzte hatten schon einmal das Gefühl, das Arzt und Patient von anderen Dingen sprechen beziehungsweise das Patienten ihnen Informationen vorenthalten. Alle Ärzte sind jedoch, sobald sie dieses Gefühl hatten, auf den Patienten eingegangen, haben ihn mit ihrem Gefühl konfrontiert und sind so dann schlussendlich auch auf eine Lösung gekommen. Man kann hier also festhalten, dass Ärzte sowohl das Gefühl hatten, dass die Fakten des

Patienten nicht stimmten, da diese ihnen Informationen vorenthalten hatten, jedoch alle auf diesen Umstand reagierten und das Wissen des Patienten auf den selben Stand brachten wie ihren beziehungsweise die Richtung des Gesprächs in eine gemeinsame änderten.

Sieben der neun befragten Ärzte, die in die Kategorie „Wahrhaftigkeit“ eingeordnet werden konnten, geben an, dass ihre Patienten ihnen offen legen, dass Sie bereits nach Gesundheitsinformationen gesucht haben und dementsprechend vorinformiert sind. Drei der Ärztinnen und vier der Ärzte sind dieser Auffassung, jeweils gibt es einen Arzt, wo die Patienten dies nicht offen legen und jeweils einen Arzt, der nicht in die Kategorie eingeordnet werden konnte. Somit ist ein Gleichstand beim Geschlecht zu vermerken.

Der typische Satz, den die Ärzte erwähnt haben, scheint in diesem Zusammenhang

„ich hab mich im Internet schon ein bisschen schlau gemacht“ (Ärztin 5: Zeile 210)

beziehungsweise

„ich habe ein bisschen gegoogelt“ (Arzt 8: Zeile 53)

zu sein. Ein Arzt und eine Ärztin berichteten sogar davon, dass Patienten mit Ausdrucken aus dem Internet kommen und diese dann besprechen wollen. So Ärztin 6:

„das kommt auch öfters vor das wenn nach einem Gespräch das dann der Patient was nachschaut und dann sagt ich hab Ihnen das mitgebracht dann krieg ich ein Packerl ausgedruckte“ (Ärztin 6: Zeile 58-60)

Die Beobachtungen der Ärzte, bei denen die Patienten nicht offen legen, dass sie sich informiert haben, sind sehr interessant. So sprechen beide von einer Änderung im Gesprächsverlauf, welche sie wahrnehmen. So sagt zum Beispiel Ärztin 7:

„ich mein wenn man sich eine gewisse Vorinformation sich schon eingeholt hat dann ahm verläuft das Gespräch einfach anders ab ja weil sonst ist das immer so ein Gespräch das wo der Arzt redet und der Patient oder der Angehörige hört zu ja und andersrum ist schon dass dann immer wieder Einwände kommen oder ahm so

Halbfachinformationen kommen die in einer Frage verpackt sind oder so“. (Ärztin 7: Zeile 162-166)

Auch der Arzt 9 hat ähnliche Erfahrungen gemacht:

„wenn ich ah:: (.) demjenigen der sich informiert hat und der mir noch nicht gsagt hat das er sich informiert hat (.) etwas erklär oder erzähl und i merk mhm i was jetzt garnet wie ich's sogn soll (.) er verweigert langsam a bissl er wird immer langsam a bissl zurückhaltender oder so dann merk i scho dass i jetzt eigentlich net mehr des sog wos er si denkt“ (Arzt 9: Zeile 134-138)

E-Patienten, die sich demnach informiert haben und dies nicht dem Arzt offen legen, verhalten sich anders. So werden sie entweder passiver und abwesender oder sie stellen viele Fragen, die sie nur stellen können, wenn sie sich schon vorinformiert haben. Die Ärztin ist im Krankenhaus tätig und am Anfang ihrer Arztlaufbahn und der Arzt ist niedergelassener Allgemeinmediziner und schon über 30 Jahre als Arzt tätig. Jene zwei Ärzte, die nicht in die Kategorie eingeordnet werden konnten, sind beide im mittleren Feld ihrer Arztlaufbahn und beide im Krankenhaus tätig. Aufgrund von Tätigkeitszeit und Tätigkeitsfeld lässt sich bei den letztgenannten vier Ärzten kein Zusammenhang feststellen.

Die Unterforschungsfrage e) kann an dieser Stelle nun beantwortet werden. Bei den meisten Ärzten, nämlich rund 78%, die sich in diese Kategorie einordnen lassen, kommt „Wahrhaftigkeit“ zustande. Sie sind ihren Patienten gegenüber nicht misstrauisch, da ihre Patienten ihnen immer offen legen, dass sie sich bereits informiert haben. Nur zwei der neun Ärzte entwickeln Misstrauen gegenüber ihren Patienten, da diese Fragen stellen, die sie nur wissen können, wenn sie sich schon informiert haben oder nicht mehr aktiv am Gespräch teilnehmen und somit der Arzt die Vermutung hat, dass der Patient sich schon anderswertig informiert hat und nicht mit der Meinung des Arztes übereinstimmt.

Insgesamt sechs der neun Ärzte, die sich in die Kategorie „Legitimität“ einordnen lassen, finden es als Recht des mündigen Patienten, sich im Internet zu Gesundheitsthemen zu informieren. Männer und Frauen sind hier gleichermaßen aufgeteilt, drei je Geschlecht. Aufgrund des Tätigkeitsfeldes und der Tätigkeitsdauer lässt sich hier kein Zusammenhang erkennen.

Die Begründungen, warum Ärzte es für gut halten, dass sich Patienten informieren, gestalten sich sehr unterschiedlich. So gibt es Ärzte wie Ärztin 11:

„prinzipiell also wenns wissen was sie fix haben so zu Zusatztherapien wo wärs klass wenns nachschauen würden und si a bissl besser weil da würd i mi dann a oft besser auskennen so mit mit weiß i net Physiotherapie was ma da selber machen kann oder ja so so Alltagstipps also das find i eh ganz super weil da find i kennen wir uns als Ärzte a net so gut aus“ (Ärztin 11: Zeile 128-132),

die also die Informationssuche dann gut halten, wenn sich Patienten zu Zusatztherapien und Präventionsmaßnahmen informieren, wo ihrer Meinung nach die Ärzte eher schlecht aufgestellt sind. Wie auch schon Horch 2012 heraus gefunden hat, wird von E-Patienten zu Themen die sich nicht unmittelbar auf den Gesundheits- oder Krankheitszustand beziehen vergleichsweise nur sehr wenig gesucht. (vgl. Horch 2012:745) Andere Ärzte, wie Ärztin 6 sind von Grund auf begeistert, wenn E-Patienten kommen:

„ich finds sehr positiv weil ich Leute sehr ungern hab die absolut nicht über sich Bescheid wissen [...] also ich bin schon der Meinung das der Patient nach Möglichkeit mündig sein soll nit der glaubt er kriegt da irgend a Zauberei und (.) und auch die Grenzen die er kennt“. (Ärztin 6: Zeile 194-195 + 198-200)

Arzt 2 und Arzt 8 sehen in der Informationssuche eine Art Selbsttherapie, welche dem Patienten auch schon helfen kann. Arzt 2 hierzu:

„wie gesagt dass das Schlaumachen ein ah:: eine:: ein Versuch der der Selbsttherapie ist ich finde das gut und finde der Patient ist absolut ein mündiger Patient der ein Recht darauf hat ahm::: eine Aufklärung zu erfahren“ (Arzt 2: Zeile 240-243 + vgl. Arzt 8: Zeile 99-105).

Den einfachsten Zugang hierzu hat Arzt 3:

„freilich, man ist ja blöd wenn man's nicht macht ja. Man muss schon alle Sachen nutzen die einem zur Verfügung stehen ja“. (Arzt 3: Zeile 132-134)

Jene Ärzte, die es nicht für legitim halten, dass sich Patienten im Internet informieren, sind alle entweder am Anfang oder im mittleren Feld ihrer Arztlaufbahn und nicht, wie man womöglich erwarten könnte, dass sich jene Ärzte gegen die E-

Patienten stellen, die bereits sehr lange als Arzt tätig sind. Im Bereich des Tätigkeitsgebietes lässt sich kein Zusammenhang feststellen.

Arzt 1 und Ärztin 7 sind deshalb gegen die Informationssuche von Patienten im Internet, da beide sich in ihrer Funktion als Arzt bedroht fühlen. Ärztin 7 drückt dies so aus:

„es gibt schon Leute die dann glauben sie haben jetzt sie wissen jetzt wovon sie reden und äh:: das was der Arzt macht ist natürlich a Bledsinn“. (Ärztin 7: Zeile 174-176)

Arzt 1 formuliert diese Meinung so:

„ich will nicht wissen dass er mir die Diagnose gibt sondern ich hätt gern seine Beschwerden (.) fürs Diagnose stellen bin ich zuständig“ (Arzt 1: Zeile 22-24)

Arzt 10 fühlt sich jetzt nicht konkret selbst bedroht, sondern hat eher das Wohl des Patienten im Kopf und so meint er:

„In den meisten Fällen konkret is es eher negativ weil:: weil sie anfoch nur in den meisten Fällen san sie anfoch nur verunsichert durch des was sie da lesen die Hälfte verstehen sie dann oft teilweise a net (.) weil ah::: die anfochen Plattformen teilweise halt irgendwelche medizinischen Ausdrücke verwenden die die Leut dann net wirklich zuordnen können aber in den meisten Fällen sind die Leute verunsichert“. (Arzt 10: Zeile 38-42)

In der Frage nach dem, ob es angemessen ist, dass sich der Patient im Internet informiert, lässt sich die Unterforschungsfrage f) mit „ja“ beantworten. Zwei Drittel der Ärzte, die in dieses Kategorienschema eingeordnet werden konnten, sehen es als legitim an, dass sich Patienten informieren. Sie denken hier zum Wohl des Patienten, da diese sich zum Beispiel zu Zusatztherapien informieren können, in welchem Terrain Ärzte sich nicht so gut auskennen, oder das die einfache Suche schon eine Art Selbsttherapie sein kann.

7.2.1 Interpretation zur Forschungsfrage 2

Ganz allgemein lässt sich an dieser Stelle sagen, dass Verständigung zwischen dem Arzt und dem E-Patienten zu Stande kommt. Angesicht der Variablen

Verständlichkeit, Wahrheit, Wahrhaftigkeit und Legitimität kommen unterschiedliche Ausprägungen zum Vorschein, jedoch beim Großteil sind die Variablen alle vorhanden.

So kommt Verständlichkeit, im Sinne dass der Arzt den Patienten versteht zu 100% zu Stande. Ob der Patient den Arzt immer versteht, lässt sich mangels an Informationen nicht beantworten. Der Arzt versucht, wenn auch mit Hilfsmittel, so gut wie möglich den Patienten zu verstehen und auch dafür zu sorgen, dass der Patient ihn versteht.

Wahrheit, Wahrhaftigkeit und Legitimität konnten jeweils nur von 9 der 11 befragten Ärzte beantwortet werden. Arzt 3 konnte nicht in die Kategorien Wahrheit und Wahrhaftigkeit eingeordnet werden, Ärztin 4 konnte nicht in die Kategorien Wahrhaftigkeit und Legitimität eingeordnet werden, in die Kategorie Wahrheit konnte noch zusätzlich Arzt 1 und in die Kategorie Legitimität Arzt 9 nicht eingeordnet werden. Nachstehend geht es demnach nur um jene Ärzte, die in der Kategorie vorhanden sind.

Dass beide Parteien wissen, um was es geht und auch beide sich über dieselben Informationen unterhalten, soll mit dem Punkt Wahrheit untersucht werden. Insgesamt kommt man hier zum dem Ergebnis, dass ein Drittel der Ärzte der Auffassung ist, Patienten halten ihnen keine Informationen vor und spielen mit offenen Karten. Hier kommt Wahrheit ohne Umwege zu Stande. Zwei Drittel der Ärzte hatten schon einmal das Gefühl, dass Patienten ihnen Informationen vorenthalten und dadurch von etwas anderem gesprochen haben, als sie. Alle sechs Ärzte haben diesen Umstand jedoch erkannt und durch direktes Fragen oder Eingehen auf den Patienten herausgefunden, dass sich diese vorinformiert hatten und als Resultat nicht mit der Meinung des Arztes einverstanden waren. Durch ein aufklärendes Gespräch wurden dann jedoch alle Unklarheiten und Missverständnisse beseitigt, was im Endeffekt wieder zu „Wahrheit“ geführt hat. Als Ergebnis ist hier demnach festzuhalten, dass Wahrheit auch zu 100% zu Stande kommt.

Das Ärzte misstrauisch ihren Patienten gegenüber sind, da diese nicht offen legen, dass sie sich informiert haben oder zweifelhafte Informationen aus dem Netz mehr Glauben schenken als der Meinung des Arztes, kommt bei nur zwei der befragten Ärzte vor. Wobei ein Arzt den Patienten auf diesen Umstand anspricht und somit „Wahrhaftigkeit“ erzeugt. Die restlichen sieben berichten von typischen Sätzen wie „ich hab mich schon im Netz ein bisschen schlau gemacht“, womit der Patient offen legt, dass er sich informiert hat und auch darüber sprechen möchte. Die Ärzte sprechen zwar von einer Erschwerung, was das dem Umfang des Gespräches betrifft, gehen jedoch auf den Patienten ein womit „Wahrhaftigkeit“ zu Stande kommt. So kann man festhalten, dass bei rund 89% beziehungsweise 8 von 9 Ärzten „Wahrhaftigkeit“ gelingt.

Ein Drittel der befragten Ärzte halten es nicht für legitim, dass sich Patienten zu Gesundheitsthemen informieren. Zwei sehen sich in gewisser Weise bedroht, der andere hat das Wohlbefinden des Patienten, welches seiner Ansicht nach durch diese Informationsflut unnötig bedroht wird, im Auge. Die restlichen sechs Ärzte finden aus, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen, legitim, dass sich Patienten im Netz informieren. „Legitimität“ resultiert demnach bei zwei Drittel der befragten Ärzte, was rund 67% ausmacht. Beim Anspruch der Legitimität sind die positiven Ergebnisse also nicht so eindeutig wie bei den Ansprüchen Verständlichkeit, Wahrheit und Wahrhaftigkeit.

Nachdem alle Ansprüche positiv bewertet werden können, kommt Verständigung zwischen dem Arzt und dem E-Patienten zu Stande.

Jene Ärzte, wo nicht alle Ansprüche erfüllt werden können sind Arzt 1 und Arzt 10, die es nicht für legitim halten, dass sich Patienten informieren. Ärztin 7 kann die Ansprüche der Wahrhaftigkeit und der Legitimität nicht erfüllen, was zum Ergebnis hat, dass bei ihr Verständigung nicht zu Stande kommt. Man darf hier jedoch nicht vergessen, dass es Ärzte gegeben hat, die in gewisse Kategorien nicht eingeordnet werden konnten. So ist zusätzlich zum negativen Ergebnis beim Anspruch der Legitimität von Arzt 1 zu erwähnen, dass dieser auch nicht in die Kategorie Wahrheit eingeordnet werden konnte.

Wenn man also jene Ärzte aufzählt, die in alle Kategorien eingeordnet werden konnten und bei denen Verständigung im eigentlichen Sinne zu Stande kommt, dann

sind das Arzt 2, Ärztin 5, Ärztin 6, Arzt 8 und Ärztin 11, weniger als die Hälfte der befragten Ärzte. In der nachfolgenden Graphik soll dieses Ergebnis, welches nach der Interpretation entstand, verdeutlicht werden.

	Verständlichkeit	Wahrheit	Wahrhaftigkeit	Legitimität
1	+	x	+	-
2	+	+	+	+
3	+	x	x	+
4	+	+	x	x
5	+	+	+	+
6	+	+	+	+
7	+	+	-	-
8	+	+	+	+
9	+	+	+	x
10	+	+	+	-
11	+	+	+	+

Erklärung:	+	positiv
	-	negativ
	x	nicht eingeordnet

Abbildung 6: Ergebnisse der Verständigungsorientierung (eigene Grafik)

7.3 Kategorie C – Theorie öffentlichen Vertrauens

FF 3: Besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und dem E-Patienten?

- Schreibt der Arzt dem E-Patienten Sachkompetenz nach dessen Recherche zu?
- Gewinnt der Arzt den Eindruck, der E-Patient möchte ihn eher in seiner Kompetenz degradieren als nach einer Lösung seines gesundheitlichen Problems zu suchen?
- Besteht beim Arzt das Gefühl, der E-Patient möchte seine Quellen nicht angeben?
- Hat der Arzt den Eindruck, dass der E-Patient sein ganzes Wissen dem Arzt offen legt oder dass dieser recherchiertes Wissen für sich behält?

Auf die Frage, ob die Ärzte ihre Patienten als mündige Personen begreifen, die genügend Kompetenz besitzen, um nach Informationen im Netz zu suchen und diese

dann auch richtig zu interpretieren, beantworten sechs Ärzte diese Frage mit „ja“ und vier mit „nein“. Ein Arzt hat Argumente für beide Fälle eingebracht. Das Verhältnis ist zu beiden Antworten zwischen Frauen und Männern ausgeglichen.

Ärztin 6 hat in ihrer Laufbahn noch keine schlechten Erfahrungen mit E-Patienten gemacht, im Gegenteil:

„kann mich auch nicht erinnern äh:: das also der sehr falsche Informationen gekommen wären“. (Ärztin 6: Zeile 24-25)

Sie ist sogar der Auffassung, dass man von E-Patienten noch lernen kann. (vgl. Ärztin 6: Zeile 90-95) Arzt 8 und 9 stellen ihren Patienten Internet-Links zur Verfügung, damit diese sich gezielt zu Themen informieren können und wo der Arzt weiß, wie seriös diese Seite ist. Sie trauen ihren Patienten dann genügend Kompetenz zu, mit diesen Informationen auch gut umgehen zu können. (vgl. Arzt 8: Zeile 305-313 + Arzt 9: Zeile 26-35) Ärztin 4 traut ihren Patienten nicht nur die Kompetenz und das Interpretationsvermögen zu, sie geht sogar so weit, dass sie meint:

„ ich bin offen für Vorschläge solange die Patienten die Verantwortung dafür übernehmen und sich der möglichen Konsequenzen darüber bewusst sind“. (Ärztin 4: Zeile 94-96)

Ganz so viel Vertrauen hat Ärztin 5 nicht in ihre Patienten. Sie findet es zwar gut, dass sich Patienten informieren, will die Letztentscheidung jedoch bei sich lassen. So sieht sie den E-Patienten dann als jemanden, der im Allgemeinen ein gut oder besser zu führender Patient ist. (vgl. Ärztin 5: Zeile 112-113) Arzt 3 hat mit Abstand den extremsten Ansatz hierzu, denn er sieht sich bereits ein wenig im Wettbewerb mit dem E-Patienten wo sie quasi um das meiste Wissen feilschen. So Arzt 3:

„natürlich wenn man weniger weiß als der Patient ist natürlich blöd wenn der Patient jetzt ((räusper)) aber genau das weiß, was man selber auch weiß aber nur nicht das jetzt richtig anwenden kann dann bin ich schon klar im Vorteil, also es stört mich nicht wenn der Patient ähnliche Sachen weiß die ich schon beurteilen kann sagen“. (Arzt 3: Zeile 15-19)

Auf der anderen Seite der Medaille finden sich Ärztin 7 + 11 sowie Arzt 1 + 10 wieder, die durchaus Argumente haben die gegen die Sachkompetenz des E-

Patienten sprechen. Aber auch Arzt 3 ist hier anzuführen, der sowohl Argumenten für wie auch gegen hat. Alle genannten Ärzte haben die Meinung, dass die Informationsflut im Internet so groß ist, dass man sie als Laie nur schwer bis gar nicht bewältigen kann. Außerdem sind ihrer Ansicht nach, die Rechercheergebnisse eher falsch gewesen. Das Problem stellen Arzt 1 und Ärztin 7 sehr schön dar:

„weil die Quellenangabe sporadisch wenn:: wenn überhaupt vorhanden (.) aber das ist für die Patienten nicht das was sie:: was sie nehmen sondern sie nehmen diesen Text eins zu eins das ist die Wahrheit und man ist als Arzt dann gezwunge::n diese Informationen zeitweise zu kanalisieren::n ihnen zu erklären was ist äh::: eine richtige Information was ist eine falsche Information“ (Arzt 1: Zeile 32-36)

oder

„es ja nicht das es die Information die man zu einer gewissen Krankheit sucht stimmt eh ja es ist jetzt nicht so das da irgendein kompletter Blödsinn drinnen steht aber für uns ist natürlich schwierig weil die Leute kommen fordern haben schon alles gelesen ja glauben alles zu wissen und dann muss ma das (.) grade biegen ja“. (Ärztin 7: Zeile 42-46)

Interessant an dieser Stelle ist auch zu vermerken, dass 3 der insgesamt 4 Ärzte die eindeutig dieser Kategorie zugeordnet werden konnten, am Anfang ihrer Arztlaufbahn stehen. Der vierte Arzt ist im mittleren Feld seiner Berufslaufbahn.

Die Unterforschungsfrage a) lässt sich an dieser Stelle nun beantworten. 6 von 10 Ärzten schreiben den E-Patienten genügend Sachkompetenz zu, um die Informationen richtig interpretieren zu können. Sie sind der Auffassung, dass E-Patienten durchaus in der Lage sind, durch ihre Recherchen richtige Entscheidungen treffen zu können. Die restlichen vier Ärzte sehen dies ganz anders. Sie sehen, dass sehr viel falsch interpretiert worden ist, was wiederum dem Arzt sehr viel Zeit kostet, um die ganzen Missverständnisse zu beseitigen. Arzt 3 hat Argumente sehr wohl für die Sachkompetenz als auch gegen gefunden.

Das mit Patienten eher umgegangen wird als wie mit Kollegen, scheint bei den Ärztinnen stärker ausgeprägt zu sein als bei den Ärzten. So sind 4 der 5 Ärztinnen eindeutig der Kategorie „Problemlösungskompetenz“ zuordenbar, hingegen nur zwei der Ärzte. Die restlichen fünf Ärzte gehen auf der einen Seite sehr wohl mit Patienten wie mit Kollegen um, sehen ihr Wissen hingegen aber auch als unantastbar.

Arzt 2 nimmt Ideen und Vorschläge des E-Patienten sehr ernst und tut alles, um der Sache auf den Grund zu gehen:

„sich wenn ein Patient (räusper) mit der fixen Idee eines Hirntumors ah:: zu mir kommt dann::: muss ich alles diesbezüglich abklären um einen Gehirntumor auszuschließen ganz einfach“. (Arzt 2: Zeile 32-34)

Wenn es mit dem Wissen des Arztes übereinstimmt, ist Arzt 8 auch bereit, ein Medikament zu verschreiben, das Patienten vorschlagen, seine Aussage hierzu:

„wissens ob des Medikament jetzt grasgrün oder halm ah:: graugrün heißt des is ja wurscht es muss die gleichen Inhaltsstoffe haben und da werd ich oft sagen ja is ja gut aber passens nur auf wenss nächstes Mal nachschauen dass das nicht vielleicht übersehen ansonsten ist des schon in Ordnung wieso nicht“. (Arzt 8: Zeile 270-273)

Alle Ärzte dieser Kategorie sind bereit, über mögliche Alternativbehandlungen mit dem Patienten zu diskutieren. Wie so eine Diskussion mit dem E-Patienten ablaufen könnte, hat Ärztin 6 sehr schön beschrieben:

„prinzipell find ichs in Ordnung weil je besser der Patient informiert ist umso besser kann man (.) und sie kommen ja nicht es ist ja nicht so das sie dann mit Diagnosen kommen ja meistens läuft es so ab eigentlich das der Patient (1) einmal schaut was man sagt des heißt er (.) erinnere mich grad an ein Gespräch über (.) was war denn das das war ein Syndrom im Arm das war sehr interessant Schmerzen und so weiter war ein junger Bursch gestern an den ich mich erinnere a::hm immer wieder so elektrische Schläge im Arm und Schmerzen u::nd ich hab ihm dann gesagt das könnte also hab ihm zwei Diagnosen gegeben das oder das sein und er hat dann gesagt ich glaube aber eher das mit dem Nerv und dann hat er gesagt ja das deckt sich mit dem ich habe nämlich gelesen im Internet das sein könnte und so und diese Variante läuft eigentlich öfter also das sich diese vorinformieren und sagen“. (Ärztin 6: Zeile 63-73).

Gemeinsame Problemfindung scheint mit vorinformierten Patienten demnach anders abzulaufen als mit Patienten, die sich Diagnosen geben lassen und diese so hinnehmen, wie es der Arzt sagt. (vgl. Ärztin 7: Zeile 157-166)

Bei jenen Ärzten, die sich in beide Kategorien einordnen lassen, sind die Argumente, die für Problemlösungskompetenz sprechen, in etwa dieselben, wie bereits oben erwähnt. Arzt 10 und Ärztin 7 sehen die Letztverantwortung bei sich und verschreiben deshalb keine Medikamente auf Wunsch des Patienten. Beide Ärzte

sind am Anfang ihrer Arztlaufbahn und im Krankenhaus tätig. Arzt 10 hat hierbei auch etwas Interessantes erwähnt, nämlich:

„i mein des is halt bei mir im Endeffekt im Klinikum auch einfacher weil wir jetzt net so diese (.) weil wir eine andere Beziehung zu dem Patienten haben als Hausarzt glaub i is es ja so das das ma ja schon a teilweise schon an gewissen Kundenstock damit hot und das ma do manchen Patienten vielleicht gewisse Wünsche erfüllen muss des hob i a in verschiedenen Praktika im Endeffekt gsehn und glernt ahm::: weil weil ma weiß das die Patienten ansonsten zu wen anderes gehen und irgendwer verschreibt ihnen des“. (Arzt 10: Zeile 221-227)

Fünf der Ärzte, wovon vier Allgemeinmediziner sind, würden tatsächlich, wenn es für sie vertretbar ist, auf Wunsch des Patienten ein Medikament verschreiben. Insgesamt wurden sechs Allgemeinmediziner befragt, was bedeutet, dass rund 67% der befragten Allgemeinmediziner die These von Arzt 10 bestätigen würden. Ob es wirklich darauf beruht, dass sie ihren Kundenstock erhalten wollen oder einfach ein offeneres und vertrauenswürdigeres Verhältnis zu ihren Patienten pflegen, bleibt offen. Ein Argument, warum sich Allgemeinmediziner vielleicht eher als Fachärzte oder Klinikärzte darüber trauen, dem Patienten auch mehr Vertrauen zu schenken, könnte Ärztin 6 liefern:

„aber ich denke das die einfach ihre Leute nicht kennen (.) in in dem Ausmaß ja weil sie sie nicht so oft sehen ich weiß ja ganz genau wer die Leute sind ich mein ich bin dreißig Jahre in der Praxis hab viele Patienten die eben so lange bei mir sind oder die eben die bleiben ja meistens das heißt ich weiß ganz genau ah ah was wer nützt“. (Ärztin 6: Zeile 162-166)

Arzt 1 sieht sich in seiner Kompetenz als Arzt unantastbar und hält dadurch eine Diskussion mit dem Patienten nicht immer für notwendig:

„also ich bin in meinem Bereich a::: e:infach gut ja also ich kann mir das leisten zu argumentieren u::nd da muss schon jemand sehr souverän sein dass er da @mithalten kann@ und wenn er der Meinung ist es ist das und ich bin der Meinung das ist es nicht dann sag ich ist ok dann stehen zwei Meinungen nebeneinander u::nd (.) wenn ich a:bsolut nicht der Meinung bin dass ich das so sehe und das ich das so behandeln würde ist zum Glück noch nicht vorgekommen aber dann würd ich ihm sagen wissens was da gibt's andere Ärzte die=sich ihrer Meinung schließ=anschließen wollen“. (Arzt 1: Zeile 82-88)

Ob der Arzt eine Diskussion eingehen will oder nicht, hängt laut Arzt 3 vor allem auch vom Sympathiefaktor ab, so sagt er dazu:

„also Diskussionen sind dann sind dann zulässig wenn mir a) der Patient sympatisch ist, wenns jetzt da also wenn ich überhaupt mit dem reden möchte und wenns wenns Sinn macht es gibt Leute mit denen ich nicht diskutier wo ich garnicht möchte schau'n's dass ist halt so und aus“. (Arzt 3: Zeile 115-119)

An dieser Stelle lässt sich die Unterforschungsfrage b) beantworten. Keiner der befragten Ärzte hat den Eindruck, dass der E-Patient ihn in seiner Kompetenz degradieren möchte, anstatt eine Lösung für das gesundheitliche Problem zu suchen. Jedoch haben doch fünf der befragten Ärzte Gründe, warum sie sich auf überhaupt keine oder eher ungern auf eine Diskussion mit dem Patienten einlassen beziehungsweise seine Wünsche nicht hinreichend respektieren. Sie sind der Auffassung, irgendwer muss das letzte Wort haben, und das ist der Arzt. (vgl. Ärztin 7: Zeile 206) So ist Problemlösungskompetenz bei den Ärzten zwar gegeben, jedoch nur bei knapp über die Hälfte der befragten Ärzte eindeutig.

In die Kategorie der kommunikativen Transparenz konnte zwei Ärzte nicht eingeordnet werden, welche deshalb aus der Bewertung dieser Kategorie genommen werden.

Insgesamt sind es fünf Ärzte, bei denen kommunikative Transparenz nicht zu Stande kommt. Interessant hierbei ist, dass E-Patienten bei den Ärztinnen eher am Anfang des Gesprächs offen legen, dass sie sich informiert haben und bei den Ärzten dies eher im Laufe des Gesprächs rauskommt.

Die Art und Weise, wie offen gelegt wird, dass sich Patienten informiert haben, ist jedoch sehr unterschiedlich. So berichtet Ärztin 6:

„manchmal bringen Sie sogar einen Ausdruck mit und sagen das hab ich gefunden und dann diskutieren wir halt über den Ausdruck und ansonsten joa stellt er halt Fragen“. (Ärztin 6: Zeile 21-23).

Bei Ärztin 5 läuft diese Offenbarung so ab:

„also der kommt und sagt also ich hab jetzt seit drei Tagen was weiß ich irgendwelche Beschwerden ähm:: u::nd (3) ich hab mich im Internet schon ein

bisschen schlau gemacht also meistens is es dann dieser Satz der dann also so als dritter oder vierter Satz kommt“. (Ärztin 5: Zeile 208-211)

Dass Patienten sich schon vorinformiert haben, dies aber noch nicht offen gelegt haben, merken Ärzte meistens im Gespräch. So berichtet Ärztin 7:

„ist schon dass dann immer wieder Einwände kommen oder ahm so Halbfachinformationen kommen die in einer Frage verpackt sind“. (Ärztin 7: Zeile 165-166)

Bei Arzt 10 läuft das Gespräch mit dem E-Patienten folgendermaßen ab:

„also es is wie gsagt meistens net so das sie das sie eini kommen und sagen ahm i hob des und des glesen sondern sie sagen meistens ahm:: sie kommen rein und dann schildern's meistens was was ihnen fehlt oder so und dann merkt ma eh irgendwie bei bei vielen Patienten das sie irgendwie oder das sie versuchen das in eine gewisse Richtung zu lenken und dann kommt irgendwann im Gespräch heraus das sie glauben des und des zu haben weil sie sich im Internet informiert haben“. (Arzt 10: Zeile: 179-185)

Ähnliche Situationen berichtet auch Arzt 3:

„Na, es is, es ist aber die Tatsache, dass es jetzt nicht so ist, sie stellen sich das wahrscheinlich ein bisschen anders vor, es ist eigentlich der:: (.) es kommt jetzt keiner und sagt schau'n's das ist so und so und ich hab mich jetzt informiert sondern die haben schon eine prinzipielle Angst und eine Frage schauen Sie mal das hab ich jetzt gespürt und die getastet schauen Sie mal nach ob das was is und dann schau ich auch mal nach und frage wie lange haben's das schon und jo des is jetzt und dann sagens ja ich hab eh auch schon nachgelesen im Internet“. (Arzt 3: Zeile 139-145).

E-Patienten, die dies nicht offen legen, versuchen demnach das Gespräch in eine gewisse Richtung zu lenken und durch versteckte Informationsfragen die Meinung des Arztes mit ihrem Wissen abzugleichen.

Das E-Patienten also von Anfang an offen legen, das sie sich informiert haben, kommt bei etwas mehr als der Hälfte der befragten Ärzte nicht vor. Dadurch lässt sich auch die Unterforschungsfrage c) beantworten. Kommunikative Transparenz kommt bei fünf von neun Ärzten nicht zu Stande. Vorwiegend sind dies Ärzte, denn

drei der vier Ärztinnen berichten darüber, dass Patienten relativ bald den Arzt darüber in Kenntnis setzen, dass sie sich bereits vorinformiert haben.

Unter allen befragten Ärzten gibt es nur wenige, die eindeutig einer Kategorie der „kommunikativen Offenheit“ zugeordnet werden konnten. Im Konkreten sind dies insgesamt fünf Ärzte, alle anderen konnten mehreren Kategorien zugeordnet werden. Überwiegend Ärztinnen, nämlich drei der fünf befragten, sehen es als eindeutig, dass es Patienten gibt, die ihre Ratschläge nicht richtig ernst nehmen. Ein möglicher Grund, warum mehr Frauen eindeutig das Gefühl haben nicht ernst genommen zu werden, kann, jetzt nicht auf den E-Patienten bezogen, sein, dass sich veraltete Rollenklischees nach wie vor durchgesetzt haben, so Ärztin 7:

„viele alte Leute oder viele männliche Patienten wenn ich da als weibliches Wesen daher komm und ich schau nicht unbedingt uralt aus“. (Ärztin 7: Zeile 222-223)

Insgesamt sind es neun Ärzte, die schon einmal das Gefühl gehabt haben, dass ihre Ratschläge nicht ernst genommen werden.

Die meisten Ärzte dieser Gruppe, nämlich fünf, sehen diese Tatsache jedoch nicht deshalb, weil dies auf das Internet zurück zu führen ist, sondern, ihrer Ansicht nach liegt dies am Patienten. Es gibt Patienten, die einfach „incompliance“ sind, das heißt

„die absolut nicht machen was ma ihnen sagt“ (Ärztin 7: Zeile 105-106)

und somit Bumerangpatienten sind. Auf die Verantwortung des einzelnen Patienten für sich selbst, plädiert diese Gruppe der Ärzte auch. Andere Gründe, warum nicht das gemacht wird, was der Arzt empfohlen hat, sind Ratschläge von Vertrauten wie Verwandten und Freunden, denen mehr Vertrauen geschenkt wird als der Meinung des Arztes. Das eine Behandlung aufgrund von Informationen aus dem Internet nicht durchgeführt wird, kommt nur bei zwei der befragten Ärzte vor. So berichtet Ärztin 5:

„der Patient kommt dann nach zwei Wochen und sagt na des hob i aber net gemacht weil ich im Internet glesen habe oder weil ich den Beipacktext gelesen hab und da stehen ja so viele furchtbare Sachen drinnen und i hob mi dann net getraut das zu nehmen ja also das kommt schon das kommt häufig vor“. (Ärztin 5: Zeile 72-75)

Ein Arzt erzählt von einem Patienten, der durch das Internet von Alternativbehandlungen erfahren hat und dadurch wertvolle Zeit für seine Krebsbehandlung verloren hat. (vgl. Arzt 10: Zeile 70-79) Arzt 8 hat zur Alternativbehandlung durch Informationen aus dem WWW einen lockeren Zugang, so meint er

„da gibt's 1000 Möglichkeiten einer Katze das Fell abzuziehen aber zum Schluss hat sie's Fell abgezogen“ (Arzt 8: Zeile 168-169)

und impliziert somit, wenn es demjenigen hilft, hat er kein Problem damit, wenn jemand eine andere Möglichkeit zuerst ausprobiert.

Laut vier der befragten Ärzte kommt es auch vor, dass E-Patienten Bestätigung für ihr recherchiertes Wissen haben wollen. So meint Arzt 2 dazu:

„aber das ist im Prinzip das selbe als wenn ich mir eine zweite Meinung einhole“. (Arzt 2: Zeile 197)

Ärztin 6 ist sich jedoch auch sicher, dass sich diese Patienten auch schnell vom Gegenteil überzeugen lassen. (vgl. Ärztin 6: Zeile 74-79)

Sechs der Befragten sind der Auffassung, Patienten nehmen die Ratschläge des Arztes viel zu ernst, um diese in Frage zu stellen. Vorwiegend sind Ärzte dieser Meinung, nämlich fünf der sechs befragten Ärzte. Nur eine Ärztin teilt diese Ansicht mit ihren männlichen Kollegen. Diese Ärzte sind der Meinung, dass Patienten sich nicht abseits ihrer Vorschläge behandeln, zumindest haben sie noch keinen Fall bewusst mitbekommen. Außerdem sind die Ärzte der Meinung, dass ihr studiertes Wissen ihnen schon einen gewissen Grad an Vertrauen vorausschickt. Dies bestätigen Aussagen wie:

„der Arzt hat die Glaubwürdigkeit weil er's ja studiert hat ja das denk ich schon“ (Ärztin 6: Zeile 81-82) und „da würd ich sagen da nehmen meine Patienten doch den das Arztsein zu ernst als das sie sich jetzt selbst in irgend einer Weise zu therapieren“. (Arzt 2: Zeile 159-159)

Nur ein Arzt konnte davon berichten, dass er nicht das Gefühl hat, dass Patienten Bestätigung für ihr Wissen haben wollten, so sagt er dazu:

„er hat sich da einfach schon Information geholt und ah:: bespricht das mit mir wie ich das sehe sozusagen als Fachmann aber das ist in keinster Weise irgendeiner Form ein Abprüfen oder weiß ich nicht ein „ich weiß da was was Sie nicht wissen“ also in diese Richtung geht's garnicht (.) ganz im Gegenteil“. (Arzt 2: Zeile 149-152)

Die Unterforschungsfrage d) lässt sich nun beantworten. Laut 6 von 11 Ärzten nehmen ihre Patienten ihre Ratschläge ernst und stellen das Wissen des Arztes nicht in Frage. Jedoch haben 9 der 11 Ärzte das Gefühl, dass manche Patienten ihre Ratschläge nicht ernst nehmen. 4 der 11 Ärzte sind der Auffassung, dass es Patienten gibt, die Bestätigung für ihr recherchiertes Wissen haben wollen und nur ein Arzt glaubt dies nicht. So lässt sich zusammenfassen, dass doch mehr Ärzte den Eindruck haben, dass ihre Patienten ihnen nicht ihr gesamtes Wissen offen legen und damit auch in gewissen Fällen anders handeln, als die Ärzte ihnen zuvor geraten haben.

7.3.1 Interpretation zur Forschungsfrage 3

Besteht ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und E-Patient? Diese Frage lässt sich nicht ganz so eindeutig beantworten. Nach Bentele erzeugen die gewählten Faktoren Sachkompetenz, Problemlösungskompetenz, kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit je nach Intensität und Vollständigkeit Vertrauen oder Misstrauen. Die Intensität wurde folgendermaßen beurteilt: Starke Intensität, die Antworten des jeweiligen Arztes wurden alle in die Kategorie „gegeben“ eingeordnet, mittlere Intensität, die Antworten wurde in die Kategorie „gegeben“ wie auch „nicht gegeben“ eingeordnet und bei schwacher Intensität wurden die Antworten in die Kategorie „nicht gegeben“ eingeordnet. Konnte keine Antwort gegeben werden, so wurde sie mit 0 beurteilt.

Misst man die einzelnen Faktoren, so kommt man zu folgendem Ergebnis:

- Sachkompetenz, nämlich die Kompetenz, die der Arzt dem Patienten nach seiner Recherche zutraut, kommt am häufigsten in der stärksten Intensität vor, nämlich bei sechs der Ärzte komplett und bei einem nur zur Hälfte.
- Problemlösungskompetenz meint die Reaktion des Arztes auf das Verhalten der E-Patienten. So ist bei sechs Ärzten Problemlösungskompetenz zu

erkennen und die verbleibenden fünf Ärzte sind ebenfalls ins Mittelfeld einzuordnen.

- Kommunikative Transparenz meint, dass E-Patienten schon von Anfang an offen legen, dass sie sich vorinformiert haben und somit beide Akteure auf gleicher Ebene agieren können. Bei fünf Ärzten kommt diese Transparenz nicht zu Stande, bei vier Ärzten schon. Die restlichen zwei konnten nicht gewertet werden.
- Kommunikative Offenheit/ Respekt bedeutet, dass hier jene Ärzte einzuordnen sind, die der Auffassung sind, dass Patienten zu viel Respekt vor dem Berufsstand des Arztes haben und damit alle seine Ratschläge ernst nehmen und ihm somit kein Wissen vorenthalten. Zwei Ärzte würden demnach so beurteilt werden, dass kommunikative Offenheit in ihren Gesprächen entsteht. Weitere vier Ärzte siedeln sich hier im Mittelfeld an, was die kommunikative Offenheit in ihren Gesprächen betrifft. In den Gesprächen von fünf Ärzten gibt es keine kommunikative Offenheit.
- Kommunikative Offenheit/ Bestätigung bedeutet, dass Ärzte nicht das Gefühl haben, ihre E-Patienten wollen Bestätigung für ihr Recherchiertes wissen und haben wenig Respekt vor der Meinung des Arztes. Insgesamt konnten nur vier Ärzte in diese Bewertung genommen werden, drei davon sind der Meinung, dass ihre E-Patienten nur Bestätigung wollen und nur ein Arzt ist im Mittelfeld anzuordnen.

Die beiden Kategorien der „Kommunikativen Offenheit“ werden jedoch als eine gewertet, was die Auswertung der Forschungsfrage betrifft.

Nachstehend findet sich eine Graphik, die noch einmal die oben beschriebenen Ergebnisse verdeutlicht.

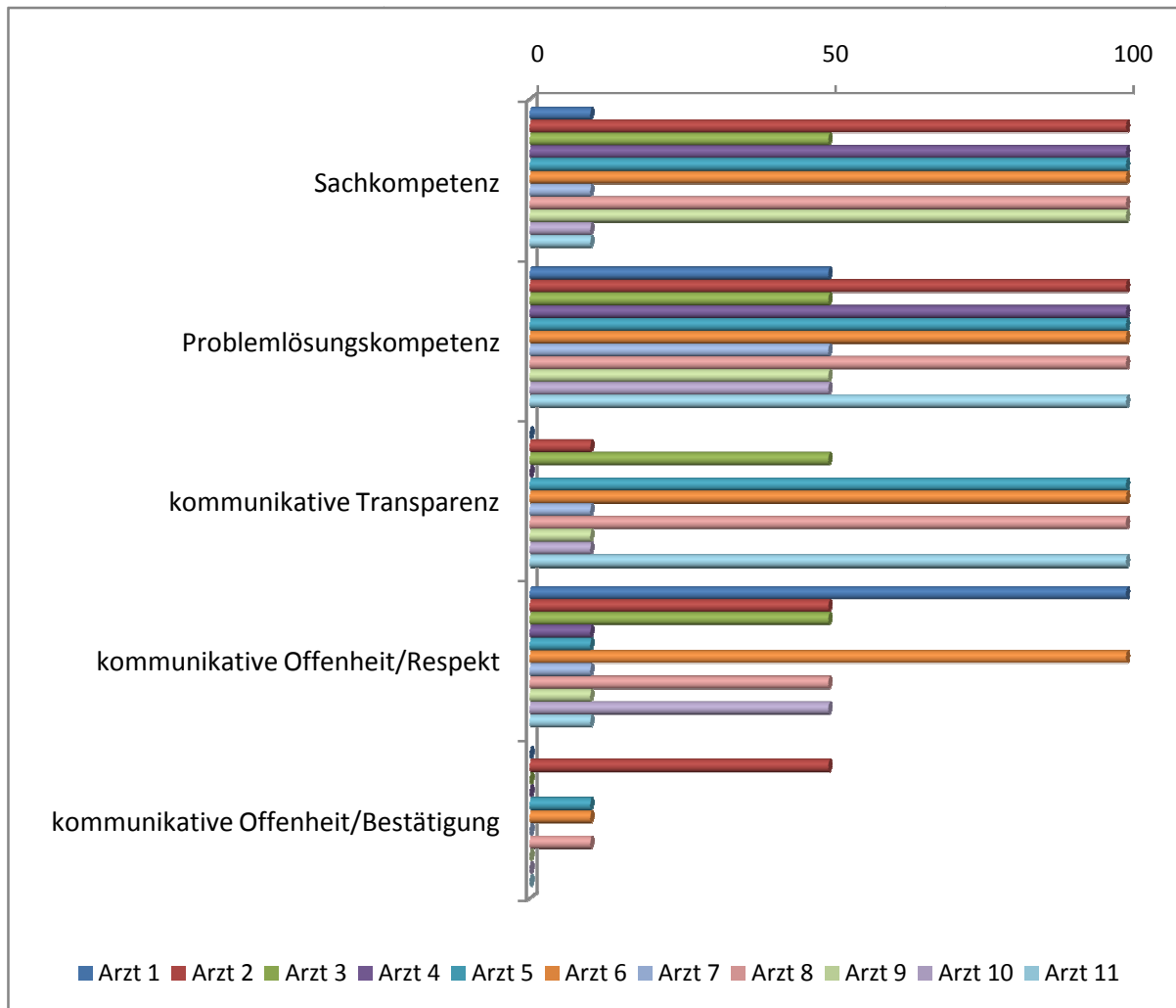


Abbildung 7: Ergebnisse Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Wesentlich interessanter findet die Autorin den Vergleich der einzelnen Ärzte nach ihrer Ausprägung der Vertrauensfaktoren nach Bentele.

Bei Arzt 1 ist kommunikative Offenheit stark ausgeprägt, Problemlösungskompetenz mittel ausgeprägt und Sachkompetenz schwach ausgeprägt. Dies bedeutet, dass bei Arzt ein Vertrauensverhältnis mit dem

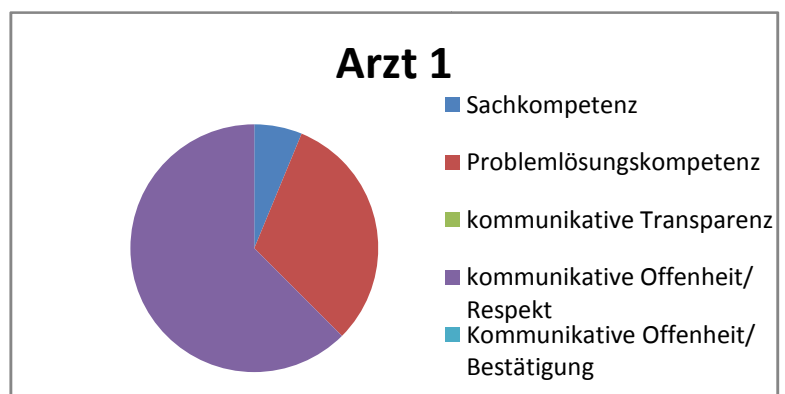
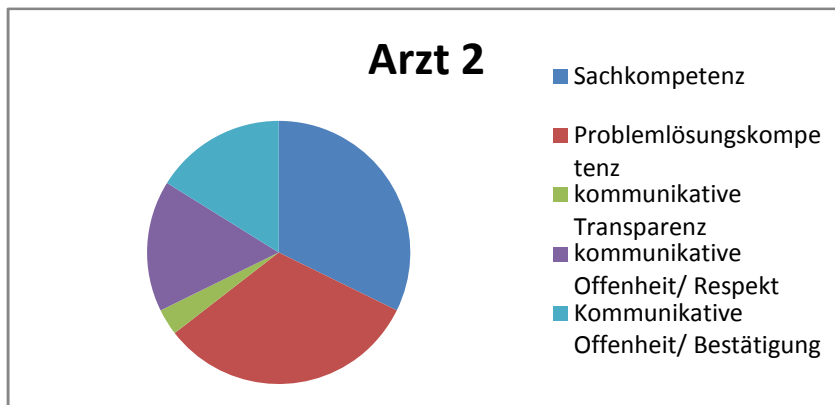


Abbildung 8: Arzt 1 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

E-Patienten nur bedingt zu Stande kommt.



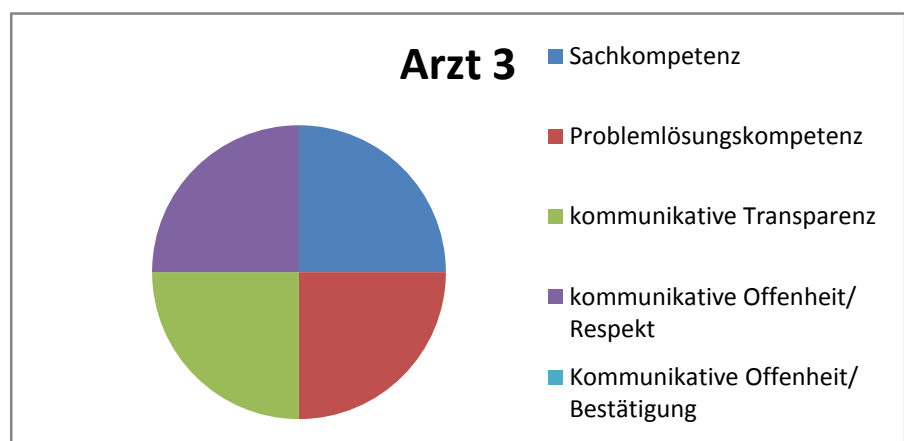
Arzt 2 hat eine starke Ausprägung von Sachkompetenz und Problemlösungskompetenz. Kommunikative Offenheit in beiden

Abbildung 9: Arzt 2 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Formen sind beim Arzt mittelstark ausgeprägt. Allein die kommunikative Transparenz kommt bei Arzt 2 nicht zu Stande. Insgesamt lässt sich bei Arzt 2 demnach sagen, dass Vertrauen zwischen ihm und seinen E-Patienten großteils vorhanden ist.

Arzt 3 kann alle vier Vertrauensfaktoren abdecken, jedoch alle im Mittelfeld und keine in starker Ausprägung.

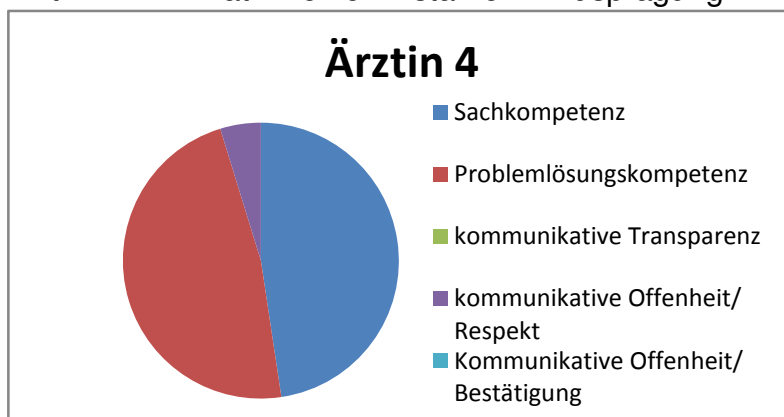
Vertrauen zwischen Arzt und E-Patient



Arzt 3 kommt bei Arzt 3 Abbildung 10: Arzt 3 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

demnach in mittlerer Intensität vor.

Ärztin 4 hat eine starke Ausprägung von Sachkompetenz und

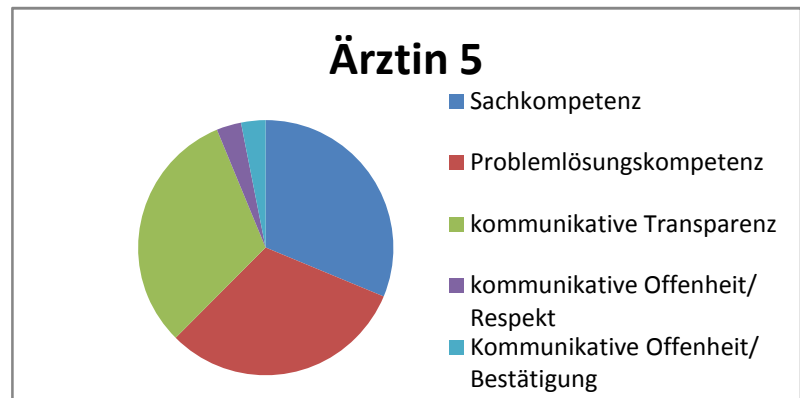


Problemlösungskompetenz und eine schwache Ausprägung, was die kommunikative Offenheit betrifft. Kommunikative Transparenz konnte bei ihr nicht festgestellt werden.

Abbildung 11: Arzt 4 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Vertrauen zwischen Ärztin 4 und dem E-Patienten kommt demnach nur auf der Ebene der Sach- und Problemlösungskompetenz zu Stande.

Ärztin 5 hat eine starke Ausprägung, was die Faktoren Sachkompetenz, Problemlösungskompetenz und kommunikative Transparenz betrifft. Bei der kommunikativen



Offenheit ist in beiden **Abbildung 12: Ärztin 5 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)**

Fällen seine Ausprägung schwach. Ein Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin 5 und ihren E-Patienten besteht weitreichend bei den Ausprägungen Sach- und Problemlösungskompetenz sowie kommunikative Transparenz.

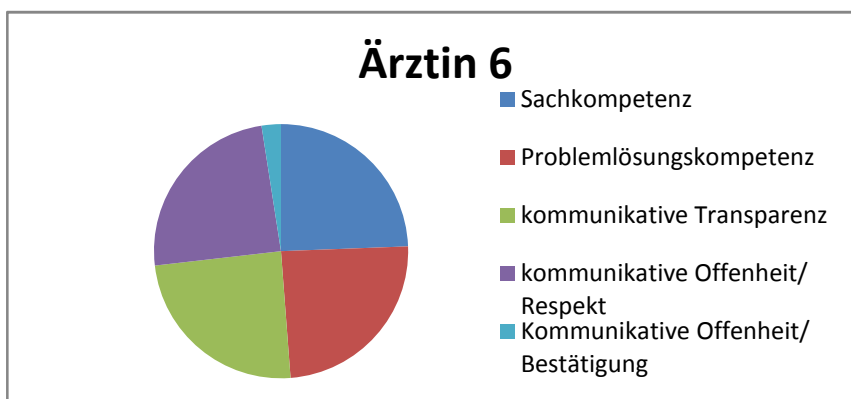


Abbildung 13: Ärztin 6 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Bei Ärztin 6 sind alle Faktoren stark ausgeprägt, was bedeutet, dass bei ihr Vertrauen zwischen

ihre und den E-Patienten nach den Vertrauensfaktoren von Bentele eindeutig zu Stande kommt.

Bei Ärztin 7 ist Sachkompetenz, kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit nur sehr schwach ausgeprägt. Einzig die

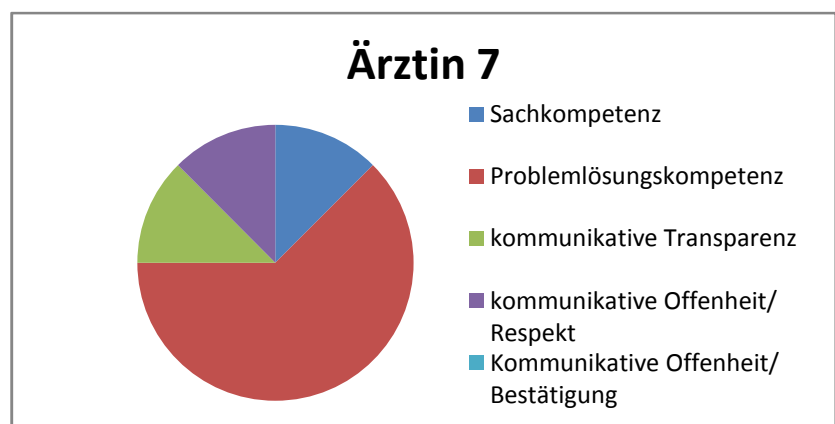


Abbildung 14: Ärztin 7 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Problemlösungskompetenz liegt im Mittelfeld. Somit kommt bei Ärztin 7 beim Faktor Problemlösungskompetenz ein bedingtes Vertrauen zwischen ihr und dem E-Patienten zu stande.

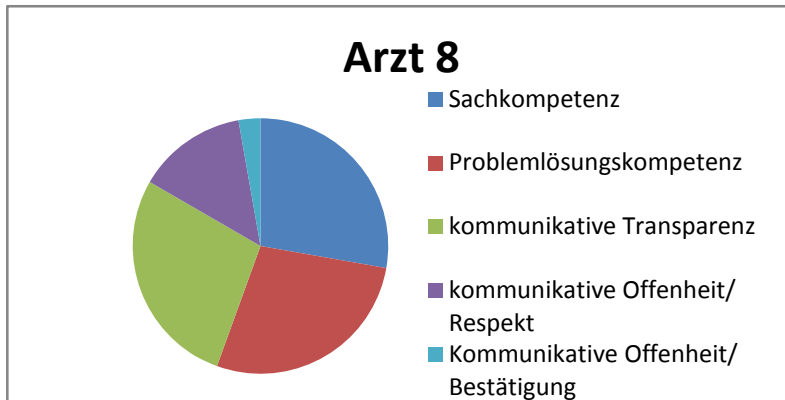


Abbildung 15: Arzt 8 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Sachkompetenz, Problemlösungskompetenz und kommunikative Transparenz kommen bei Arzt 8 in starker Intensität vor. Kommunikative Offenheit kommt in mittlerer

sagen, dass Vertrauen zwischen Arzt 8 und seinen E-Patienten großteils besteht.

Arzt 9 hat eine starke Ausprägung, was die Sachkompetenz betrifft. Mittlere Intensität hat der Faktor der Problemlösungskompetenz.

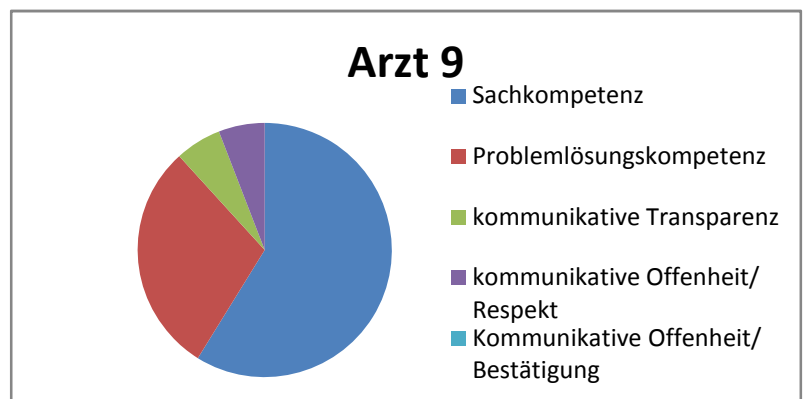


Abbildung 16: Arzt 9 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Kommunikative Transparenz und Offenheit sind nur sehr schwach ausgeprägt. Dies bedeutet, dass Vertrauen zwischen Arzt 9 und seinen E-Patienten nur bedingt in Punkto Sach- und Problemlösungskompetenz besteht.

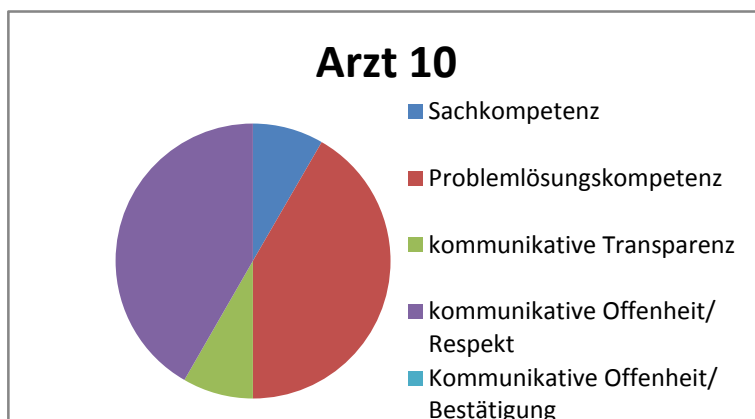


Abbildung 17: Arzt 10 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Bei Arzt 10 sind die Faktoren Problemlösungskompetenz und kommunikative Offenheit in mittlerer Intensität ausgeprägt. Sachkompetenz und kommunikative Transparenz hingegen nur

schwach. Hier besteht nur ein bedingtes Vertrauensverhältnis auf der Ebene der Problemlösungskompetenz und der kommunikativen Offenheit zwischen Arzt und E-Patient.

Problemlösungskompetenz und kommunikative Transparenz sind bei Ärztin 11 am stärksten ausgeprägt. Sachkompetenz und kommunikative Offenheit hingegen nur sehr schwach. So kommt Vertrauen zwischen der Ärztin und dem E-Patienten nur bei den Faktoren Problemlösungskompetenz und kommunikative Transparenz vor.

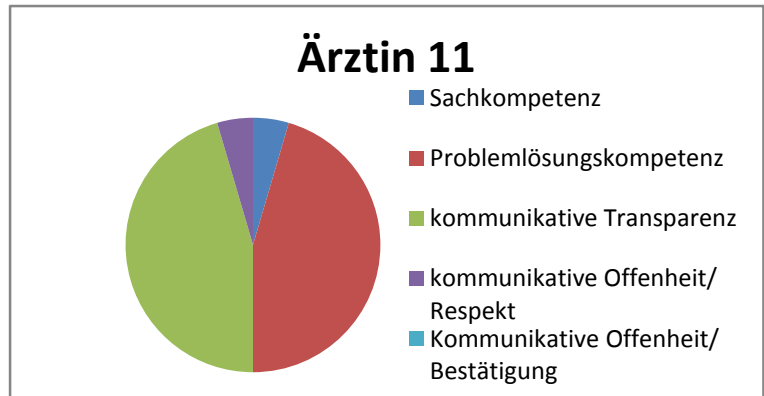


Abbildung 18: Ärztin 11 Vertrauensfaktoren (eigene Grafik)

Zusammenfassend kann man festhalten, dass nur bei einer Ärztin, nämlich Ärztin 6, alle Vertrauensfaktoren nach Bentele in starker Ausprägung vorhanden sind und dadurch Vertrauen zwischen ihr und dem E-Patienten bedingungslos zu Stande kommt. Aber auch Arzt 8 hat in drei Faktoren eine starke Ausprägung und in der vierten eine mittlere Ausprägung, was auch bei ihm bedeutet, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem E-Patienten besteht. Beide Ärzte sind Allgemeinmediziner und schon lange als Arzt tätig. Aber auch Ärztin 5 hat drei Vertrauensfaktoren stark ausgeprägt, was auch bei ihr bedeutet, dass zumindest auf drei Ebenen Vertrauen zwischen ihr und dem E-Patienten zu Stande kommt. Auch sie ist Allgemeinmedizinerin und lange als Ärztin tätig.

Am schwächsten gelingt das Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und dem E-Patienten bei Arzt 10, welcher nur zwei Faktoren in mittlerer Ausprägung bedient. Aber auch Ärztin 7 kann nur eine starke Position im Bereich der Problemlösungskompetenz aufweisen. Beide Ärzte sind am Anfang ihrer Arztlaufbahn und im Krankenhaus tätig. An dieser Stelle könnte man rückschließen, dass Allgemeinmediziner eher ein Vertrauensverhältnis zwischen sich und dem E-Patienten aufbauen als Spitalsärzte.

7.4 Beantwortung der Hauptforschungsfrage

Welche Faktoren beeinflussen die Kommunikation zwischen Arzt und dem E-Patienten?

Auf jeden Fall lässt sich klar sagen, dass E-Patienten bei den meisten Ärzten in irgendeiner Art und Weise eine psychisch unangenehme Situation erzeugen. So gibt es in den meisten Fällen eine Verhaltensänderung auf der Seite des Arztes. Die meisten Ärzte sind skeptisch gegenüber vorinformierten Patienten, da sie zum einen den Patienten nicht genügend Kompetenz zutrauen, die gesuchten Informationen auch richtig zu interpretieren, auf der anderen Seite schenken sie dem Web selbst kein Vertrauen weil ihrer Meinung nach leichtfertig mit Informationen umgegangen wird und die Seriosität der Quellen nicht immer gewährleistet wird. Zusätzlich begeben sich die meisten Ärzte auch selbst auf die Suche im Internet um so auf der einen Seite kompetenter und informierter dem E-Patienten gegenüber treten zu können und zum anderen Seite dem E-Patienten auch eher glaubhaft zeigen zu können, dass das Vertrauen in den Arzt besser ist als das in das Web. Diese Beobachtung wird als Faktor der Herausforderung verstanden. Wie Felt 2008 die Art der E-Patienten beschrieben hat, lassen sich die meisten E-Patienten nach der Meinung der meisten Ärzte in die Gruppe zwei, nämlich jene die verloren, hilfsbedürftig und potentiell gefährdet sind, einordnen. (vgl. Felt 2008: 11)

Verständigung zwischen Arzt und E-Patient kommt Großteils zu Stande, bei fünf der befragten Ärzte sogar vollständig. Auf der Ebene der Verständigungsorientierung beeinflusst am meisten der Anspruch der Legitimität die Vertrauensbasis, da diese im Verhältnis zu den restlichen Ansprüchen am geringsten ausgeprägt war. Auffallend ist hier, dass dieser Anspruch vorwiegend von Ärzten, die am Anfang beziehungsweise im mittleren Feld ihrer Arztlaufbahnen stehen, negiert wurde.

Ob ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und E-Patient besteht, ist, wie bereits in Kapitel 7.3.1 schon beschrieben, nicht ganz so leicht zu beantworten. Sieht man sich die Ausprägungen einzeln an, so stellt man fest, dass Faktoren wie Sachkompetenz und Problemlösungskompetenz bei den meisten stark ausgeprägt sind, etwas

weniger häufig ist kommunikative Transparenz stark ausgeprägt und am wenigsten häufig wurde kommunikative Offenheit genannt. Man kann also festhalten, dass die Variablen kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und E-Patient am stärksten beeinflussen. An dieser Stelle ist noch zu erwähnen, dass man durchaus einen Trend erkennen kann, denn je weniger lang die Ärzte als solche tätig sind, desto weniger verfügen sie über eine mittlere bis starke Ausprägung der Vertrauensfaktoren.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass Faktoren wie Skeptizismus, Herausforderung, Legitimität, kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit die Kommunikation zwischen dem Arzt und E-Patienten negativ beeinflussen können. Der E-Patient wird also von den meisten Ärzten kritisch beäugt. Vermutlich halten viele der Ärzte noch am paternalistischen Modell fest, in welches der E-Patient aufgrund seines Charakters nicht hinein passt. Warum der E-Patienten eine psychisch unangenehme Situation erzeugt, kann bei jenen Ärzten, die am Anfang oder mittleren Feld ihrer Arztlaufbahn stehen, vielleicht, so wie es manche Ärzte auch erwähnt haben, damit begründet werden, dass sie selbst noch nicht so gefestigt in ihrem Wissen sind und der E-Patient jemand ist, der schon kompetent und vor allem fordernd auftritt. Diese Unsicherheit führt in weiterer Folge dann dazu, dass es nicht als legitim empfinden, dass es überhaupt E-Patienten gibt. Mag es fehlende Erfahrung, Unsicherheit oder „verlernte Kommunikation“ durch das Tätigkeitsfeld sein, warum vor allem Faktoren wie kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit so schwach ausgeprägt sind. Darüber kann die Autorin nur mutmaßen. Der Faktor der kommunikativen Offenheit ist, laut den Berichten der Ärzte, jedoch nicht immer direkt auf den E-Patienten zu beziehen, eher auf den Typ des Patienten. So gibt es Patienten die „incompliance“ sind und sich deshalb nicht an die Ratschläge des Arztes halten. Das E-Patienten ihren Ärzten gegenüber skeptischer sind oder denen zumindest weniger vertrauen kristallisiert sich beim Faktor der kommunikativen Transparenz heraus, denn offensichtlich legt ein Großteil der E-Patienten erst später oder garnicht sondern nur in Form von Fragen offen, dass sich dieser bereits vorinformiert hat.

Wenn man sich alle Faktoren ansieht, kann man einen Zusammenhang zwischen den einzelnen Ausprägungen feststellen. Grundsätzlich kann man eine nicht ganz

offen kommunizierte Ablehnung der Ärzte gegenüber E-Patienten festhalten, denn zumindest bei den meisten Ärzten erzeugt der E-Patient in irgendeiner Form Dissonanz und somit ein unangenehm empfundenes Gefühl. Dies zeigt sich dann auch bei der Verständigungsorientierung wieder, da, verglichen mit den Ausprägungen der Variablen Verständlichkeit, Wahrheit und Wahrhaftigkeit die Variable der Legitimität am schwächsten ausgeprägt ist. Dies bedeutet, dass es zumindest drei Ärzte gibt, die offen darüber sprechen, dass sie es nicht als legitim erachten, dass sich Patienten im WWW informieren. Zieht man den Strick dann weiter zu den Vertrauensfaktoren, erzeugen hier auch jene Faktoren Misstrauen, nämlich kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit, die mit der Haltung des Arztes gegenüber den E-Patienten in direktem Zusammenhang stehen. So ist das Vertrauen der E-Patienten in den Arzt offensichtlich so schwach ausgeprägt, dass sie ihrem Arzt nicht offenbaren, dass sie sich im Netz informiert haben. Außerdem gibt es auch Patienten, die Alternativbehandlungen die sie unter anderem auch aus dem Netz haben, den Behandlungsvorschlägen des Arztes vorziehen und somit seine Ratschläge nicht ernst nehmen. Es ist auch fest zu halten, dass vor allem jene Ärzte, die am Anfang oder im Mittelfeld ihrer Arztlaufbahn stehen, eher eine abneigende Haltung gegenüber den E-Patienten aufweisen.

Hingegen sind jene Faktoren, die sich positiv auf das Arzt-E-Patienten-Gespräch auswirken, hier auch stark vertreten. Auch wenn E-Patienten die meisten Ärzte vor eine unangenehme Situation stellen, sind die alle Ärzte bemüht ihre Patienten zu verstehen, auch wenn sprachliche Barrieren vorliegen. Dies kann auch mit dem Punkt der Problemlösungskompetenz, nämlich dass E-Patienten als quasi Kollegen angesehen werden und auch dementsprechend mit ihnen diskutiert wird, in Verbindung gebracht werden. Auch haben die Ärzte das Gefühl, dass sie und der E-Patienten von den selben Dingen sprechen. Dies spiegelt sich auch in den Vertrauensfaktoren wieder, denn die meisten Ärzte trauen, ganz kontrovers zu dem Punkt der Legitimität und auch der Dissonanz, ihren Patienten genügend Kompetenz zu, nach Informationen zu suchen und diese auch richtig zu interpretieren. Der Faktor der Wahrhaftigkeit steht als Gegenpol des Faktors der kommunikativen Transparenz, denn auf der einen Seite, geben die meisten Ärzte an, dass E-Patienten sie schon am Anfang des Gesprächs darüber informieren, dass sie sich informiert haben, auf der anderen Seite kommt bei fünf der befragten Ärzte diese

nicht zu Stande, da ihre E-Patienten ihnen nicht oder nur in Fragen verpackt darüber in Kenntnis setzen, dass sie sich informiert haben.

Interessant ist, dass jene sechs Ärzte, die es als legitim erachten, dass sich Patienten im Netz informieren trotzdem skeptisch dem E-Patienten gegenüber stehen, da ihrer Ansicht nach viele Informationen falsch interpretiert werden können. Bis auf eine der sechs Ärzte, die den Gesundheitsinformationen negativ gegenüber steht und sich eher auf ihr Fachwissen beruft. Stellt man an dieser Stelle die Verbindung zur Sachkompetenz her, nämlich dass Ärzte ihren Patienten durchaus zutrauen, dass sie nach richtigen Informationen suchen und die dann auch richtig interpretieren, stellt sich ein ganz anderes Bild dar. Denn hier kommt die Autorin zu dem Ergebnis, dass vier dieser Ärzte ihren Patienten durchaus genügend Kompetenz zuschreiben, die Informationen auch richtig interpretieren zu können. Jene Ärztin, die die E-Patienten als Belastung angesehen hat, ist als einzige dieser Gruppe der Meinung, dass ihre Patienten über nicht genügend Kompetenz verfügen. Durch dieses Beispiel zeigt sich, dass das Bild, das Ärzte von ihren E-Patienten haben nicht ganz eindeutig ist und sie sozusagen im Zwiespalt stecken.

7.5 Die Zukunft des Arztes

Im Zuge der Befragungen wurde unter anderem erhoben, wie die Ärzte die Zukunft des Arztes im Hinblick auf das Web und den E-Patienten sehen. Die Ergebnisse sollen nachfolgend kurz dargestellt werden.

Sieben der befragten Ärzte gaben an, dass zukünftig mehr Aufklärungsarbeit notwendig sein wird. Die Patienten kommen mit immer mehr Fragen, die sich vor allem durch das Internet aufgetan haben und die Aufgabe des Arztes wird es dann sein, wie es auch jetzt schon ist, diese Fragen zu beseitigen. Alle sind sich jedoch einig, dass der momentane Stand nicht so bleiben kann, da durch unterschiedliche Umstände auf jeden Fall der Zeitfaktor dagegen spielt. Ärzte brauchen durch die Veränderung der Patienten auch mehr Zeit, welche sie laut ihren Angaben nicht haben.

Als Ideen, wie sich die Zeit verringern könnte, haben die Ärzte unterschiedliche Methoden angedacht. So sehen drei der Ärzte eine Chatfunktion für chronische

Patienten oder Langzeitpatienten durchaus als eine Möglichkeit. Auch dem Patienten nach der Diagnose Links zu geben, wo sich dieser informieren kann, könnte eine Möglichkeit sein. Aber auch Nachkontrollen oder zum Beispiel Zuckermessungen übers Web durchzuführen, hält Arzt 10 für eine durchaus interessante Idee. Hingegen halten Ärztin 7, Arzt 8 und Ärztin 6 Ferndiagnosen via dem Internetdoktor für gefährlich. So meint zum Beispiel Ärztin 6:

„ich kann aufgrund von Symptomen mir was zusammensuchen und das halt ich aus dem Grund für schwierig aber sicher (.) ich weiß es nicht (.) wenn er sagt ich hab eitriges Angina ich seh weiße Tupferln ich würde mich nicht trauen da (.) weil die weißen Tupferln können ein pfeifisches Drüsenfieber sein und da bin ich mit einem Penicilin schlecht beraten“. (Ärztin 6: Zeile 344-348)

Manche der befragten Ärzte glauben auch, dass das Web eine Erleichterung für den Arzt zukünftig darstellen kann, wenn sich seriöse und vertrauenswürdige Seiten durchsetzen, die sich gezielt an das jeweilige Patientenkontext richten. Fünf der befragten Ärzte geben außerdem noch an, dass der Internetauftritt des Arztes selbst zukünftig immer wichtiger wird. Sie sind der Meinung, dass immer mehr Patienten selbstbewusster ihren Arzt wählen und dadurch Vergleiche anstellen.

Es gibt jedoch zwei Ärzte, nämlich Ärztin 11 und Arzt 3, die dem Internet einen nicht so großen Stellenwert zuschreiben. So glaubt zum Beispiel Ärztin 11:

„I schätz also das no vü mehr wird mit Internet und dem Ganzen i glaubs fast net i glaub ma geht vielleicht eher wieder zurück aufs aufs Prä- ich hoffe (.) weil i jo net so der Internetmensch bin mir kommt a vor das die Leut scho immer mehr wieder davon abkommen und und wirklich wieder gern mit jemanden reden und also wär scho klass wenns net Überhand nehmen würde weil da Computer kann einen net therapieren“. (Ärztin 11: Zeile 225-229).

Aber auch Arzt 3 schreibt dem Internet zukünftig nicht mehr Bedeutung zu:

„ich glaub insgesamt spielt das Internet für die Medizin keine große Rolle“. (Arzt 3: Zeile 240-241)

Was jedoch den Großteil der Ärzte eint, ist die Aussage, dass, egal wie sich die Zukunft entwickelt, der persönliche Kontakt mit dem Patienten unabdingbar und lebensnotwendig bleibt. Denn die nonverbale Kommunikation trägt viel zur Diagnose

bei und kann in dem Ausmaß nicht durch das Netz ersetzt werden. Arzt 2 bezieht sich hierbei auch auf das Bauchgefühl des Arztes, so sagt er:

„das Bauchgefühl was ein Arzt hat über 65% ausmachen sollte, also wenn jemand bleich in die Ordination herein kommt dann seh ich das nicht ah::: dann seh ich das nicht übers Internet und dem würd ich keine Infiltrationen empfehlen dem wird ich weiß ich was nicht empfehlen aber ich wird ihm Blut abnehmen und schauen ob vielleicht in irgendeiner Form irgendwas dahinter liegt und also das sehen, das spüren einfach unsere (.) all unsre Wahr: unsere Sinne die wir als Ärzte haben auf die sollten wir weiterhin ah::: weiterhin nützen“. (Arzt 2: Zeile 297-293)

Ärztin 5 begründet ihre Aussage durch die Beschreibung des Patienten, so sagt sie zum Beispiel:

„weil ich in dem Moment wo der Patient bei der Tür herein kommt ah::: seh ich ihn schon seh ich seinen Gesichtsausdruck seh seine Haltung seh die Gesichtsfarbe und auch in der Art und Weise wie er wie er dann seine Probleme vorträgt kann ma dann auch schon sich mit einiger Erfahrung ein bissl äh Vorstellungen machen was wirklich dahinter stecken könnte“. (Ärztin 5: Zeile 246-250)

Zusammengefasst kann man also sagen, dass die meisten Ärzte der Meinung sind, dass sich in der Aufklärungsarbeit und auch im Umgang mit dem E-Patienten zukünftig etwas ändern sollte. Das Internet zwar ergänzend verwendet werden kann und auch gezielt vom Arzt eingesetzt werden kann, jedoch nicht den Arzt in seiner ganzheitlichen Funktion ersetzen kann. Außerdem ist den Ärzten die persönliche Kommunikation sehr wichtig, da sie davon auch unter anderem ihre Diagnose ableiten können.

Setzt man diese Erkenntnisse nun in Korrelation mit den Arztbildern der Zukunft von Felt, dann kristallisieren sich in folgenden Rollenzuschreibungen für die befragten Ärzte heraus.

So ist der Arzt als Wissensintepret zukünftig gefragter denn je, denn immer mehr Patienten werden mit Wissen aus dem Internet kommen. So können acht der elf befragten Ärzte diesem Rollenbild zugeordnet werden.

Der virtuell-erweiterte Arzt kann sich sich Information, Austausch und Betreuung übers Netz vorstellen. Für insgesamt drei der befragten Ärzte wäre dies eine mögliche Option.

Schlussendlich kommt noch die Rolle des Arztes als Dienstleister heraus, da der eigene Webauftritt für den Arzt für die meisten Befragten zukünftig unabdingbar ist. Dieser Meinung schließen sich fünf der befragten Ärzte an.

Der Cyber-Doktor ist laut dem Großteil der befragten Ärzte keine vernünftige Alternative in Zukunft, da der persönliche Kontakt mit dem Patienten maßgebend für die Diagnose und Behandlung ist.

8 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde das Arzt-Patienten- Verhältnis und dessen mögliche Veränderung durch Gesundheitsinformationen im Internet untersucht. Zentral für die Autorin war hierbei, welche Faktoren die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem sogenannten E-Patienten beeinflussen.

Als empirische Methode wurde hier das Experteninterview mit Ärzten gewählt.

Als theoretischer Rahmen wurden die Wahrnehmungsveränderung, die Theorie der Verständigungsorientierung nach Burkart und die Theorie öffentlichen Vertrauens nach Bentele gewählt.

Die Zahl jener, die sich mit Gesundheitsinformationen aus dem Web auseinander setzen und sich dieser bedienen, ist in den letzten Jahren um ein vielfaches gestiegen. Heraus hat sich der sogenannte E-Patient gebildet, welcher, laut aktuellen Studien, aktiver, selbstbewusster und diskussionsfreudiger auftritt. Dadurch ergibt sich eine veränderte Gesprächssituation für den Arzt, da dieser zuvor eher an Patienten gewöhnt war, die seine Vorschläge auch ohne große Diskussion angenommen hat. Hierzu gibt es dann unterschiedliche Entscheidungsmodelle, wie Arzt und Patient zu einer Entscheidung gelangen. Zentral sind hier das Paternalismus Modell, bei dem der Arzt als dominante Person auftritt und die Entscheidung fällt, das Shared Decision Making Model, welches darauf abzielt, das Arzt und Patient gemeinsam eine Entscheidung treffen und somit gleichwertige Gesprächspartner sind und zum schluss das Informationsmodell, bei dem Patienten genügend Informationen gestellt werden damit dieser die Entscheidungen alleine treffen kann. Die Einflussfaktoren die die Arzt-Patienten-Beziehung grundsätzlich hat, sind die Krankheit, das Selbstverständnis des Arztes und des Patienten sowie das jeweilige Bild vom Partner.

Als ein wichtiges Ergebnis der empirischen Analyse kann mit Sicherheit gesagt werden, dass dieses veränderte Verhalten des Patienten durch die Informiertheit eine durchaus psychisch unangenehme Situation beim Arzt erzeugt. Das paternalistische Modell kann hier keine Anwendung mehr finden, da E-Patienten

selbstbewusster und aktiver in das Gespräch kommen. (vgl. Klemperer 2003:12; vgl. Rademacher 2010:42) Viele Ärzte, die von sich mehr oder weniger das Bild des paternalistischen Arztes, durch Bekräftigung ihres studierten Wissens, haben, müssen sich an eine differenzierte Situation mit dem E-Patienten gewöhnen und auf diesen eingehen. Sie haben unterschiedliche Wege gefunden, wie sie diese Situation für sich angenehmer gestalten können. Eine Möglichkeit ist jene, dass sie die negativen Seiten des Internets hervorkehren und somit die positiven Seiten des studierten Arztfachwissens hervorheben. Häufig begeben sie sich auch selbst auf die Suche nach Gesundheitsinformationen im Netz, um so dem E-Patienten auch kompetenter gegenüberzutreten zu können.

Der guten Verständigung zwischen Arzt und Patient tut die Vorinformiertheit des Patienten wenig Abbruch. So kommt beim Großteil der Befragten Verständigung im eigentlichen Sinne zu Stande. Auffällig ist jedoch der Punkt, ob es Ärzte legitim finden, dass sich Patienten im Internet informieren, der am häufigsten und vor allem von Ärzten am Anfang oder mittleren Feld ihrer Laufbahn negiert wurde. Grundsätzlich lässt sich also festhalten, dass die meisten Ärzte ihr Gegenüber durchaus wert schätzen und dadurch die Faktoren nach Burkart, Verständlichkeit, Wahrheit und Wahrhaftigkeit zu Stande kommen und auch Legitimität von den meisten Ärzten anerkannt wird.

Inwiefern das Vertrauen zwischen von Arzt in den E-Patienten beeinflusst wird, ist mit den Vertrauensfaktoren Sachkompetenz, Problemlösungskompetenz, kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit nach Bentele erforscht worden. So sind die meisten Ärzte der Auffassung, dass E-Patienten über genügend Kompetenz verfügen um nach geeigneten Informationen suchen und dann auch richtig interpretieren zu können. Durch die Vorinformiertheit des Patienten, sehen die meisten Ärzte dieses als gleichwertige Partner auf dessen Wünsche und Vorschläge auch durchaus eingehen kann. Auf der Ebene dieser zwei Faktoren besteht demnach am häufigsten Vertrauen zwischen Arzt und E-Patient. Das Patienten oft nicht von Anfang an offen legen, dass sie sich informiert haben und auch die Ratschläge des Arztes nicht richtig ernst nehmen, kommt laut einigen Ärzten häufig vor. Hier kommt weniger oft Vertrauen zwischen Arzt und E-Patient zu Stande.

Als Fazit kann man also sagen, dass sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufgrund von Gesundheitsinformationen im Internet insofern verändert hat, dass zum Beispiel das paternalistische Arztmodell nicht mehr zur Anwendung kommen kann. Die Faktoren, die hier maßgebend Einfluss nehmen, sind vor allem Faktoren auf Seiten der Dissonanz, welche den Arzt dazu nötigen, diese durch Verhaltens- und Denkweisen zu ändern, aber auch die Variable der Legitimität, die das Verständnis zwischen Arzt und Patient beeinflusst und die Variablen der kommunikativen Transparenz und der kommunikativen Offenheit, welche das Vertrauen zwischen Arzt und Patient maßgebend beeinflussen.

Für weitere Forschungsarbeiten in diesem Hinblick wäre es interessant, nur Ärzte aus einer Fachrichtung zu befragen. Wobei nach dieser Untersuchung festgehalten werden kann, dass Allgemeinmediziner durch ihren wiederholten Kontakt mit dem Patienten die geeignetste Gruppe wäre. Die Beziehung von einem Allgemeinmediziner zu seinem Patienten gestaltet sich in der Regel anders als die zu Fachärzten oder Spitalsärzten. Man könnte auch die Gruppe der Allgemeinmediziner nehmen und die Gruppe der Fachärzte und diese miteinander vergleichen, was bestimmt interessante Ergebnisse zur Folge hätte. Außerdem sollte bei der Befragung der E-Patient differenziert werden in jene E-Patienten, die sich vor dem Erstbesuch informieren und welche, die bereits ihre Diagnose erhalten haben und sich zusätzlich informieren. Die Autorin ist der Auffassung, dass es hier ebenfalls interessante Unterschiede geben könnte.

Insgesamt konnte in dieser Magisterarbeit ein guter Einblick gegeben werden, durch welche Faktoren sich die Kommunikation zwischen Arzt und dem nun E-Patienten verändert hat.

9 Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Der vierohrige Empfänger (Schulz von Thun 1992:45): Schulz von Thun, Friedemann (1992): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Abbildung 2: Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung (Krones 2008:822): Krones T./ Richter G. (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patienten-Verhältnis. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (8), S. 818–826.

Abbildung 4 Inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Steigleder 2008:24): Steigleder, Sandra (2008): Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Marburg: Tectum-Verlag, S. 24

Abbildung 5: Transkriptionszeichen (vgl. Przyborski 2010:166) Przyborski, Aglaja/ Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH S.166

Alle anderen Abbildungen wurden von der Autorin selbst angefertigt.

10 Literaturverzeichnis

A

Adams Samuel Hopkins (2010): Public Health and Public Hysteria. In: *American Journal of Public Health* Vol. 100 (No. 8), S. 1388–1391.

Anker, Ashley/ Reinhart Amber Marie/ Feeley Thomas Hugh (2011): Health information seeking: A. review of measures and methods. In: *Patient Education and Counseling* (82), S. 346–354.

August Wilhelm von Eiff (1976): Ärztliche Gespräch und die Möglichkeit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise in der Medizin. In: Josef Zander (Hg.): Arzt und Patient Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf: Patmos Verlag, S. 63–73.

B

Ball, Marion J./ Lillis Jennifer (2001): E-Health: transforming the physician/patient relationship. In: *International Journal of Medical Informatics* (61), S. 1–10.

Beck, Klaus: (2013) Kommunikation. In: Günter Bentele/ Hans-Bernd Brosius/ Otfried Jarren: Lexikon Kommunikations- und Medienwissenschaft. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 155-156)

Bentele, Günter (1994): Öffentliches Vertrauen – normative und soziale Grundlage für Public Relations. In: Wolfgang Zabel / Ulf Armbrrecht (Hg.): Normative Aspekte der Public Relations. Grundlegende Fragen und Perspektiven. Eine Einführung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 131–157.

Bentele, Günter (2013a): Dialog. In: Günter Bentele/ Hans-Bernd Brosius/ Otfried Jarren: Lexikon Kommunikations- und Medienwissenschaft. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 59-60

Bentele, Günter (2013b): Gesundheitskommunikation. In: Günter Bentele/ Hans-Bernd Brosius/ Otfried Jarren: Lexikon Kommunikations- und Medienwissenschaft. 2. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 107-108)

Burkart, Roland/ Lang Alfred (2007): Die Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas - Eine kommentierte Textcollage. In: Burkart Roland/ Hömberg Walter (Hg.): Kommunikationstheorien. Ein Handbuch zur Einführung. 4. Aufl. Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagshandbuchsammlung Ges.mb.H, S. 42–71.

Burkart, Roland/ Rußmann Uta/ Grimm Jürgen (2010): Wie verständigungsorientiert ist Journalismus? Ein empirischer Messversuch anhand der Berichterstattung über Europathemen im Rahmen des Nationalratswahlkampfes 2008 in Österreich. In:

Horst Pöttker/ Christian Schwarzenegger (Hg.): Europäische Öffentlichkeit und journalistische Verantwortung. Köln: Halem, S. 256–281.

C

D

Diepgen T./ Tanko Z./ Weisshaar E./ Matvijets A./ Simon M. (2009): Medizinische Informationssysteme im Internet. In: *Der Hautarzt* (12), S. 979–983.

Dickhaut Hans H. (2002): Die Patient-Arzt-Beziehung. In: Hans-Joachim Fuchs (Hg.): Wege zur patientenorientierten Medizin. Wien: ÖAK-Verlag, Pressestelle und Verlag der Österreichischen Ärztekammer. S. 26-57

De Bronkart, Dave (2010): E-Patients: Empowered, Engaged, Equipped, Enabled In: <http://de.slideshare.net/osumedicalcenter/epatients-empowered-engaged-equipped-enabled> (26.06.2013)

E

Eichenberg, Christiane/ Wolters Carolin (2013): Internetrecherche bei Gesundheitsfragen: Phänomen „Cyberchondrie“ PP12, Februar 2013, S. 78. In: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/134440/Internetrecherche-bei-Gesundheitsfragen-Phaenomen-Cyberchondrie> (03.05.2013)

Eysenbach Gunther/ Diepgen Thomas: (2001) The role of e-Health and Consumer Health Informatics for Evidence-Based Patient Choice in the 21st Century. In: *Clinics in dermatology* (19), S. 11-17.

Eysenbach G. (2003): Qualität von Gesundheitsinformationen im World Wide Web. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz* (4), S. 292–299.

F

Faller H. (2012): Patientenorientierte Kommunikation in der Arzt-Patient-Beziehung. In: *Bundesgesundheitsblatt* (55), S. 1106–1112.

Felt, Ulrike (2008): Virtuell informiert? Möglichkeiten und Herausforderungen für die Medizin im Internetzeitalter. Abschlussbericht. Unter Mitarbeit von Bernhard Höcher, Astrid Mager, Lisa, Gugglberger. Institut für Wissenschaftsforschung, Universität Wien.

In: http://sciencestudies.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/dep_sciencestudies/pdf_files/VIRINFO_Brosch%C3%BCre.pdf (25.04.2013)

Felt, Ulrike/ Gugglberger Lisa/ Mager Astrid (2009): Shaping the future e-patient: The citizen-patient in public discourse on e-health. In: *Science Studies* (Vol 22 No 1.), S. 24–43.

Friedrichs, Jürgen (1990): Methoden empirischer Sozialforschung. 14. Auflage. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.

Fromm, Bettina/ Baumann Eva/ Lampert Claudia (2011): Gesundheitskommunikation und Medien. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Fuchs A./ Winkler U./ Maywald U./ Kirch W (2007): Arzneimittelberatungsdienste für Ärzte und Patienten. In: *Der Internist* (9), S. 1029–1035.

G

Gabler Wirtschaftslexikon: Internet von Jochen Metzger (25.04.2013) In: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/internet.html> (25.04.2013)

Gatterer, Gerald (2009): Kommunikation und Interaktion mit Patienten. Aspekte des therapeutischen Beziehungsaufbaus. In: *pro care* (10/2009). S. 24-30

Geisler, Linus (1992): Arzt und Patient-Begegnung Gespräch Wirklichkeit und Wege. 3. Aufl. Frankfurt Main: Pharma Verlag Frankfurt GmbH.

Georgy U. (2003): Praktische Nutzung von Gesundheits- und Medizinliteratur im Internet und deren Kosten. In: *In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (4), S. 285–291.

Girstenbrey, Wilhelm (1976): Führt mehr Wissen zu mehr Gesundheit? Zur Frage der medizinischen Populäraufklärung. In: Josef Zander (Hg.): Arzt und Patient Erwartungen und Wirklichkeit. Düsseldorf: Patmos Verlag, S. 132–144.

Gottschlich, Maximilian (1998): Sprachloses Leid. Wege zu einer kommunikativen Medizin; die heilsame Kraft des Wortes. Wien: Springer

H

Hegerl U./ Bussfeld P. (2002): Psychiatrie und Internet: Möglichkeiten, Risiken, Perspektiven. In: *Nervenarzt*, S. 90–95.

Hiller B. (2012): Krebsinformation im Internet: ein Plus für Patienten. In: *Onkologe* 5. 2012: 429-434 (5), S. 429–434.

Horch K./ Hintzpeter B./ Ryl L./ Dierks M. (2012): Ausgewählte Perspektive einer Bürger- und Patientenorientierung in Deutschland 2012. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (5), S. 739–745.

Huber Martin/ Kullak-Ublick Gerd/ Kirch Wilhelm: (2009): 6 Jahre Erfahrungen mit einem Arzneimittelberatungsdienst für Patienten. In: *Medizinische Klinik* (Nr. 3), S. 220–224.

I

J

K

Kasper J./ Heesen C./ Mühlhauser I. (2009): Evidenzbasierte Patienteninformation – dargestellt am Beispiel der Immuntherapie bei Patienten mit Multipler Sklerose. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, S. 77–85.

Kirschning, Silke/ von Kardorff Ernst (2007): Welche Informationen suchen internetnutzende Angehörige krebskranker Frauen und Männer? Helfen die gefundenen Informationen bei der Bewältigungsarbeit? In: *Medizinische Klinik* (Nr. 2), S. 136–140.

Klemperer, David (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Online verfügbar unter <http://hdl.handle.net/10419/47383>, zuletzt aktualisiert am 15.03.2013.

König, Dorothea/ Stetina Birgit/ Standl Oliver/ Kryspin-Exner Ilse (2008): Gesundheitspsychologische Aspekte der Internetnutzung in Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Informationssuche und Pharmakabezug über das World Wide Web. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* (16 (2)), S. 89–94.

Krones T./ Richter G. (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patienten-Verhältnis. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (8), S. 818–826.

Kunz C.; Link H. (2012): Onkologische Informationsportale im Internet. In: *Onkologe* 5. 2012: 429-434 (5), S. 398–408.

Kutscher, Patric P./ Seßler Helmut (2007): Kommunikation – Erfolgsfaktor in der Medizin. Teamführung, Patientengespräch, Networking & Selbstmarketing. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

L

Leiberich, Peter/ Nedoschill Jan/ Nickel Marius/ Loew Thomas/ Tritt Karin (2004): Selbsthilfe und Beratung Internet. In: *Medizinische Klinik* (Nr. 5), S. 263–268.

Leiß, O. (2007): Die Sprechstunde. Gedanken zur Praxis des ärztlichen Gesprächs. In: *Anaesthesist* (56), S. 78–91.

Löning, Petra (1985a): Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps. Bern: Verlag Peter Lang AG.

Löning, Petra/ Sager Sven Frederik (1985b): Kommunikationsanalysen ärztlicher Gespräche Ein Hamburger workshop. Hamburg: Helmut Buske Verlag.

M

Maletzke, Gerhard (1963): Psychologie der Massenkommunikation: Theorie und Systematik. Hamburg: Verlag Hans-Bredow-Institut

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Medicinenet.com: 20.09.2012: Definition of Patient. In: <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=39154> (30.04.2013)

Meerwein, Fritz (1998): Das ärztliche Gespräch. Grundlagen und Anwendungen. Bern: Verlag Hans Huber.

Mesko, Bertalan MD, PhD (2013): The World of E-Patients. In: <http://thecourse.webicina.com/presentations/Epatients/> (26.06.2013)

Miller, Edward Alan/ Pole Antoinette (2010): Diagnosis Blog: Checking Up on Health Blogs in the Blogosphere. In: *Research and Practice. American Journal of Public Health* (Vol. 100 No. 8), S. 1514–1519.

N

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

O

Ommen O./ Janßen C./ Neugebauer E./ Pfaff H. (2007): Einflussfaktoren auf das Vertrauen schwerverletzter Patienten in den Krankenhausarzt. In: *Der Chirurg 1* – (1), S. 52–61.

P

Peintinger, Michael: (2012) Ethische Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung. In: Maier, Manfred/ Hörhan, Jürgen: *Arzt/Ärztin & Ethik*. 6. Auflage. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG. S.58-86.

Percheski, Christine/ Hargittai Eszter (2011): Health Information-Seeking in the Digital Age. In: *In: Journal of American College Health*. (Vol. 59, No. 5), S. 379–386.

Peters, Tim (2008): *Macht im Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient*. Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur.

Pour-Haring Herta Farassati/ Volleritsch Christa/ Roth Roswitha (2009): Patienteninformation in der Radioonkologie. Zusammenhänge von Informationshandeln und Patientenmerkmalen. In: *Wiener Medizinische Wochenschrift* (159/5-6), S. 148–155.

Przyborski, Aglaja/ Wohlrab-Sahr, Monika (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Q

R

Rademacher, Lars/ Remus, Nadine: (2010) *Kommunikationsmanagement im Gesundheitswesen. Zur Notwendigkeit differenzierter Kommunikationsstrukturen und –routinen im Web 2.0 Zeitalter*. In: Koch, Christoph: *Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren*. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 41 – 61

RIS – Rechtsinformationssystem: Bundeskanzleramt: Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, Fassung vom 24.04.2013. In: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004879> (25.04.2013)

S

Sator, Marlene/ Gstettner Andreas/ Hladschik-Kermer Birgit (2008): „Seitdem mir der Arzt gesagt hat „Tumor“- Das war's.“ Arzt-Patient-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. In: *Wiener klinische Wochenschrift. The Middle European Journal of medicine*, S. 158–170.

Schenk, Michael (2007): Medienwirkungsforschung. 3. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.

Schnabel, Peter-Ernst/ Bödeker Malte (2012): Gesundheitskommunikation Mehr als Reden über Krankheit. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Scholl, Armin (2003): Die Befragung. Sozialwissenschaftliche Methode und kommunikationswissenschaftliche Anwendung. Konstanz: UVK Verl.-Ges.

Schulten, Hans (1960): Der Arzt. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (1992): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Spallek Heiko/ Spallek Gisela (1999): Effektive Nutzung medizinisch-wissenschaftlicher Internet-Ressourcen. In: *Ophthalmologe*, S. 741–748.

Statistik Austria: IKT-Einsatz in Haushalten 2012. 31.10.2012a. In: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html (21.02.2013)

Statistik Austria: Haushalte mit Computer, Internetzugang und Breitbandverbindungen, Personen mit Computer- und Internetzugang sowie Online-Shopper 2002 bis 2012. 22.10.2012b. In: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/022206.html (21.02.2013)

Stefenelli, Norbert (1988): Arzt und Kranker –eine Begegnung. Umgang und Gespräch. Wien: Verlag der österreichischen Ärztekammer.

Steigleder, Sandra (2008): Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring. Marburg: Tectum-Verlag

T

U

V

W

Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin; Jackson, Don D. (2011): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 12. Aufl. Bern: Huber

Weaver, James B./ Mays darren/ Weaver Stephanie Sargent/ Hopkins Gary L./ Eroglu Dogan/ Bernhardt Jay M. (2010): Health Information-Seeking Behaviors Health Indicators and Health Risks. In: *Research and Practice American Journal of Public Health* (Vol 100 No 8), S. 1520–1525.

White, Ryen W./ Horvitz, Eric: (2008) Cyberchondria: Studies of Escalation of Medical Concerns in Web Search. Microsoft Cooperation. In: <http://research.microsoft.com/pubs/76529/TR-2008-178.pdf> (26.04.2013)

X

Y

Z

Anhang

- Interviewleitfaden
- Kategoriensystem
- Transkriptionen der Experteninterviews
- Ausgewertete Kategoriensysteme auf CD
- Abstract auf Deutsch und Englisch
- Lebenslauf

Interviewleitfaden

Datum	Arzt
Fachrichtung	Tätigkeitszeit

- Vorstellung
- Kurze Erklärung worum es in dem Interview geht / Auf die Anonymität der Befragung verweisen
- Genehmigung für die Verwendung des Aufnahmegeräts einholen

Einstellung des Arztes

1. Wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle für medizinische Fragen?
2. Wenn Patienten mit Informationen aus dem Internet kommen – wie finden Sie das?
3. Wie gehen Sie mit Patienten, die mit Informationen aus dem Internet kommen, um?

Gegenübertreten zum Patienten

1. Sie haben einen Patienten, der eine andere Muttersprache hat und sich über ausländische Seiten über seine Symptome schlau gemacht hat, wie gehen Sie bei so einem Fall vor? (Verständlichkeit)
2. Wenn ein Patient kommt, der sich schlecht artikulieren kann (andere Muttersprache, mangelnde Deutschkenntnisse), wie gehen Sie damit um? (Verständlichkeit)
3. Wenn ein Patient kommt, der sich schlecht ausdrücken kann, zum Beispiel nicht genau seine Symptome beschreiben kann (Kopfschmerz ziehend/stechend/pochend), wie gehen Sie damit um?
4. Ist es Ihnen schon mal passiert, dass Patienten eigentlich etwas anderes als Behandlung gemacht haben, als das was Sie Ihnen geraten haben? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? (Verständlichkeit)
5. Hatten Sie schon mal den Fall, dass Patienten trotz Ihrer Empfehlung Therapievorschlüsse aus dem Web vorgezogen haben? Wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen?
6. Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Sie und der vorinformierte E- Patient von zwei verschiedenen Dingen sprechen? Also dem, was der E-Patient gelesen hat und dem was Sie aufgrund seiner geschilderten Symptome

vermuten. Wenn ja, wie haben Sie das Problem gelöst? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? (Wahrheit)

7. Hatten Sie schon den Fall, dass Patienten sich das anhören, was Sie schildern, dann mit Ihnen diskutieren anfangen und es sich schlussendlich heraus stellt, dass sich diese über das WWW schon vorinformiert hatten und viel von dem halten, was sie dort gelesen hatten? Wenn ja, wie haben Sie darauf reagiert? Wie haben Sie sich dabei gefühlt? Wenn nein, wie wäre das für Sie? (Wahrhaftigkeit)
8. Was halten Sie von Patienten, die das Internet in Gesundheitsfragen konsultieren? (Legitimität)

Reaktion auf den E-Patienten

1. Wie reagieren Sie, wenn ein Patient mit Informationen aus dem Internet kommt?
2. Haben Sie nach oder während einem Gespräch mit einem E-Patienten schon einmal selbst im Internet nach Informationen gesucht?

Gespräch mit dem E-Patienten

1. Wie sieht ein typisches Gespräch mit einem E-Patienten aus?
2. Wie sieht das Gespräch mit E-Patienten aus – versuchen diese zu verhandeln, suchen nach Informationen, wollen Bestätigung?
3. Kommen häufig Patienten mit Wissen aus dem WWW?
4. Hatten Sie schon Patienten, die sich zuvor schon durch Informationen aus dem Internet selbst behandelt haben oder selbsttherapiert/Medikamente zum Beispiel aus dem Internet bestellt haben? Und wenn ja, wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? Warum finden Sie das ok/nicht ok?
5. Angenommen ein Patient kommt und sagt Ihnen, dass er Krankheitsbild XY hat und dass Sie ihm doch Medikament XY verschreiben sollten, da er sich schon vorinformiert hat und eigentlich nur hier ist um sich das Rezept zu holen. Wie gehen Sie damit um? (Problemlösungskompetenz)
6. Wenn dieser jedoch nicht locker lässt und auf seine vorgeschlagene Therapie besteht? (Problemlösungskompetenz)
7. Kommt es oft vor, dass Patienten erst viel später im Gespräch sagen, dass sie sich schon im Web vorinformiert haben und zum Beispiel einer anderen

Auffassung als Sie sind? Wenn ja, wie ist das für Sie/ wie gehen Sie damit um? Wenn nein, wie würden Sie darauf reagieren? (kommunikative Transparenz)

8. Was ist typischer, der Patient der von vornherein sagt, dass er sich schon informiert hat oder der Patient, der später im Gesprächsverlauf dies erwähnt und diskutieren will? (kommunikative Transparenz) * Differenzierung: ältere oder jüngere Patienten/ eher Frauen – eher Männer?/ Schweregrad der Krankheit/Symptome?
9. Hatten Sie schon einmal nach einem Gespräch das Gefühl, dass der Patient Ihren Ratschlag/ Ihren Therapievorschlagen/ Ihre Diagnose nicht richtig ernst genommen hat? Wenn ja, wie haben Sie sich dabei gefühlt/ wie sind Sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie sich dabei fühlen/ damit umgehen? (kommunikative Offenheit)
10. Hatten Sie nach einem Gespräch schon einmal das Gefühl, dass dieser Patient in Wirklichkeit sich schon viel mehr zu dem Thema informiert hatte und quasi von Ihnen nur Bestätigung haben wollte? Wenn ja, wie sind sie damit umgegangen? Wenn nein, wie würden Sie damit umgehen? (kommunikative Offenheit)

Zukunft des Arztes

1. Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes? Muss sich dieser vermehrt solchen E-Patienten anpassen?
2. Muss sich etwas im Hinblick auf die Gesprächsführung ändern? Wird es eine veränderte Aufklärungsarbeit geben? (Bsp. schon vor der eigentlichen Diagnose die Möglichkeiten schildern warum diverse Tests durchgeführt werden müssen da sonst die Patienten zu Hause alleine mit den Informationen aus dem Web sitzen?)
3. Wird das Web zukünftig eine Erleichterung für den Arzt darstellen?
4. Was glauben Sie, welche Rolle wird das Internet in Zukunft spielen?
5. Wie soll sich der Arzt in Zukunft im Internet repräsentieren? Soll er sich überhaupt im Internet repräsentieren? Z.B. durch eigene Websites, Chatmöglichkeiten,...

Kategorien für die Inhaltsanalyse nach Mayring

Version 2

	Schlagwort	Beschreibung
A	Dissonanz	
A1	G.I. Positiv	Gesundheitsinformationen sind eine Bereicherung für den Arzt und er empfängt vorinformierte Patienten mit offenen Armen.
A2	G.I. Negativ	Gesundheitsinformationen sind eine Belastung, da nur der Arzt allein über das nötige Fachwissen verfügt.
A3	Skeptizismus ggü. G.I.	Gesundheitsinformationen sind grundsätzlich gut, jedoch mit Vorsicht zu genießen, da viel Wissen falsch interpretiert werden kann.
A4	G.I. als Herausforderungen	Der Arzt ist der Auffassung, dass man nie auslernt und sucht deshalb selbst während oder nach einem Patientengespräch nach ihm unbekannte Informationen im Internet.
A5	G.I. weder gut noch schlecht	Steht den Informationen aus dem Internet neutral gegenüber, sieht diese als gegeben und versucht so gut wie möglich damit umzugehen.
B	Verständigungsorientierung	
B1	Verständlichkeit gegeben	Der Arzt versteht den Patienten und sein Anliegen auch wenn sprachlichen Barrieren vorliegen.
B2		Der Patient versteht den Arzt und seine Empfehlungen auch wenn sprachliche Barrieren vorliegen.
B3	Verständlichkeit nicht gegeben	Der Arzt versteht den Patienten und sein Anliegen aufgrund von sprachlichen Differenzen nicht.
B4		Der Patient versteht den Arzt und sein Empfehlungen aufgrund von sprachlichen Differenzen nicht.
B5	Wahrheit gegeben	Der Arzt hat das Gefühl, der Patient und er sprechen von den selben Dingen.
B6		Der Arzt hat das Gefühl, der Patient enthält ihm keine Informationen vor.
B7	Wahrheit nicht gegeben	Der Arzt hat das Gefühl, der Patient und er sprechen nicht von den selben Dingen.
B8		Der Arzt hat das Gefühl, der Patient enthält ihm Informationen vor.
B9	Wahrhaftigkeit gegeben	Der Patient legt offen, dass er nach Gesundheitsinformationen gesucht hat und dementsprechend vorinformiert ist.
B10	Wahrhaftigkeit nicht gegeben	Der Patient legt nicht offen, dass er sich vorinformiert hat und versucht eher die Empfehlungen vom Arzt zu diskutieren beziehungsweise in Frage zu stellen.
B11	Legitimität gegeben	Der Arzt findet es gut, dass Patienten sich im WWW schon zu Gesundheitsfragen informieren. Er sieht dies als Recht des mündigen Patienten.
B12	Legitimität nicht gegeben	Der Arzt findet es nicht gut, dass sich Patienten im WWW zu Gesundheitsfragen informieren. Er ist der Auffassung, dass studiertes Fachwissen nicht mit dem Wissen aus dem WWW vergleichbar ist

		beziehungsweise das Wissen aus des WWW nicht richtig von Laien interpretiert werden kann.
C	Theorie öffentlichen Vertrauens	
C1	Sachkompetenz gegeben	Der Arzt sieht den E-Patienten als mündige Person, der genügend Kompetenz besitzt nach Informationen zu suchen und diese auch richtig zu interpretieren.
C2	Sachkompetenz nicht gegeben	Der Arzt schreibt dem E-Patienten nicht genügend Interpretationsvermögen zu, um richtige von falschen Informationen unterscheiden zu können. Diese Funktion sollte der Patient nach Auffassung des Arztes ihm überlassen.
C3	Problemlösungskompetenz gegeben	Der Arzt geht mit vorinformierten Patienten quasi wie mit Kollegen um und geht auf die Wünsche und Forderungen des Patienten ein und diskutiert diese auch mit ihm.
C4	Problemlösungskompetenz nicht gegeben	Der Arzt sieht sein Fachwissen als unantastbar und ist deshalb der Auffassung, das Wissen und die damit verbundenen Forderungen des Patienten können nicht stimmen. Deshalb gibt es keine Diskussion um geforderte Behandlungen/Medikamente.
C5	Kommunikative Transparenz gegeben	Der Patient legt von Anfang an offen, dass er sich im Web vorinformiert hat und sich daraus schon eine Meinung gebildet hat.
C 6	Kommunikative Transparenz nicht gegeben	Der Patient informiert erst später im Gespräch, bei einer Diskussion oder ähnlichem, dass er sich bereits im Web vorinformiert hat und sich daraus bereits seine Meinung gebildet hat.
C7	Kommunikative Offenheit gegeben	Der Arzt ist der Auffassung, seine Patienten haben zu viel Respekt vor dem Berufsstand des Arztes und nehmen daher alle seine Ratschläge ernst.
C8		Der Arzt ist der Auffassung, dass es keine Patienten gibt, die Bestätigung für ihr recherchiertes Wissen haben wollen und in Wirklichkeit wenig Interesse an der Meinung des Arztes hatten.
C9	Kommunikative Offenheit ist nicht gegeben	Der Arzt ist der Auffassung, dass manche Patienten seine Ratschläge nicht richtig ernst nehmen.
C 10		Der Arzt ist der Auffassung, dass es Patienten gibt, die Bestätigung für ihr recherchiertes Wissen haben wollen und in Wirklichkeit wenig Interesse an der Meinung des Arztes hatten.
D	Zukunft des Arztes	
D1	Gesprächsführung - Änderung	Der Arzt muss an seiner Gesprächsführung was ändern, da Patienten womöglich schon mit Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten aus dem Web kommen und er dadurch eine andere Herangehensweise, z.B. mehr Aufklärungsarbeit an seinen Teil der Arbeit zu Tage legen muss.
D2	Gesprächsführung – keine Änderung	Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird so bleiben wie es ist, zuerst die Anamnese , dann die

		Diagnose.
D3	Web als Erleichterung	Die zukünftige Generation der Patienten ist um ein vielfaches webaffiner als die jetztige und kann dadurch auch besser richtige von falschen Informationen unterscheiden und wird dadurch eine Erleichterung für den Arzt.
D4	Web als vermehrte Anstrengung	Durch die größere Informiertheit der Patienten, auch mit Falschinformationen, muss der Arzt mehr Zeit für Gespräche aufwenden, da er vieles Richtigstellen und Erweitern muss was die Patienten schon wissen.
D5	Internet wichtig	Der Auftritt des Arztes im Internet wird zukünftig unabdingbar.
D6		Das Internet als Informationsquelle wird zukünftig wichtiger als es ohnehin schon ist.
D7	Internet gleich wichtig wie jetzt	Der Auftritt des Arztes im Internet wird zukünftig nicht wichtiger sein als heute.
D 8		Das Internet als Informationsquelle wird zukünftig gleich wichtig bleiben als heute.

1 **Interview von Arzt 1 am 15.05.2013**

2 Interviewleitfaden Version 1

3 Arzt für Allgemeinmedizin

4 Seit 10 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 A a::m zudem wie die Patienten sind muss ich noch dazu sagen, di::e a::m was sich
8 hier verändert hat ist die Problematik, dass die Patienten heute mit Diagnosen kommen. Ja
9 (.) und was sich insofern verändert hat is dass man den Patienten am Anfang des Gesprächs
10 dahin führen muss dass er einem die Beschwerden schildert (.) die Patienten kommen mit
11 Doktor Google informiert zu einem hin und sagen ich hab einen Bandscheibe also in meinem
12 speziellen Fall kann ich sagen einen Bandscheibenvorfall ja:: oder ich habs mit der
13 Bandscheibe das ist noch besser das ist der Klassiker ich habs mit der Bandscheibe ja mit
14 der Bandscheibe habens Sie's nicht weil die Bandscheibe tut selten per se weh sondern
15 sagen Sie mir wo's weh tut und ich sag Ihnen was Sie haben können wir uns drauf einigen?
16 U::nd das ist eher das was sich verändert hat dass diese:: ö:: früher war das die
17 Unwissenheit halt da sind die Patienten gekommen und haben gesagt ich hab Schmerzen da
18 tut weh und dahin muss man sie wieder zurückführen also das (.) dieses zeitweise:: (.) auf
19 der einen Seite gut auf der anderen Seite:: e::her schlecht meines Erachtens nach

20 I: mhm also wenn jetzt jemand kommt und sagt er hat das dann dann versuchen Sie
21 trotzdem::

22 A: ich denke beziehungsweise ich möchte wissen ä:: ich will nicht wissen dass er mir
23 die Diagnose gibt sondern ich hätt gern seine Beschwerden (.) fürs Diagnose stellen bin ich
24 zuständig (.) ja:: dafür muss man trotzdem obwohls das Internet gibt ah:: sollte man studiert
25 haben weil das Internet ist billig ja:: jeder kann was ins Internet stellen ja u::nd die wenigsten
26 Leute machen sich die die Mühe die Quelle zu hinterfragen (.) das heißt sobald Wikipedia
27 drauf steht muss es ja gut sein muss ja richtig sein oder?

28 I: @(.)@ dürfen wir nicht verwenden

29 A: L@(.)@

30 I: Lwissenschaftlich gesehen @(.)@

31 A: L ja eh drum warum ja (.)
32 weil die Quellenangabe sporatisch wenn:: wenn überhaupt vorhanden (.) aber das ist für die
33 Patienten nicht das was sie:: was sie nehmen sondern sie nehmen diesen Text eins zu eins
34 das ist die Wahrheit und man ist als Arzt dann gezwunge::n diese Informationen zeitweise zu
35 kanalisiere::n ihnen zu erklären was ist äh:: eine richtige Information was ist eine falsche
36 Information also da (3)

37 I: Wie gehen Sie das an, also fragen Sie da nach woher Sie die Informationen haben
38 oder
39 [A: Jo:: also ich pflege eine sehr offene:: Art der Konversation mit meinen Patienten wie
40 gsagt wo habens des her wer hatn des gsagt ode:r wo find ma des
41 I: Haben Sie da schon mal selbst nachgeschaut?
42 A: ja klar i schau nach also wenn der mir sagt aber das hab ich dort gelesen dann
43 schau ich mir das an dann sag ich habens sich das anschaut genauer also ich Zeit hab
44 dazu ich hab den Vorteil ich bin Wahlarzt (.) das heißt ah:: (3) ich hab für eine Erstge::ö::
45 ein Erstgespräch eine Stunde Zeit (1) oder ich nehm mir für ein=E:rstgespräch eineStunde
46 Zeit u::nd (.) in der Stunde kann man viel machen da kann man Klarheiten ah:: erhärten
47 Unwahrheiten beseitigen also (.) und da kann man einfach direkt auch darauf eingehen das
48 kost mir nix das ich das jetzt anschalte
49 I: mhm also würden Sie generell das Internet als Informationsquelle vor allem ich sag
50 jetzt mal nach einem Gespräch das man seine Diagnose recherchiert, finden Sie das gut das
51 Internet zu Rate zu ziehen?
52 A: Es ist einfach heutzutage so mein ob man das gut findet oder schlecht findet is::
53 glaub ich persönlich jedem selbst überlassen abe::r wir müssen einfach damit leben es wird
54 getan also:: muss mans bestmöglich dem Patienten erklären damit er's bestmöglich nutzt es
55 (.) es ist oftmals so dass ich eher (.) früher wars so dass ich man wenn ich gesagt hab a::hm
56 wir brauchen die und die Untersuchung (1) dann hat der Patient das gemacht ich hab im
57 Hinterkopf gewusst warum ich die Untersuchung machen wollte:: wie gsagt es gibt ein paar
58 Dinge die wir ausschließen wollen wir machen die Untersuchung (1) schau ma uns das an (.)
59 dann hat der Patient gwusst ok es geht mir nicht gut also:: wir müssen was ausschließen
60 abe::r wenn ich zum Beispiel sage heutzutage ma=e=Patient=bin ein Nachtschmerz dann
61 weiß ich es geht in meinem Kopf los ok Nachtschmerz in dem Fall klassischer Weise
62 Entzündung Tumor ja das wären so Sachen die da auszuschließen sind (.) sobald das Wort
63 Tumor fällt ja (.) schläft der Patient nicht mehr so ruhig ja u::nd wenn man das aber mit ihm
64 wenn gsagt wird man muss was ausschließen dann schaut er sofort nach der schaut im
65 Internet nach Nachtschmerz und der knallt ihm dann Tumor hin das heißt man ist eher dazu
66 veranlasst noch mehr Aufklärungsarbeit zu leisten weil man:: dem Patienten damit nicht
67 allein lassen möchte
68 I: Kommen eigentlich generell schon häufiger Patienten mit so nem Wissen?
69 A: ja:: durchaus
70 I: [also::
71 A: [das ist es ist unterschiedlich mein grad in meinem Bereich ist es so dass ich
72 sehr viele alte Patienten auch hab die:: ahh:: fangen halt an die ganz alten nicht aber die
73 jüngeren Alten sag ich jetzt mal so 60 70 herum die sind sicherlich alle im Internet irgendwo

mal so tätig und schaun sich an was sie da haben und schaun in welchen Foren nach (1) also kommen das wird noch mehr kommen weil einfach die Generation jetzt=so meine Generation wenn die in zwanzig Jahren oder in vierzig Jahren dann dabei san so=das=sie in der Richtung hat dann schaut man garantiert im Internet nach oder einem vergleichbaren Medium

I: Ist Ihnen schon mal passiert dass jemand versucht mit Ihnen zu verhandeln? Auf seine Meinung besteht was er im Internet gelesen hat oder ist es schon so dass Ihre Meinung mehr zählt? Also Ihre Diagnose?

A: [Nein, [Ja also ich bin in meinem Bereich a:: einfach gut ja also ich kann mir das leisten zu argumentieren u::nd da muss schon jemand sehr souverän sein dass er da @mithalten kann@ und wenn er der Meinung ist es ist das und ich bin der Meinung das ist es nicht dann sag ich ist ok dann stehen zwei Meinungen nebeneinander u::nd (.) wenn ich a:bsolut nicht der Meinung bin dass ich das so sehe und das ich das so behandeln würde ist zum Glück noch nicht vorgekommen aber dann würd ich ihm sagen wissens was da gibt's andere Ärzte die=sich ihrer Meinung schließ=anschießen wollen (.) ich pflege gute Medizin zu machen das bedeutet ich mache die Medizin die ich:: nach meinem Wissen und Gewissen gut vertreten kann und:: für Geld hab ich mich noch nie beugen lassen das heißt es ist für mich kein Argument ich sage ich zahle Sie deswegen habens das zu tun was ich möchte sondern man kommt zu mir damit ich ihm helfe und man kauft im Grunde nur mein Wissen ja (.) wenn er das Google-Wissen haben will, dann soll er bei Google anfangen @vielleicht=wollen=ja=die=behandeln@ aber das ist zum Glück noch nie vorgekommen

I: Ist Ihnen schon mal passiert dass ähm Patienten sich schon mal selbst medikamentiert haben?

A: [klassisch kommt immerwieder vor kommt aber auch genau das Gegenteil vor also grad bei Schmerzpatienten haben Sie schon was genommen? ne::in wieso:. a::Iso man kriegt alles @(.)@

I: Ok. Wie gehen Sie dann damit um?

A: Wenn ich im Spital bin und es ist drei in der Früh und der Typ hat noch garnichts eingenommen dann muss ich gestehen bin ich doch ein wengerl: missverstehend weil man sich denkt da hätt er auch irgendein Schmerzmittel nehmen können ja u:nd dann hätt er bis um sieben in der Früh durchgehalten abe::r ((räusper)) wenn er sich a:: (1) therapiert hatte mit irgendwas was nicht gut war dann sagt (.) ok dass das halt nicht das Optimum war (1) es ist halt das Problem bei der Sache ist glaub ich eher in anderen Bereichen zu sehen wenn man sich ansieht wie's in Apotheken abläuft wenn Patienten mit Diagnosen kommen die sie sich irgendwo geholt haben wo auch immer und zur Apotheke gehen und der Apotheke::r nimmt das auf und untersucht ihn ja nicht weil der macht das ja über den Ladentisch hinweg

111 und dann irgendwelche Medikamente gibt die er eigentlich so:: (1) nicht geben sollte wo
 112 dann im Hintergrund steht ja man holt sich dann das Rezept beim Arzt der gibt einem dass
 113 dann und es wir ja auch oft gemacht also in Krankenkassen:: ist das a:: bei
 114 Krankenkassenärzten ist das ganz anders dasdas System ist schlechter unter Zeichen weil
 115 viel weniger Zeit da ist ar:: sobald man Zeit hat kann man auf alles eingehen
 116 I: Also würden Sie da auch ein Problem bei den Apothekern sehen?
 117 A: Ja durchaus ja.
 118 I: Verstehen Sie eigentlich immer was Ihre Patienten wollen? Oder kommen Sie oft
 119 A: |I: geb mir Mühe
 120 |I: später drauf, na
 121 eigentlich vielleicht hat er des gemeint?
 122 A: Na (.) na (.) also (.) ich geb nicht Ruhe bis ich verstanden hab was er meint
 123 I: mhm und umgekehrt aus?
 124 A: ich geb mir Mühe ja
 125 |I:mhm
 126 |A:also (.) also ich frag auch so lange nach bis sies verstanden haben aber
 127 wie gesagt also ich hab Zeit (.) ich hab mir aber auch diese Art von Medizin genauso gewählt
 128 also ich würde ich hab einen Kassenvertrag ausgeschlagen (.) gesagt das ist nichts für mich
 129 genau diese Art von Medizin mach ich will genau Zeit haben mit meinen Patienten zu redn::
 130 des meinen Patienten erklärlich zu machen ich unterricht gerne also ich bin:: ich unterrichte
 131 andere Ärzte u::unterrichte Anatomie und:: wenn ich einen Patienten hab dann unterricht ich
 132 ihn genauso (.) also ich mach jetzt genau das eins zu eins was ich den anderen erkläre
 133 erkläre ich ihm auch das heißt ich unterrichte manche Patienten auf Arztniveau
 134 I: Wenn ein Patient Sie fragt „was würden Sie an meiner Stelle machen“? Oder
 135 |A: Ich geb meine
 136 persönliche Meinung ab also:: da versuch ich halt insofern etwas schizui zu sein und zu
 137 sagen ok wenn ich jetzt abgesehen vom Dr. T. nur als G.T. dastehe würd ich mich
 138 wahrscheinlich dafür entscheiden (.) aber das bleibt trotzdem:: meine Entscheidung: die ich
 139 aufgrund und dann erklär ich auch gleich warum ich diese Entscheidung für mich treffen
 140 würde warum die auf mein:: (1) man muss Entscheidungen die weitläufig gehen ja in
 141 verschiedensten Aspekten ah:: in Kombination bringen a:: hab ich Familie hab ich keine
 142 Familie:: ä:: hab ich Kinder hab ich keine Kinder: a::m:: wie alt bin ich:: das macht
 143 große=oftmals einen Unterschied also wenn ich eine ä:: ich sag wenn ich 75 bin ja und bei
 144 mir wird ein Tumor festgestellt dann überleg ich mir als Dr. T. dass man sagen muss ok nach
 145 besten Gewissen und schulmedizinischen Standard was können wir tun als G.T. sag ich mir
 146 mit 75 (2) lieber meinen Lebensabend schön in Ruhe und ä:: wenns aus is is aus aber ich

147 mag mich jetzt nicht auf die restlichen ich hab nicht mehr so viel Tage Zeit ja da wird dann
148 auf einmal das Lebensmaß in Tagen gemessen und da muss man sagen ok wieviel Tage
149 hab ich noch (.) dann will ich die doch wenigstens schön haben ja und nicht a:: dass mir
150 speiübel ist von der Chemotherapie mir alle Haare ausfallen von der Chemotherapie ich
151 eigentlich das Gefühl hab ich bin schon die ganze Zeit am Sterben weil die Chemotherapie
152 so furchtbar ist und dann ist die Wahrscheinlichkeit zu überleben trotzdem nur 50:50 ich
153 mein das war sie vorher auch ja und sterben werden wir alle irgendwann mal

154 I: Aber grundsätzlich im Gespräch versuchen Sie schon mehrere Alternativen
155 darzulegen und nur wenn nachgefragt wird ihre Meinung abzugeben

156 A: Genau, aber das ist ja auch meistens meine Meinung also in dem Fall bin ja:: bleibe
157 ja ein Mensch das heißt wenn eine:: eine ärztliche Meinung abgebe ist das auch meine::
158 persönliche Meinung (1) sind ja nicht zwei Menschen die da sitzen

159 I: Was glauben Sie, wie wird die Zukunft des Arztes ausschauen? Also, sie haben ja
160 schon gesagt diese Informationen aus dem Internet werden mehr kommen also auch mehr
161 Aufklärungsarbeit

162 LA: ich glaub schon

163 LI: von der Gesprächsführung

164 A: Die Gesprächsführung hängt immer mit das ist immer ein Zeitfaktor (.) aber ich
165 glaube dass im Endeffekt die:: die Tendenz hin zu den Wahlärzten zeigt einfach weil die
166 Menschen auch diese Zeit haben wollen eben au=vielleicht ist das ein Grund dafür vielleicht
167 ist das Internet durchaus ein Grund dafür dass die Leute zu Wahlärzten streben weil sie jetzt
168 mehr Fragen haben wenn ich nur sage mein Informationsstand beläuft sich darauf dass ich
169 sage ich habe Schmerzen (.) dann ist die einzige Frage die ich dem Doktor stelle warum hab
170 ich Schmerzen und was kann man dagegen tun. Wenn ich jetzt allerdings weiß es könnte
171 das das das das das das und das sein dann komm ich zu dem Arzt hin und sag ok gut ich
172 habe sieben Punkte über die ich mit Ihnen reden möchte und die wir mal ausschließen
173 möchten ja also:: und dann:: die Therapieoption hab ich mir angeschaut also das werden
174 dann auf einmal viel mehr Fragen also vielleicht wird's aus dem Grund heraus auch mehr
175 Zeit beanspruchen für den Patienten

176 I: Glauben Sie, dass es in Zukunft auch wichtiger wird, dass sich der Arzt im Internet
177 repräsentiert?

178 A: Ja absolut ja. Das ist (.) Das ist glaub ich nicht nur also ich seh das auch (.) also ich
179 seh wieviel Seitenzugriffe ich auf meiner Homepage hab und ich bin auch dem=in diesem
180 Internetbewertungsportal zu finden und seh wieviel das ausmacht die:: am:: wie die
181 Patienten über einen schreiben (.) und wie das a:: ein neues Medium für die Patienten
182 geworden ist wie sie sich austauschen können über Ärzte

183 I: Was halten sie vom Internetdokter?

184 A: Ganz schlecht.
185 I: Wieso?
186 A: Würden Sie zu einem Roboter gehen wollen?
187 I: Naja wenns schnell und unkompliziert ist und ich nur anklicken brauch was ich will
188 weil ich mich ja schon vorher im Internet informiert habe..
189 A: Genau was heißt glauben?
190 I: Nichts wissen?!
191 A: Genau. Wenn wir wissen dass es Jesus gegeben hat dann bräuchten wir nicht an ihn
192 zu glauben ja dann bräucht man auch nicht Medizin zu studieren ja also es bleibt im
193 Endeffekt ah::: bleib ich dabei Information ist gut aber ich glaube das eine Arzt-Patient-
194 Beziehung auch etwas ganz wichtiges ist erstens einmal kennt man den Patienten man führt
195 ihn man hat das Wissen oder sollte das Wissen dazu haben u:::nd wenn ich ah:: den
196 Patienten anschau dann seh ich oftmals Dinge die der Patient nicht bemerkt hat oder nicht
197 als wichtig eingestuft hat die aber sehrwohl wichtig sind und ich glaube:: selbst wen man das
198 jetzt perfekt ausarbeiten würde so einen Internetdokter dass er sagt er sitzt da mit einer
199 Webcam und da ist ein Erkennungsprogramm und er schaut einen an und a:: daraufhin wird
200 dann die Diagnose gebaut glaub ich trotzdem dass äh::: jemanden vor sich zu haben der
201 einem zur Not wenns einem schlecht geht die Hand nimmt und einfach hält und sagt ja
202 hörens ich bin da wir schaffen das schon irgendwie gemeinsam bedeutend besser ist als ich
203 hab irgendeine kalte Kiste die mir eine Antwort ausspuckt die mir passt oder nicht
204 I: Würden Sie bitte nochmal das Zitat wiederholen, dass Sie am Anfang gesagt haben
205 bevor das Aufnahmegerät eingeschaltet war?
206 A: das von Friedrich? Die alten Ärzte haben Latein gesprochen, die jungen Ärzte reden
207 Englisch und ein guter Arzt spricht verständlich.
208

1 **Interview von Arzt 2 am 19.06.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Facharzt für Orthopädie

4 Seit 11 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 I Also wie schon im Telefonat kurz angerissen, es geht um Arzt-Patienten-
8 Kommunikation im Hinblick darauf, dass sich Patienten im Internet zu Gesundheitsthemen
9 und über Krankheitssymptome informieren. Und jetzt frag ich Sie einmal, wie sehen Sie das
10 Internet als Informationsquelle gut oder schlecht also jetzt im Hinblick auf medizinische
11 Fragen

12 A Gemischte Gefühle einerseits gut die Menschen haben ein Recht darauf zu wissen
13 was sozusagen vorliegt beziehungsweise was es für Thematiken gibt, er hat auch ein Recht
14 darauf wie ähm:: wie die Anatomie sozusagen aussieht, was für typische Krankheitsbilder es
15 gibt also rein aus ähm:: als Kommunikationsform der heutigen Zeit als absolut notwendig und
16 gut ja auf jeden Fall ja

17 I Auch dafür dass man jetzt Symptome abklappert und so

18 A Das was immer das Problem ist wenn man sich mit einer (räusper) Sache beschäftigt
19 kommen natürlich ähm:: diverse Diagnosen in alle möglichen Richtungen zum Vorschein
20 also:: f:: sie rein einem also wenn ich jetzt beispielsweise ein Dutt mal durchlese da kommen
21 Pathologien zum Vorschein die jetzt nicht unbedingt ein Abnützung unter Anführungszeichen
22 oder ein Knorpelschaden muss nicht aktiviert sein und kann daher ähm:: zum jetzigen
23 Zeitpunkt beispielsweise auch keine Probleme machen also man muss auch nicht alles
24 behandeln was da drauf steht

25 I Also wenn jetzt ein Patient kommt der Informationen aus dem Internet hat, wie gehen
26 Sie damit um? Also wenn jemand kommt der sagt ich hab das gelesen, ich hab immer so
27 einen Schmerz

28 A Lja

29 I Les kann ein Tumor sein angenommen

30 A Lja

31 I wie reagieren Sie darauf?

32 A Dann geh ich an und für sich wenn ein Patient (räusper) mit der fixen Idee eines
33 Hirntumors ähm:: zu mir kommt dann:: muss ich alles diesbezüglich abklären um einen
34 Gehirntumor auszuschließen ganz einfach. *!Fehlerhafte Aufnahme!* Sei es Röntgen
35 Nervenleitgeschwindigkeit und so weiter dann werd ich das dazu anordnen und das als
36 einzelne Zusatzinformation zum Gesamtbild dazuzählen

37 I Also gehen Sie schon darauf ein wenn jemand kommt mit „ich hab das glesen und
38 kann des sein“ dass Sie dann auch in die Richtung schau’n?

39 A Natürlich

40 I Und wie finden Sie das grundsätzlich, dass man schon auch Selbstdiagnosen
41 nachschaut im Internetß

42 A Gut weil es eine:: ein (räusper) eine Identifikation mit dem eigenen Krankheitsbild
43 beinhaltet ich kann eine Hilfe zur Selbsthilfe geben also ich red jetzt nicht von einem
44 Hirntumor der irgendwo drauf drückt oder von einem Knochen äja:: Fehlstellung eines
45 Knochens wenn man zum Beispiel in eine Richtung bringen muss um ihn zusammen zu
46 schrauben kann Hilfe zur Selbsthilfe geben

47 I Geben Sie zum Beispiel, wenn jetzt jemand Sie danach fragt, Internetseiten an, wo
48 Sie sagen, dass sind eher vertrauenswürdiger Quellen, schauen’s da nach

49 A Nein also wenn mir ein Patient mitn:: mit einem absoluten Nonsense daher kommt
50 ahh:: die wissenschaftlich in keiner Weise eine Basis haben dann sag ich ihm das schon

51 I Angenommen Sie haben jetzt einen Patienten, der eine andere Muttersprache hat
52 oder zumindest mangelnde Deutschkenntnisse – der hat sich über ausländische Seite – also
53 etwas das Sie nicht kontrollieren können – also die Sprache nicht verstehen – über
54 irgendwas schlau gemacht und ist der fixen Überzeugung dass das das richtige ist

55 A Was das ändern sollte ausländisch zu deutschen

56 I Weil Sie das nicht kontrollieren können

57 A Warum kann ich das nicht kontrollieren? Die Sprache der Medizin ist Englisch
58 amerikanische Studien und so weiter also (.) ich glaube dass was wirklich ist, kann sein und
59 das ist auch durchaus möglich dass man gewisse Sachen einfach nicht weiß und ja dann
60 kann man ja fragen worauf sich diese woher er diese Information her hat und das selbst
61 nachlesen

62 I Wenn jetzt ein Patient kommt, der sich zum Beispiel schlecht ausdrücken kann, also
63 er kann zum Beispiel nicht beschreiben, wenn wir jetzt beim Kopfschmerz bleiben, ob der
64 Schmerz ziehend stechend pochend ist – wie gehen Sie damit um?

65 A Lmhm Lja

66 A Ich nehms zur Kenntnis also ob der ziehend stechend brennend pochend ist (.) naja
67 egal es wär für mich eine Zusatzinformation ist es ein Nachtschmerz ist es ein
68 Belastungsschmerz (räusper) die Schmerzqualität ob das ziehend stechend brennend ist da
69 jetzt weniger (.) für mich die Information aber selbstverständlich versuch ich der Sache
70 nachzugehen wann tut’s ihm weh ja unter Belastung ein Ruheschmerz ein Anlaufschmerz
71 ein Nachtschmerz ja Richtung Tumor eine Entzündung und so weiter ja also ich versuch
72 schon aus der Anamnese mir gute 80 Prozent der Diagnose herzuleiten

73 I Ist es Ihnen eigentlich schon mal passiert, dass ein Patient eine komplett andere
74 Behandlung gemacht hat als Sie ihm geraten haben und er ist dann wieder gekommen und
75 hat dann gesagt „ja, aber ich hab dann nachher im Internet gelesen und das ist viel
76 interessanter gewesen“

77 A Nein

78 I und wenn das passieren würde?

79 A Ist das Recht

80 I Darf er machen?!

81 A Der Glaube allein (.) dass jemanden eine Therapieform etwas hilft (.) wenn der
82 davon überzeugt ist und das sein Zugang ist um seine Leiden ah::: zu behandeln dann::

83 I Also stört Sie das nicht?

84 A Nein

85 I Haben Sie eigentlich oft Patienten die mit Informationen aus dem Internet kommen?

86 A Teils teils

87 I Sind das eher ältere oder jüngere? Frauen? Männer?

88 A Sowohl als auch

89 I Hätten Sie da Unterschiede gesehen bei den Symptomen? Also dass Sie eher
90 nachschauen, wenn sie irgendetwas bei der Wirbelsäule haben also wenn sie Schnupfen
91 haben oder so

92 A Tschuldigung ich hab die Frage jetzt nicht ganz verstanden

93 I Ob Sie eine Tendenz erkennen können wann sie im Internet nachschauen – wann sie
94 mit Informationen aus dem Internet kommen ob sie – vom Schweregrad der Erkrankung
95 nach Unterschiede erkennen können. Also dass man eher nachschaut wenn man was
96 chronisches hat und sich dort eher informiert wenn man schon länger in Behandlung ist, oder
97 ob schon Erstpatienten mit Informationen kommen

98 A Sowohl als auch (.) Sowohl als auch ich denke als Erstpatienten der eine ist
99 Erstpatient weil er:: erstmalig Schmerzen mittleren Grades hat und sofort den Arzt aufsucht
100 und der andere spielt sich halt ein halbes Jahr in äh Eigenbehandlung sozusagen ein halbes
101 Jahr äh::: durch und dann sucht er erst den Arzt auf – aber jedes Krankheitsbild das länger
102 andauert ähm:: ist der Patient auch so

103 I und das finden Sie ok? Ist das eher wünschenswert?

104 A Natürlich

105 I Haben Sie schon mal Patienten ghabt, die mit Ihnen diskutieren angefangen haben

106 A Natürlich immer diskutieren wir

107 I Schon

108 A Ja selbstverständlich

109 I und das ist ok

110 A Ja als Beispiel ich kann einen Fersensporen infiltrieren ich kann das ist eine
 111 Entzündung der Plantarfaszie am Fuß ja ich kann das infiltrieren ich kann jemanden zu einer
 112 Stoßwellenbehandlung schicken ich kann jemanden ein Rheumatikum zum schlucken
 113 aufschreiben ich kann jemanden zur Physiotherapie schicken all das sind
 114 Behandlungsmöglichkeiten ich kann auch jemanden zur physikalischen Therapie schicken
 115 und ihm ein CO2 Bad aufschreiben oder eine Jontophorese oder was auch immer das sind
 116 alles Therapieformen und ah:: es ist auch durchaus möglich dass er am Sandstrand
 117 spazieren geht zwei Wochen lang und die Beschwerden einfach wie weggeblasen sind und
 118 halt die Entzündung durch die:: durch das Meerwasser oder was auch immer ahh
 119 zurückgegangen ist ich kann jemanden nicht vorschreiben nur das ist der Weg der
 120 Behandlung im im werde schon eine Erkrankung die einen gewissen Schweregrad hat und
 121 wo wir fortlaufend entscheiden ah:: eine Läsion die auf eine Nervenwurzel drückt aber halt
 122 nicht ein einen Schmerz allein macht sondern wo periphere Ausfälle zu erwarten sind
 123 selbstverständlich darüber aufklären was in weiterer Folge passieren wird ja (.) aber ich kann
 124 ihn nicht dazu zwingen ich kann ihm ich kann ihm das dringend nahelegen ich kann ihm
 125 sagen wäre ich an Ihrer Stelle – sag ich ihm auch – die Dringlichkeit der Sache nahe legen
 126 wenn er's nicht macht ist es wiederum seine Sache ja
 127 I Haben Sie schon einmal während dem Gespräch – sie haben ja im Telefonat gesagt
 128 Sie sind Wahlarzt sie haben Zeit während dem Gespräch oder nachher
 129 A [naja Zeit ist relativ ja
 130 I Sie können sich mehr Zeit nehmen
 131 A Ich nehme mir mehr Zeit deshalb betreibe ich diese Art der Medizin ja
 132 I Haben Sie schon mal während des Gesprächs oder nachher selbst nach den
 133 Informationen im Internet gesucht?
 134 A Weil ich etwas nicht wusste oder wie
 135 I Ja oder weil der Patient so davon überzeugt war und
 136 A [ja selbstverständlich auch mnh::
 137 also da gibt's a konkretes Beispiel also da gings um eine:: irgendein neues Gerät und ob ich
 138 diesbezüglich Erfahrung habe und ich kannte das Gerät nicht und da hab ich mit Kollegen
 139 Absprache gehalten (*Aufnahme fehlerhaft!*)
 140 I Wie sieht so ein typisches Gespräch mit einem E-Patienten aus – also mit dem
 141 Patienten der mit Informationen aus dem Internet kommt – aus? (2) Haben Sie da
 142 irgendeinen Unterschied zu einem anderen Patienten gesehen? (2)
 143 A Rein prinzipiell wenn jemand zu mir kommt da habts mich machts mit mir was ahm::
 144 (3) sozusagen ein passiver Patient ah ist immer wesentlich schwieriger zu behandeln weil in
 145 Wahrheit eine Chronizität vorliegt eine gewisse Einstellung des Patienten ahm:: ist sicherlich
 146 schwieriger zu behandeln und deshalb mag ich auch die Vorinformation weil es mir also die

147 die die sozusagen die die die Hype Hypebildung des Patienten vorher per Internet weil es
148 mir eine ein: sozusagen zeigt das der Patient äh:: interessiert ist daran interessiert ist das es
149 ihm besser geht und er hat sich da einfach schon Information geholt und ah:: bespricht das
150 mit mir wie ich das sehe sozusagen als Fachmann aber das ist in keinsten Weise irgendeiner
151 Form ein Abprüfen oder weiß ich nicht ein ich weiß da was was Sie nicht wissen also in
152 diese Richtung geht's garnicht (.) ganz im Gegenteil

153 I Haben Sie schon mal Patienten gehabt, die sich selbst medikamentiert haben? Indem
154 sie zum Beispiel aus dem Internet bestellt haben?

155 A Aso dass sie irgendwelche medizinischen Geräte zum Beispiel (2)

156 I Oder auch bei diesem Online-Doktor sich Rezepte bestellt haben

157 A [das hab ich noch nicht erlebt nein
158 da würd ich sagen da nehmen meine Patienten doch den das Arztsein zu ernst als das sie
159 sich jetzt selbst in irgend einer Weise zu therapieren ja schon da hab ich mir ah in der
160 Apotheke die weiß ich nicht was für Tropfen oder das Gelenk Soda Rheuma irgendwas Bad
161 besorgt aber das seh ich jetzt nicht als echte Medikation (1) sicher da beginn ich jetzt schon
162 mir der Einreibung da hab ich die weiß ich nicht da Franzbrandwein die Einreibung mit dem
163 Franzbrandwein ist ja auch schon eine eine Therapie in der Form

164 I Ich mein eher so verschreibungspflichtige Sachen

165 A Hab ich eigentlich noch nicht erlebt nein

166 I Wenn jetzt ein Patient kommt mit dem Krankheitsbild XY und er kommt eigentlich nur
167 zu Ihnen um auch das Medikament XY zu holen, ist Ihnen das schon mal passiert?

168 A Nein

169 I [Wenn ja

170 A [dazu bin ich zu teuer (.) ja da geh ich doch lieber zum Kassenarzt und
171 ah::

172 I Aber Sie würdens nicht verschreiben oder schon?

173 A Wenn es für ihn Sinn macht und wenns eine gewisse Zeitdauer nicht übersteigt oder
174 wenn es ahm:: ja wenn ich es für indiziert sehe dann verschreib ich's ihm selbstverständlich

175 I Wie ist das so, nachdem Sie ja gemeint haben so 50% kommen schon vorinformiert,
176 sagen die das schon am Anfang schon, dass sie sich vorinformiert haben oder kommt das
177 erst später im Gespräch raus?

178 A Das kommt immer im Rahmen des Gespräches heraus

179 I Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass ein Patient ihre Therapievorschläge
180 nicht richtig ernst genommen hat? Oder dass er an dem festgeklammer hat was er jetzt im
181 Internet gelesen hat – angenommen?

182 A (3) Im Grunde genommen nicht natürlich hab ich es erlebt dass ein Patient nicht
183 gerade das macht was man ihm empfiehlt ahm:: ja selbstverständlich hab ich das erlebt aber

184 (1) ich bin jetzt weder dazu da jemanden von irgendetwas zu überzeugen ich hab nichts
185 davon ich zieh einfach die Behandlungsmöglichkeiten auf mit meiner persönlichen Erfahrung
186 ihm an diesen und jenen Fall am ehesten helfen würde oder nach meiner sozusagen
187 Erfahrung das Beste wäre alternative Behandlungsmethoden ich weiß nicht ah:: ja alles alles
188 was irgendwie dazu passt und was ihm helfen würde

189 I Also haben Sie's auch schon mal erlebt das Patienten gekommen sind und einfach
190 nur Bestätigung haben wollten von dem was sie sich schon vorher an Wissen angeeignet
191 haben

192 A Das sie sozusagen wissen wollten ja ich bin jetzt wieder beim Fersensporn ist das
193 jetzt ein Fersensporn ahm:: und ich sag ja meiner Meinung nach ist es das dass sie dann
194 sozusagen vielen Dank das wollt ich hören

195 I L und dann dazu sagen, ich hab das gelesen kann ich
196 das machen?

197 A ja aber das ist im Prinzip das selbe als wenn ich mir eine zweite Meinung einhole ja::
198 ja weil wenn ich jetzt von einem Herrn Doktor XY auf irgendetwas behandle auf irgendeine
199 Diagnose behandelt wurde oder der einen Therapievorschlagn gemacht hat z.B. OP ja
200 Operation kommen auch viele Leute zu mir die ganz einfach wissen wollen ob auch teilweise
201 ohne ohne Befunde um einfach zu schauen ah:: wie seh ich das wär das für mich auch eine
202 OP Indikation ohne das sie mir beispielsweise Bilder zeigen ohne das sie mir Befunde
203 zeigen wie ich das sehen würde un::d das ist in vielen Fällen sehr sehr ähnlich und in vielen
204 Fällen auch total unterschiedlich

205 I Also meiner Vorrecherche nach sind ja sehr viele Informationen aus dem Internet
206 nicht richtig die sind aufgepauscht oder irgendwie von Pharmakonzernen beeinflusst

207 A Lseh ich auch so ja
208 dafür bin ich ja da

209 I Ldann klären Sie das auf

210 A selbstverständlich ja

211 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes oder des Arztberufes im Hinblick jetzt auf die
212 Kommunikation

213 A (2) Wie die Zukunft aussehen wird kann ich Ihnen nicht sagen ich kann Ihnen auf
214 jeden Fall sagen dass die Medizin in die Richtung in die sie sich entwickelt hat ahm:: immer
215 schwieriger wird ahm:: in dem Sinn, dass wir ein Übermaß natürlich an Information haben
216 (1) ahm:: das hat halt Vor- und Nachteile das was nicht untergehen darf ist die
217 Kommunikation das Anamnese-Gespräch, die physikalische Untersuchung, die
218 Krankenuntersuchung und das ist in vielen Fällen bereits untergegangen wir betreiben hier
219 keine Befundkosmetik sondern ich behandle einen Patienten und kein Röntgenbild

220 I Glauben Sie, das sich in Punkto Gesprächsführung was ändern muss? Da die
 221 Tendenz steigend ist, dass immer mehr vorinformierte Patienten kommen, laut Studien.

222 A Und das ist schlecht, dass sie vorinformiert sind?

223 I Nein, ist nicht schlecht. Die Frage ist eher ob man hier was ändern muss, dass man
 224 zum Beispiel mehr Aufklärungsarbeit leisten muss. Im Hinblick, ich hab hier ein Beispiel,
 225 wenn man jetzt einen Patient mit Symptomen hat, der eventuell krebskrank ist, oder eine Art
 226 von Tumor oder dergleichen hat, und man ist sich aber nicht sicher, da es auch etwas
 227 anderes sein kann und man gibt als Arzt die Empfehlung die und die Untersuchung zu
 228 machen, um das auszuschließen. Das man zum Beispiel dem schon im Vorhinein sagen
 229 muss, es könnte ein Krebs, ein Tumor sein, weil man weiß, wenn dieser nach Hause geht,
 230 gibt er die Symptome so ein wie er sie jetzt vom Arzt erfahren hat oder was am Zettel oben
 231 steht oder so und erfährt das dann übers Internet. Also dass man die Patienten quasi schon
 232 vorbereiten muss was früher vielleicht nicht der Fall war.

233 A Seh ich ehrlich gesagt nicht so gerade im ländlichen Bereich wenns in einer
 234 Ortschaft jemanden haben der was ghabt hat und da ist dann im Rahmen der Abklärung im
 235 Spital das und das rauskommen dann hat der sowieso der auch sowas ähnliches hat dann
 236 vielleicht auch die gleiche Diagnose und beim Dritten der drüber redet haben alle das selbe.
 237 Also die Kommunikation gibt es ja schon seit Ewigkeiten und wenn ein Doktor bei jemanden
 238 mal irgendwas gut gemacht hat dann ist das ein super Doktor ja (.). Die Kommunikation gibt
 239 es schon sehr lange es gibt natürlich ahm:: man muss unterscheiden unter welchen Quellen
 240 man sozusagen im Internet sich schlau macht aber ich glaub schon dass eine:: wie gesagt
 241 dass das Schlaumachen ein ah:: eine:: ein Versuch der der Selbsttherapie ist ich finde das
 242 gut und finde der Patient ist absolut ein mündiger Patient der ein Recht darauf hat ahm::
 243 eine Aufklärung zu erfahren ah:: wie siehts aus was liegt im Vordergrund was ist eine Sache
 244 die nicht unbedingt so im Vordergrund steht ich sag jetzt mal irgendwelche Abnützungen
 245 irgendwelche Osteokontosen oder waß i net die jetzt aber nicht im Vordergrund stehen das
 246 ist ganz ganz wichtig dass der Patient ah:: kommuniziert sein Problem kommuniziert und (1)
 247 wie gesagt aus dem Gespräch sind sicher 80% der Diagnose herzuleiten Diagnose ist das
 248 Gespräch ist das sicherlich für mich die (2) die allerwichtigste:: Möglichkeit zum eigentlichen
 249 Krankheitssymptom zu kommen eine Medizin ohne Aufklärungsgespräch ohne Diskussion
 250 ohne (.) ahm:: ja sich mit dem Patienten:: zu unterhalten in die Privats in die Privatsphäre
 251 sag ich jetzt mal in sein soziales Umfeld hinein zu blicken ist für mich eine ah:. eine wär für
 252 mich eine Behandlung praktisch unmöglich das ist ganz ganz elementar ganz ganz wichtig

253 I Was glauben Sie, welche Rolle wird das Internet in Zukunft auch spielen, wird es
 254 mehr kommen? Also dass immer mehr Patienten zum Beispiel dass sich immer mehr
 255 Patienten schon vorinformieren oder hängt das mehr von der Art der Patienten ab?

256 A Das glaub ich am ehesten es gibt einfach das Medium Internet wo ich sozusagen
 257 schnelle Information bekomme (räusper) sei es über günstigsten Handytarif über weiß ich
 258 nicht Gebrauchtwagen oder wer bietet die günstigste Putzkraft an wie auch immer ich hol mir
 259 einfach die Information nicht vom Hören-Sagen sondern sitz allein vorm Computer und geb
 260 in Suchmaschinen diverse Begriffe ein also das ist einfach das Medium der heutigen Zeit
 261 Kommunikation in der Form hat es immer gegeben es hat sich nur etwas verändert ahm:: es
 262 wird der Arzt nicht mehr in seiner ah:: Absolutheit gesehen was ich gut finde ja der Doktor
 263 hot gsogt des is so und jetzt is des so vielleicht hat sich ja der Herr Doktor geirrt und wenn
 264 der Herr Doktor das nicht sagen kann dass er sich geirrt hat dann ist er auch ein schlechter
 265 Doktor also ich glaube ehrlich gesagt es gibt die Leute die Information haben wollen und das
 266 signalisiert mir der Patient auch und es gibt die Patienten die ganz einfach passiv sind die
 267 auch sehr sehr schwer zu behandeln sind was ich aber auch formuliere
 268 Und jetzt sind wir auch schon bei meiner letzten Frage, glaube Sie, ist es in Zukunft auch
 269 wichtig, dass sich der Arzt im Internet repräsentiert?

270 A Haben's schon mal auf meine Website geschaut @(.)@ ahm:: selbstverständlich ist
 271 es notwendig ahm:: in irgendeiner Weise zu zeigen wie man die Dinge sieht und und wie's
 272 sozusagen ausschaut wie der Zugang oder unser Zugang zu gewissen Sachen ist
 273 selbstverständlich ja

274 I Ich hab diesbezüglich Zukunftsprognosen gelesen, zum Beispiel das, ein
 275 möglicher Vorschlag wär zum Beispiel dass man eine Chatfunktion einrichtet oder einen
 276 regelmäßigen E-Mail Verkehr, oder so in die Richtung so wie der Internetdokter unter
 277 Anführungszeichen, der inzwischen ziemlich populär war. Glauben Sie sollte es in die
 278 Richtung gehen?

279 A Ich glaube ein gewisses Patientenkontext würd ich dadurch ah:: ja für ein gewisses
 280 Patientenkontext wäre das ahm:: denen würde das sehr gut gefallen mir als Arzt würde das
 281 absolut nicht gefallen rein ah:: per Mail zu kommunizieren oder auch 24 Stunden mich
 282 permanent mit medizinischen Problematiken oder Pseudoproblematiken auseinander zu
 283 setzen (räusper) und das Gespräch ist wie gesagt nur ein Punkt, es gehört die physikalische
 284 Untersuchung dazu man muss den Patienten dazu sehen ja.

285 I Also darf ich daraus schließen, dass sie vom Cyberdokter nicht viel halten?

286 A Sie können folgendes daraus schließen dass das Bauchgefühl was ein Arzt hat über
 287 65% ausmachen sollte, also wenn jemand bleich in die Ordination herein kommt dann seh
 288 ich das nicht ah:: dann seh ich das nicht übers Internet und dem würd ich keine Infiltrationen
 289 empfehlen dem wird ich weiß ich was nicht empfehlen aber ich wird ihm Blut abnehmen und
 290 schauen ob vielleicht in irgendeiner Form irgendwas dahinter liegt und also das sehen, das
 291 spüren einfach unsere (.) all unsre Wahr: unsere Sinne die wir als Ärzte haben auf die sollten

292 wir weiterhin ah::: weiterhin nützen. Eine Kommunikation rein übers Internet halt ich für ah:
293 für falsch einfach

1 **Interview von Arzt 3 am 01.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Facharzt für Urologie und Anthropologie, OA in Mistelbach

4 Seit 8 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 I Ich frage Sie jetzt mal grob heraus, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle
8 generell?

9 A Jo, sehr positiv im Prinzip kommt halt immer drauf an was man sucht und die Frage
10 wie man es interpretiert was man findet also es ist sicher nicht ah:: einfach die
11 Informationsfülle die man dort findet auch zu verarbeiten vor allem als Patient natürlich

12 I Trauen Sie den Patienten die Kompetenz zu dass sie das können? Oder wie ist hier
13 ihre Erfahrung?

14 A Ja es kommt immer drauf an in welchem Stadium der Ausbildung man ist oder auf
15 welchem Stadium seines Wissens dass man grad is zum einen natürlich wenn man weniger
16 weiß als der Patient ist natürlich blöd wenn der Patient jetzt ((räusper)) aber genau das weiß
17 was man selber auch weiß aber nur nicht das jetzt richtig anwenden kann dann bin ich schon
18 klar im Vorteil also es stört mich nicht wenn der Patient ähnliche Sachen weiß die ich schon
19 beurteilen kann sagen wirs mal so wenn er mit den neuesten Sachen kommt die ich schon
20 mal gehört haben sollte und die ich jetzt einschätzen kann wie wichtig sind die oder wie
21 weniger wichtig sind die dann hab ich natürlich einen klaren Vorteil und es freut mich auch
22 wenn der Patient dann ungefähr weiß ((räusper)) was er r zu erwarten hat ja stört mich dann
23 nicht

24 I Also wenn jetzt ein Patient kommt, mit Informationen, wie gehen Sie damit um?

25 A Ja wie ich sagte also wenns etwas ist das ich beantworten kann, dann ah:: kann man
26 drüber ausführlich reden sollte es jetzt etwas sein dass ich garnicht weiß oder garnicht
27 gehört habe dass wirs anbieten oder sollte ich nur peripher wissen ahm muss ich ihn einfach
28 wohin verweisen wo er das dann bekommen kann

29 I Also haben Sie schon mal selbst nachgeschaut?

30 A [Im Internet?

31 I [Ja wenn ein Patient mit so etwas
32 gekommen ist dann

33 A [Ja Ja sicher sicher weil ich ja ich denk jetzt nur an die neuesten Methoden
34 der Abklärung der Vasilaskopie zum Beispiel oder so Sachen dann schau ich schon auch
35 nach was es ist hab ich jetzt Gott sei Dank ja gewusst aber wo's gmacht wirt (1) Also man
36 hört dann ja eh (.) bei den neuesten Sachen wie (.) wie die zum einschätzen sind net und

37 dann (.) kann man sie weiterempfehlen aber man informiert sich dann natürlich auch über
38 Internet

39 I Also angenommen Sie haben jetzt einen Patienten, der eine andere Muttersprache
40 hat oder sich generell schwer artikulieren kann, wie gehen Sie da vor?

41 A Der Patient hat eine andere Muttersprache und er kann sich schwer artikulieren

42 I [Ja, oder
43 und

44 A Dann hol ich mir nach Möglichkeit einen Dolmetscher aber das hat man ja eh aus
45 allen möglichen Sprachen im Krankenhaus

46 I Und wenn er jetzt nicht ganz genau seine Symptome beschreiben kann?

47 A Dann wird's schwierig

48 I Also als Beispiel der Kopfschmerz und er kann nicht genau beschreiben wie der
49 Kopfschmerz ist.

50 A Dann kriegt er Schmerztherapien und fertig

51 I [Also einfach mal probieren oder wie?

52 A Ja genau wenn er nicht genau seine Beschwerden beschreiben kann ich mein,
53 meistens tut man eh dorthin zeigen wo's weh tut und und die Sache hat sich
54

55 I Ist es schon mal passiert, dass Patienten eine andere Behandlung gemacht haben,
56 als Sie geraten haben – also wenn sie wieder gekommen sind?

57 A Ja pf::

58 I Das sie vielleicht auch gesagt haben ich hab das gelesen im Internet und mir war das
59 A [Na
60 eher selten ich mein ah:: es:: man kann ja vor allem bei den Krebspatienten man kann
61 natürlich eine Therapie anraten und dann kann man natürlich den den Patienten sagen sag
62 ma auch ich war auch mal bei so einem Seminar also wenn man Patienten erstmal eine so
63 eine Therapie anrät ein Therapieschema anrät und sie sind sich nicht ganz sicher wenn man
64 dann sagt wissens was nehmens die ganzen Unterlagen von uns mit und gehens halt zu
65 einem Kollegen und fragen halts bei dem Kollegen nach der Meinung dann erkennt man
66 sofort dass die dann sofort zurückrudern und sagen nana ich vertrau Ihnen ja eh ja und dann
67 also dann plötzlich wenn man Ihnen die Wahl dann überlässt ist es plötzlich zu viel Wahl und
68 dann kehren sie wieder zurück also die meisten sind eigentlich relativ froh wenn man
69 zumindest so tut als ob man die Wahl denen lässt und dann kommen sie sofort dahin zurück
70 wo man aufgehört hat und sagen na des werd'n's scho wissen sie sind Arzt das ist immer das
71 häufigste das man dann zu hören kriegt ist dann sie sind ja der Arzt und sie müssen das
72 schon wissen. Also die meisten bleiben dabei ja

73 I Wenn wir jetzt grad von Krebspatienten sprechen, die haben ja eine länger
74 andauernde Therapie und ich hab dann auch gelesen, dass viele sich so in Foren und so
75 austauschen über ihre Krankheit und so, haben Sie da Erfahrungen gemacht?

76 A Na ich hab aber ich (.) die Foren schau ich mir hin und wieder selber an ah::: wenn
77 ich auf der Suche nach irgendwas besonderem bin, also ich schau auch sehr oft im Internet
78 nach bezüglich irgendwelchen Krankheitssymptomen oder irgendwelchen Krankheitsverläufen
79 um sich da auch zu informieren also das schreiben ist natürlich die meisten die sich in Foren
80 wirklich regelmäßig austauschen die haben meistens eine wirklich sehr lange
81 Leidensgeschichte und sehr ausgefallene Sachen die jetzt ah::: net häufig vorkommen Gott
82 sei Dank net also die sich da austauschen haben meiner Meinung nach wirklich ein Problem
83 dass nicht so einfach in den Griff zu bekommen ist.

84 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, also wenn Sie wussten, dass es ein vorinformierter
85 Patient ist der sich wo auch immer, im Web vorallem vorinformiert hat, dass sie erst später
86 im Gespräch darauf kommen sind, dass er eigentlich ganz was anderes gemeint hat als das
87 wovon Sie ausgegangen sind aufgrund seiner Symptome? Also das er quasi was gelesen
88 hat, was seine Symptome beschrieben hat und eigentlich davon gesprochen hat was er dort
89 gelesen hat und Sie seine Symptome aber ganz anders interpretiert haben.

90 A Ah::: das war jetzt nicht ganz klar die Frage

91 I [Ja das Sie dann drauf gekommen sind (.) er
92 beschreibt seine Symptome und hat im Internet gelesen das die Symptome das bedeuten,
93 das heißt er ist eigentlich der Meinung, dass es das ist, und Sie sehen aber ganz was
94 anderes

95 A [Jajaja natürlich, also das schon also das ist sehr oft also bei bei jungen Männern vor
96 allem beim Hoden die haben einen, also das häufigste Karzinom bei Männern ist ja der
97 Hodenkrebs und da kommen junge Männer sehr oft die äh::: beim Tasten zum Beispiel jetzt
98 da eine normale anatomische ah ah ah Form getastet haben zum Beispiel der Nebenhoden
99 ich mein wer sich anatomisch nicht auskennt weiß ja nicht das der Nebenhoden beim Hoden
100 dabei sein muss und wenn sie jetzt irgendwie Angst haben dass sie Hodenkrebs haben
101 könnten aufgrund von was i net der Nachbar hats oder einer Freund hats sie haben jetzt
102 gehört im Radio davon oder sonst wo, dann dann sind die voller Begeisterung ich hab jetzt
103 Hodenkrebs schau sich das auch im Internet nach und im Endeffekt ist dann nix do. Kommt
104 bei jungen Männern häufig vor

105 I Und wie gehen Sie jetzt damit um?

106 A Ich schau mir das an und sag das ist jetzt kein Hodenkrebs

107 @.@ Dann sind sie

108 meistens sehr glücklich.

109 I Wenn Sie jetzt sagen die haben sich vorinformiert oder die haben sich schon ein
110 gewisses Bild gemacht, haben sie dann schon einmal mit Ihnen diskutiert?

111 A Jaja freilich Diskussionen gibt's dann schon auc (.) ah::: wobei wobei ah:: wie gsagt
112 es kommt immer drauf an wie gut man sich letztendlich selber auskennt Diskussion kann
113 man dann zulassen wenn man weiß das man das man Ahnung hat natürlich wie ich am
114 Anfang der Ausbildung war hab ich mich auf Diskussionen nicht wirklich so einlassen können
115 aber jetzt mittlerweile kann ich schon kann ich schon mitreden irgendwo also Diskussionen
116 sind dann sind dann zulässig wenn mir a) der Patient sympatisch ist wenns jetzt da also
117 wenn ich überhaupt mit dem reden möchte und wenns wenns Sinn macht es gibt Leute mit
118 denen ich nicht diskutier wo ich garnicht möchte schau's dass ist halt so und aus gibt's
119 auch ja weil man merkt ja wo's dann wirklich wo man auch diskutieren muss oder oder wo er
120 nicht aus der Ambulanz vorher rausgeht bevor man nicht länger mit ihm geredet hat und ahm
121 wenns jetzt wirklich um Streitigkeiten geht gibt auch Leute wo man sagt schau's jetzt
122 diskutier ma nimmer ich hab Ihnen gsagt was los is und aus gibt's auch also Diskussionen ja
123 wenns notwendig ist dann diskutier ma schon drüber

124 I Also hängt das dann stark vom Patienten ab wie der ist?!

125 A Ja natürlich auch es gibt Leute die wollns ganz genau wissen und es gibt Leute die
126 wollens nicht so genau wissen und wenn man dann an einem Punkt angekommen ist wo die
127 Diskussion schon wieder von Neuem beginnt da kann man auch sagen jetzt haben wir alles
128 gesagt und jetzt gehn ma

129 I Was halten Sie generell von Patienten die das Internet zu Gesundheitsfragen
130 konsultieren?

131 A Ja macht ein jeder mach ich auch also is gut

132 I [absolut legitim

133 A [freilich man ist ja blöd
134 wenn man's nicht macht ja man muss schon alle Sachen nutzen die einem zur Verfügung
135 stehen ja

136 I Haben Sie irgendein Muster erkennen können, gibt's einen typischen
137 Gesprächslaufaden mit einem E-Patienten – kommen die anders als nicht informierte
138 Patienten?

139 A Na es is es ist aber die Tatsache dass es jetzt nicht so ist sie stellen sich das
140 wahrscheinlich ein bisschen anders vor es ist eigentlich der:: (.) es kommt jetzt keiner und
141 sagt schau's das ist so und so und ich hab mich jetzt informiert sondern die haben schon
142 eine prinzipielle Angst und eine Frage schauen Sie mal das hab ich jetzt gespürt und die
143 getastet schauen Sie mal nach ob das was is und dann schau ich auch mal nach und frage
144 wie lange haben's das schon und jo des is jetzt und dann sagens ja ich hab eh auch schon
145 nachgelesen im Internet und dann sagens nur ja ich hab ja eh auch schon da geschaut und

146 da hätt ich geglaubt es könnt das auch sein und dann kommts eben na ich halte das für das
 147 und das und dann ist die Diskussion auch wieder beendet es ist jetzt nicht so dass die
 148 Patienten jetzt ein eigenes Auftreten haben. Sie erwähnen halt auch beiläufig im Rahmen
 149 des Gesprächs dass sie halt auch mal nachgeschaut haben.

150 I Also es kommt eher erst später im Gespräch

151 A [Richtig es ist jetzt nicht so dass einer kommt und
 152 so mit den Finger zeigt und sagt ich weiß jetzt was sondern es kommt im Gespräch dass
 153 man halt fragt wie lang habens das schon und habens Veränderungen bemerkt und so und
 154 dann sagens ja das hab ich bemerkt und ich hab dann nachgelesen

155 I Das heißt es ist jetzt nicht so, dass sie schon mit Diagnosen kommen

156 A [Nein nein die die
 157 die sagen schon prinzipiell ich hab da jetzt was und deuten zuerst mal dahin wo's ein Problem
 158 haben und dann im weiteren Verlauf kann man dann eventuell eine (.) eine Frage
 159 beantworten die's dann auch aus dem dann Internet haben das heißt da geht's dann über
 160 Risiko und ja im Internet ist gstanden das und da kann man dann sagen ja das ist bei Ihnen
 161 garnet der Fall oder bei Ihnen war das habens scho Recht das ist so aber es ist nicht
 162 so,dass das Internet gleicht jetzt da wie ein Schild vor sich hergetragen wird bei den
 163 Patienten ist es net so die kommen dann im Verlauf

164 I Kommen eigentlich häufiger Patienten, die sagen sie haben sich im Internet informiert
 165 oder hat das im Laufe der Zeit zugenommen?

166 A Na es ist tatsächlich jetzt nicht so besonders die meisten, die meisten
 167 Informationsgewinne haben die Patienten tatsächlich von von von Freunden die sagen ja:::
 168 mein Freund ist da auch operiert worden und dem geht's jetzt geht's jetzt nicht so gut und
 169 deshalb glaub ich des muss i jetzt net haben ich hab halt gehört oder die Leute sind jetzt
 170 auch nicht so auf Zack weil die Medizin ist schon sehr kompliziert ist und wenn man da was
 171 eingibt die Flut an Information kann jetzt ganz ehrlich nicht einmal ein Experte bewältigen ja
 172 also die Experten sind heute schon so in einem kleinen Gebiet Experte dass sie zum
 173 Beispiel wenn man jetzt eingibt Prostatakarzinom (.) also Prostatakrebs dass da da kann
 174 sogar i was net da Professor Gero Kramer schwer überblicken was da alles los ist und der
 175 kennt si wirklich gut aus wahrscheinlich wüsst er selber nicht was er sich da selber antun
 176 würd für eine Therapie glaub ich jetzt mal also nein die Patienten hören das meistens
 177 tatsächlich auch von anderen ob das gut oder schlecht ist

178 I Haben Sie schon mal Patienten ghabt, die sich selbst behandelt haben zuvor?

179 A Ja ja, selbstbehandelt schon aber auch durch Hausmittelchen die halt von anderen
 180 empfohlen worden sind.

181 I Also weniger, dass sie im Internet nachgelesen haben

182 A Das ist vielmehr auch so Mundpropaganda die schwören halt auf Homöopathie oder
183 Bachblüten und andere Sachen halt durchaus auf Alternativmedizin und sagen das alles aus
184 der Schulmedizin ist ein Topfen und ah:: verlassen dann sofort wieder die Ambulanz also die
185 kommen dann mit irgendwelchen Fragen und nehmen dann wieder was ganz anderes das
186 gibt's scho oder denken sich das war jetzt sehr nett aber ich nehms trotzdem nicht aber das
187 sind Leute die jetzt auch nicht wirklich krank sind wo ma so sagt die einfach mit Halsweh ins
188 Krankenhaus geht und da Schmerzmittel kriegt da kann man genauso garnix nehmen oder
189 irgendwas anderes also Leute die wirklich krank sind nehmen das schon was man ihnen
190 aufschreibt

191 I Ist es schon mal vorgekommen, dass ein Patient kommt, sagt i bin der festen
192 Überzeugung oder mir tut des weh und ich will jetzt dieses Medikament haben, also das er
193 einfach nur eine Verschreibung

194 A [Jo schon aber das sind dann auch, des sind dann Leute die a)
195 seltsam sind meistens auch andere Probleme haben psychische und die das aber auch
196 schon mal gehabt haben die wissen schau'n's i was genau des hilft ma sie brauchen garnix
197 anderes tun und das verschreiben gibt's immer wieder einmal

198 I Also eher auf Erfahrung basierend

199 A [das sind eher Leute die das schon einmal genommen
200 haben und die wissen das schon seit 10 Jahren und es hilft mir nur das und möchten haben
201 das sie das aufschreiben

202 I Machens das dann?

203 A Joaa sicher (1) weil da hat man ja schon so einen Krankenakt da liegen net und das
204 dann sieht, dass sich der also ja schon außer es würde ihm schaden augenscheinlich aber
205 wenns es da nur um an Schmornn geht

206 I Haben Sie, Sie habens ja schon vorher angedeutet aber ich weiß nicht ob ich das
207 jetzt richtig verstanden habe, dass Patienten gekommen sind, die ihre Empfehlung garnicht
208 so ernst genommen haben?

209 A Ja gibt's ja immer wieder

210 I Und wie gehen Sie dann damit um oder wie ist das für Sie?

211 A Stört mich jetzt auch nicht so außer sie kommen halt immer wieder ja zuletzt hab ich
212 einer Dame ein Mittel gegen gegen Inkontinenz verschrieben und die nette Dame hats nicht
213 verwendet und dann hat mich eine Angehörige angerufen rinnt scho wieder aus und dann
214 sag ich ja (.) du hast ma erst letzten Sonntag (2) die Angehörige hats ma erzählt sie hat die
215 Tabletten eh nie gnommen und dann rufts ma an und sagt dass sie das sie jetzt wieder das
216 Problem hat und dann sag i dann soll sie's mal nehmen aber es is halt so die die (.) die
217 Leute wenn sie's nicht nehmen das ich dann natürlich nicht persönlich das ich nicht
218 persönlich jetzt beleidigt bin das ist ma jetzt nicht so wichtig.

219 I Ist es schon mal vorgekommen, dass relativ kompetente Personen kommen sind, die
 220 wirklich sich viel mit dem Thema schon beschäftigt haben und die vielleicht auch nur
 221 Bestätigung haben wollten? Also für das was sie sich gedacht haben was richtig ist.

222 A Ja bei (.) die die die sehr unaufrichtig also die die die die Sachen die ja eh offensichtlich
 223 sind net ahm::: (.) wenn jetzt da eine junge Dame kommt und sagt sie hat brennen beim
 224 Harnlassen ich hab jetzt an Harnwegsinfekt dann hat sie natürlich vollkommen Recht aber
 225 das ist jetzt nicht schwer also die (.) gewisse Leute ahnen halt auch wenn irgendwas
 226 schreckliches ist das jetzt das sie sagen ja das hab ich geahnt eher selten sag ich mal so
 227 außer bei Sachen die wirklich eh (1) augenscheinlich sind net so

228 I Jetzt ganz allgemein, wie sehen Sie die Zukunft des Arztes jetzt auch im Hinblick auf
 229 Internet?

230 A Also das Internet halt ich jetzt mal für nicht eine so wichtige Sache weil ich
 231 erlebe jetzt nicht oft das das Internet jetzt eine wichtige Rolle spielt in der Ambulanz oder in
 232 der Ordination eher weniger das Internet zum Austauschen ist zwar nett aber sie tauschen
 233 sich aber auch glaub ich durch Gespräche eher aus und ah ja (1) also das Internet hat für
 234 mich jetzt zum nachschauen schon und zum kurz informieren aber wenn wenn man sich
 235 wirklich auskennt und weiß was man sucht ist das Internet gut aber wenn man zum wenn
 236 man wenn man ein Thema gar nicht kennt wie ein Patient der jetzt diagnostiziert bekommt ich
 237 hab jetzt keine Ahnung ein papilläres Nierenzellkarzinom und wenn der dann nachliest hat er
 238 glaub ich wenig Gewinn wenn er sich überhaupt nicht auskennt mit der Materie ich glaub da
 239 hat's Internet für den Patienten relativ wenig wenn man sich wo auskennt und wenn man
 240 gezielt sucht ist Internet natürlich super aber ich glaub insgesamt spielt das Internet für die
 241 Medizin keine große Rolle ich fühl mich jetzt da auch nicht irgendwie durch das Internet
 242 irgendwie bedrängt als Arzt dass der Patient mehr weiß als ich und ahm::: da Arzt also genau
 243 konkret zum Thema Internet das Internet ist für mich sehr wichtig als Arzt weil ich da immer
 244 nachlesen kann wenn ich mal wo net auskenn. Das ist das schon wichtig.

245 I Und das machen Sie auch während einer Behandlung oder danach?

246 A Ja freilich das kann ich ja jederzeit machen. Gott sei dank ist man ja vernetzt überall
 247 und es gibt ja Leute zum Beispiel wenn da keine Ahnung es kommt irgendwer daher und
 248 zeigt mal halt irgendwie jetzt eine seltsame Stelle auf der Haut und (.) ich kenn mich jetzt
 249 dermatologisch net so gut aus und ich hab irgendeinen Verdacht halt wieder weil die
 250 Dermatologie hab ich schon halt mal gelernt irgendwann und glaub es könnte ausschauen wie ein
 251 sowieso geb ich das gleich auf Google ein und schau mir das an ob da jetzt meine Diagnose
 252 richtig liegen kann und schau mir dann auch gleich die Behandlung an also (1) auch
 253 während der Behandlung kann man ins Internet einsteigen und wenn man jetzt sagt ich kenn
 254 mich jetzt net aus das ist jetzt auch nix was ich jetzt wissen müsste in dem Sinn ja kann man
 255 immer wieder nachschauen es stört auch keinen Menschen es stört auch keinen Patienten (.)

256 Also also wenn man weiß um was es geht und was man wissen darf und was man nicht
257 wissen darf kann man sofort im Internet nachschauen und dem Patienten auch sagen Moment
258 ich schau gleich nach als das ist kein Problem. Dosierungen von Medikamenten (.) kann
259 man alles nachschauen

260 !Nachtrag, Antwort per Mail auf die Frage, welche Seiten der Arzt besucht: Häufig
261 Schlagwortsuche über Google, dann Wikipedia. Oft direkt über ein
262 Fachportal:<http://www.urologielehrbuch.de/>

263 I Glauben Sie dass sich in der Gesprächsführung was ändern muss? Also dass
264 vielleicht doch mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden muss? Weil Patienten zum Beispiel
265 mit einfach viel mehr Möglichkeiten kommen die sie besprechen möchten? Also Patienten
266 kommen das erste Mal zu Ihnen, bekommen die Diagnose, gehen damit heim und
267 informieren sich dazu, und haben dann zehn Möglichkeiten was natürlich Fragen aufwirft mit
268 denen sie dann wieder zu Ihnen kommen.

269 A Jo also das ist zum Beispiel ein konkretes Thema Prostatakarzinom eins der
270 größeren Themen auch bei uns wenn der Patient von mir informiert wird er hat jetzt
271 Prostatakrebs und ich sag ihm was wir tun können dann kommt er zurück und sagt ja:: da
272 gibt's ja auch noch die Möglichkeit von ich weiß nicht ah:: (2) was gibt's no ah:: von der
273 roboterassistierten Prostatasektomie da würd ich sagen ja die gibt's aber halt nicht bei uns
274 da müsstens halt keine Ahnung zu den barmherzigen Brüdern fahren und dort können Sie
275 sich das machen lassen ich mein da muss ich ihm sagen wo auch die Grenzen sind ich
276 muss nur ungefähr auch wissen was was was state of the art ist und was modern ist und
277 muss wissen wo es zu finden ist und wenn er das aus dem Internet hat die Grenze ist auch
278 das was ich persönlich anbiete das er reden können wir über alles und wenn er's weiß dann
279 ist gut aber das wird sich auch ohne das herumsprechen net (.) also die ich glaub der
280 Internet ist jetzt wirklich das ist soviel Information im Internet und wenn der irgendwas
281 ausgefallenes hat dann muss man ihm auch sagen können das gibt's ja garnicht bei uns da
282 müsstens ganz wo anders hinfahren und dann ist das Problem eh wieder das gleiche da
283 macht der das was ich ihm sag

284 I Also glaubens da wird sich eh nicht viel ändern?

285 A Na weil die Information einfach unüberschaubarer wird und wenns da irgendwas
286 eingibst da hast dann da kommst echt vom Hundersten ins Tausendste und das ist so
287 schwierig dass du da persönlich auch einen Weg findest da für dich glaub ich nicht das das
288 Internet eine zur Informationsgewinnung bei einem Thema was einem vollkommen fremd ist
289 glaub ich nicht das das irgendwas bringt ja

290 I Sind Sie der Meinung der Arzt sollte sich jetzt vor allem im niedergelassenen Bereich
291 aber auch als Spitalsarzt selbst im Internet repräsentieren?

292 A Also nicht ein jeder aber wer eine eigene Ordination besitzt sollte das auf jeden Fall
293 tun, was auch nicht immer der Fall ist ich arbeit in einer Ordi mit da da hat der
294 Ordinationsinhaber keine Homepage und funktioniert auch sehr gut also der hat genug
295 Patienten wenn er sich präsentieren würde wärs nett aber muss nicht sein vor allem dann
296 wenn man jetzt da ein bisschen mehr Konkurrenzdruck hat ist das sicher wichtig also
297 schaden tut's sicher nicht

298 I Wird wahrscheinlich auch wichtiger werden in Zukunft

299 A Ja weiß i net es gibt immer auch das System, also bei den Spitalsärzten auf keinen
300 Fall da braucht man sich nicht präsentieren für was auch aber wenn man jetzt zum Beispiel
301 eine Wahlarztordi hat und keinen Kassenvertrag also es gibt immer noch entweder hast du
302 einen Kassenvertrag oder du hast keinen das ist die grundsätzliche Überlebensfrage wenn
303 du als niedergelassener Arzt keinen Kassenvertrag hast dann bist du nichteinmal sehr
304 abgesichert weil dann hast du nämlich nur Leute die den Besuch bei dir bezahlen und da
305 kommt ja wirklich selten wer und da müsstest du dich ausweisen als besonderer Kapazunder
306 das die Leute kommen und da ist Werbung alles ja aber wenn ich nen Kassenvertrag hab da
307 kommen die Leut sowieso.

1 **Interview von Ärztin 4 am 01.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Ärztin für Unfallchirurgie

4 Seit 14 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner

7 I Ich frage Sie allgemein, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle für
8 medizinische Fragen?

9 A Schon sehr gut, ja.

10 I Auch für Patienten?

11 A Auf jeden Fall ja.

12 I Und warum?

13 A Ahm::: es eröffnet neue Horizonte. Auch der Unsinn eröffnet oft neue
14 Kommunikationsmöglichkeiten also hm::: ich kann besser erklären warum's Unsinn ist wenn
15 ich eine konkrete Fragestellung krieg. Aber natürlich ist Unsinn dabei

16 I Ok. Also wenn jetzt ein Patient kommt, mit Informationen aus dem Internet, wie
17 gehen Sie damit um?

18 A (1) ich hab das sehr selten. Ahm::: im Akutbereich ahm:: ist das kein Thema ah:: das
19 ist wenn dann in den Kontrollen so u::nd das ist sehr selten, dass die Patienten von sich aus
20 sagen ich hab da im Internet was gelesen, das hab ich nicht ja sondern es ist eher so wenn
21 ein Patient kommt den ich definitiv nicht operieren will ja dann sag ich holen Sie sich eine
22 zweite Meinung ein oder schauens im Internet @(.) @ also ich nutz das für mich @ (.) @ Der
23 schreibt dann geb mir dreimal ich weiß nicht Heidelbeerkraut und fünfmal mit Jauche
24 übergossen auflegen und das wird gut und wenns @es machen ist es mir Recht@
25 Hauptsache @ich muss sie nicht operieren@

26 I Also Sie sind Unfallchirurgin

27 A [und deshalb hab ich also die Leute die akut zu mir kommen
28 garnicht im Internet nachschaun

29 I Aber bei Operationen, wenn man sich davor über Narkose usw. informiert

30 A [naja, also die
31 Sachen, die wir akut operieren haben wie gsagt andere Sorgen und die die wir subakut
32 operieren, wenn wir die stationär aufnehmen haben in der Regel auch nicht die Möglichkeit.
33 Das sind eher eben so Planeingriffe und da ist es schon wichtig, dass die Leute nachdenken
34 u::nd wie gsagt eröffnet mir das Internet die Möglichkeit auch Leute abzuhalten von der OP
35 wo ich glaub das wird sowieso nix werden das ist ganz gut so

36 I Wie stellen Sie das an, das macht mich jetzt neugierig

37 A Da sag ich ja schauens Sie es gibt mehrere Möglichkeiten der Behandlung man kann
38 das operieren man muss es nicht operieren jede Operation hat Risiken ahm:: es gibt
39 Alternativen unsere Schiene hier ist das operativ zu versorgen das ist das was in den
40 Lehrbüchern drinnen steht das ist offizielle Lehrmeinung aber es gibt immer die Möglichkeit
41 dass Sie sich weil Sie ja Zeit haben sich den Eingriff zu überlegen um Alternativen
42 umschauen holen Sie eine Zweitmeinung ein ahm lesen Sie sich das im Internet durch
43 informieren Sie sich sprechen Sie mit ihrem Hausarzt darüber @(.)@ Kommen Sie nicht
44 wieder @ ja.

45 I Also wenn jetzt Patienten kommen, die nicht deutsche Muttersprache haben, sprich
46 mangelnde Deutschkenntnisse, wie lösen Sie das Problem, wie gehen Sie damit um?

47 A Ich hol die Putzfrau (1) ist eine Tatsache also unterm Reinigungspersonal haben wir
48 alle Sprachen die man so bei uns spricht ah:: wenn das nicht geht oder wenns polnisch ist
49 wir haben ganz viele polnische Schwestern ah und unser Sicherheitspersonal ist zum großen
50 Teil polnisch das ist sehr angenehm für die Betrunkenen in der Nacht a:: be::r sonst also ich
51 hol mir Hilfspersonal das in der Regel eine andere Sprache spricht

52 I Wenn jetzt welche kommen, die sich einfach nur schlecht ausdrücken können also
53 schlechter beschreiben können?

54 A [der klassische Bsoffene um drei in der Früh?

55 I Ja ungefähr

56 A Ist mir das wichtig? (.) Nein. ah:: entweder ist bei bei uns zu operieren wenn er
57 betrunken ist ist er sowieso nicht reversfähig aus recht aus medizinischer Sicht kann er also
58 auch rechtlicher Sicht kann er sowieso nicht unterschreiben und aus medizinischer Sicht
59 erklär ich das als Vitalindikation und da brauch ich kein Einverständnis weils einfach um was
60 anderes geht wenns nicht vital ist wart ich bis er nüchtern ist und sich wieder ausdrücken
61 kann. (.) Oder Verwandte haben die nachgeholt werden können um sich mit ihm gemeinsam
62 auszudrücken wenns ein komisches Problem ist

63 I Wie ist das, geben Sie auch nach einer Operation Behandlungsalternativen an, damit
64 ich weiß wie ich fragen kann, also ein Gespräch nach der Operation führen. Führen Sie die
65 Gespräche?

66 A Ja natürlich aber es gibt ein ein Behandlungsregime ja und von dem kann ich relativ
67 wenig abweichen wenn das eine Luxationsfraktur am Sprunggelenk ist dann haben die Leute
68 6-8 Wochen Gips ja die Alternative ist das uns die Osteosynthese um die Ohren fliegt und
69 ich den Patienten nocheinmal operier ahm::

70 I Aber vielleicht danach zu Orthopäden, zur Reha

71 A Zum Feind? Nie im Leben! Reha ja natürlich aber das obliegt dem Hausarzt den
72 Antrag zu stellen ja

73 I Die Frage wäre, haben Patienten dann eine andere Behandlung gemacht, als Sie
74 geraten haben?

75 A Ja dauernd laufend ich mein jeden Tag aber das ist halt dann so

76 I Wie gehen Sie damit um?

77 A Ja ist halt dann so dann reoperieren wir es halt wenns nicht ghalten hat wenns
78 ghalten hat dann gratulier ich dem Patienten und sag schön zu wissen es halt eh. (1)

79 I [Also

80 A [Die Leute kommen zur
81 Kontrolle und ich seh im Röntgen die Osteosynthese ist auseinander geflogen ja das kommt ja
82 dann frag ich ja was war denn nicht und so ja mei und so und hin und her und ja wenn er
83 drauf gestiegen ist und sie fliegt auseinander dann operieren wir's halt wieder ja (.) wenn er
84 nicht gemacht hat was ich sag aber ich glaub das das vielleicht zehn Prozent der Patienten
85 machen was ich sag oft genug geht's ja gut

86 I Und das hier welche gekommen sind, die wirklich Behandlungsmethoden im Netz
87 nachschaut haben?

88 A Selbstverständlich ja ahm:: Behandlungsmethoden im Netz ahm:: jein ahm:: es
89 kommt so vor dass die Leut grad im Sommer jetzt sagen muss der Gips sein. Nein er muss
90 nicht sein ja es gibt andere Methoden die allerdings ein Risiko haben dieses Risiko tragen
91 Sie das heißt wenn Sie den Gips runter haben wollen machen wir's gipsfrei ist kein Problem
92 dürfens halt nicht draufsteigen sie sollten den Fuß ruhig halten ((gemurmelt)) ahm:: Wenn
93 die Osteosynthese versagt ist das Ihre Verantwortung es kann zu einer Reoperation führen
94 bis hin zu einer Amputation vom Bein da ist zum unterschreiben. ((gemurmelt)) also ja ich bin
95 offen für Vorschläge solange die Patienten die Verantwortung dafür übernehmen und sich
96 der möglichen Konsequenzen darüber bewusst sind und ob sie das aus dem Netz haben
97 oder nicht bei der Hitz sagt jeder kann ich nicht was anderes haben als Gips also sie sagen
98 nicht ich hab im Netz gelesen kann ich keinen Gips haben auf das kommen sie auch nicht

99 I Und das Patienten von komplett was anderem geredet haben

100 A [ja selbstverständlich
101 kommt vor ja ahm:: ((hach)) ahm:: Nagel statt Platte irgendwelche Zugurtungen statt Nagel
102 oder Zugurtungen statt Platte (.) ja natürlich, man kann über alles reden ist ja ok mit Risiken
103 und Komplikationen

104 I Also gibt's schon Patienten, die dann wirklich zum diskutieren anfangen und sagen
105 aber, ich hab das gelesen und

106 A [also bei den Akuteingriffen eben weniger

107 I [aber danach

108 A [danach ja ah:: im::
109 und bei den geplanten Eingriffen die halt als nicht vital oder nicht ganz akut eingestuft

110 werden das kommt vor ja meine Alternative ist ja primär immer die muss man's operieren (.)
 111 wenns nicht ganz akut ist ahm::: (1) reden kann man über alles eben mit den möglichen
 112 Konsequenzen

113 I Finden Sie das wünschenswert das sich die Patienten da soviel informieren und
 114 vielleicht dann wirklich diskutieren?

115 A Ja auf jeden Fall

116 I Also ist es schon eine Arbeitserleichterung?

117 A Nein ah:: es ist sehr viel mehr Arbeit mit den Leuten zu reden wobei ich glaub das
 118 ahm: das keine:: Wurscht ist ob das das Internet is oder der Nachbar net ja wobei auch die
 119 häufigere Alternative der Nachbar hat's gleiche ghabt und der ist dann nicht operiert worden
 120 oder so ahm::: al die das Großteil der Arbeit ist ja Verwaltung und Kommunikation und nicht
 121 das Operieren oder Versorgen des Patienten ich mein das ist ja ein minimaler Teil meiner
 122 Arbeit insofern. Ob das jetzt aus dem Internet kommt oder nicht (2) das ist ok

123 I Wenn jetzt Patienten vorinformiert mit Dingen die Sie eventuell nicht kennen selbst
 124 einmal im Internet nachgeschaut?

125 A Nein, ich fürchte nein. Ah @(.)@ nicht also wenns wenns:: ein ganz offensichtlicher
 126 Unsinn ist es ist ja so wir haben jetzt dann auch nicht die Zeit das ich sag ja kommens
 127 nächste Woche wieder die Leute kommen her die warten zwei drei Stunden dass ich ihnen
 128 was erzähl und auch wenn die mit Gegenvorschlägen kommen dann wollen die das ich sag
 129 ja nein (.) ahm::: also ich geh dann weder in ein Kämmerchen noch bestell ich die in zwei
 130 Wochen wieder ja ahm::: dementsprechend muss das schon sitzen und passen was ich
 131 ihnen sag also nein ich fürchte das tu ich nicht ja also me::in Spektrum muss halbwegs
 132 sitzen und da schau ich nicht nach nein

133 I Gibt's das typische Gespräch, den typischen E-Patienten also das man zum Beispiel
 134 sagt man erkennt einen Unterschied ob sich jetzt jemand vorinformiert hat, oder ist das
 135 relativ gleich?

136 A Nein, also es gibt Leute die informieren sich und es gibt Leute die informieren sich
 137 nicht ahm::: (1) ich glaub nur das in dieser Zeit der Gang zum Computer sehr viel einfacher
 138 ist ja also wo kriegt man diese Lehrbücher her also ich mein drehen Sie sich um schauen Sie
 139 sich das an wo kriegen Sie das her also natürlich ist der Zugang über den Computer
 140 logischer ja und das sind halt eher jüngere Patienten natürlich ja ahm::: die sicher dann auch
 141 nicht immer gleich das machen was man ihnen vorschlägt sondern auch Alternativen
 142 hinterfragen das ist ja auch gut so ja weil letztens die müssen ja mit der Konsequenz leben
 143 ich muss es ja nicht und das sag ich den Leuten auch immer so ins Gesicht also ja:: ich muss
 144 nicht damit leben ja dementsprechend ist es nicht meine Entscheidung ja

145 I Also Sie sagen die Patienten sind eher jünger?

146 A Die sich informieren auf jeden Fall ja

147 I Würden Sie auch Unterschiede zwischen weiblich und männlich sehen?

148 A (4) Nein das glaub ich nicht ahm:: (.) weil ich glaub das die:: Kommunikation in der
149 Familie in diesem Umfeld das eben jünger ist so intensiv ist das (.) also ich könnt nicht sagen
150 die Frauen oder Männer informieren sich jetzt mehr ahm:: weil ich glaub das die
151 untereinander schon beeinflussen aber ich könnt nicht sagen wüsst ich nicht also ich halt
152 die Frauen nicht für nicht fähig nachzuschauen und die Männer für Techniker induziert in @
153 ihren Entscheidungen @ das glaub ich nicht ja.

154 I Hat sich im Laufe der Jahre entwickelt, dass häufiger Personen kommen, die sich im
155 Netz informiert haben oder ist das, wenn man den vorinformierten Patienten zusammenfasst
156 gleich geblieben?

157 A Kann ich schwer sagen, weil ich sehr viele Regionen durchgemacht hab in denen das
158 demographische Bild ein ganz anderes ist also ahm:: (1) in Regionen in denen da da junge
159 sportliche Patient überwiegt ist auch sicher de::s ahm der Wunsch nach Information und das
160 Informationsniveau des Patienten ein ganz anderes als ahm:: in den klassischen (1) ahm::
161 sehr intern kranken sehr dementen Patienten im städtischen Bereich is is ein Unterschied in
162 der Demographie und das hat jetzt dementsprechend ist es kaum vergleichbar (.) also ich
163 könnt für mich persönlich aus meiner Erfahrung nicht so sagen ich glaub aber an einem Ort
164 würde man beobachten das der Anspruch der Patienten steigt genauso wie die
165 Beschwerden steigen genauso wie:: m:: der Anspruch steigt das alles wieder gut werden
166 soll egal was passiert ist dazwischen (.) dieses Schulddenken ja steigt ich glaub das ist ein
167 natürlicher Prozess der momentan einfach in unserer Gesellschaft (1)

168 I Haben Sie schon mal Patienten gehabt, die versucht haben sich zuvor selbst zu
169 behandeln?

170 A Jederzeit (1) jeden Tag (1) ist das nicht witzig? Die Schnittverletzung die halt ich weiß
171 nicht drei Tage mit irgendeiner Salbe beschmiert wird oder und die Verbrennung die ma::
172 was ist das beste (.) Hausmittel ahm:: da gibt's ahm:: Öl und ah:: Mehl oder so ja (.) wo dann
173 der Pfleger sagt da hätten nur noch auf die Panier die Brösel gfeht nicht natürlich kommt das
174 alles vor ja und auch im Nachbehandlungsbereich natürlich die Gipse die selber
175 ausgeschnitten werden nachgebessert werden @wo@ irgendwas reingesteckt wird ums
176 @abzupolstern@ oder so irgenwas ist Alltag ja

177 I Kommt es vor, dass Patienten mit einer fixen Vorstellung von einem Medikament oder
178 einer Behandlung kommen, das sie haben wollen?

179 A (3) Mir fällt jetzt akut kein Fall ein, ahm es kommen schon Patienten, die eine
180 Vorstellung haben von was aber eben jetzt so in letzter Zeit ist mir eher im Kopf ja meine
181 Nachbarin die hat genau den gleichen Schulterbruch ghabt wie ich und bei und ich sag
182 niemand hat den gleichen Bruch wie Sie weil die Bruchform ist so einzigartig ja man tut sich

183 da so leicht raus ausm @(.)@ ahm ist jetzt kein kein Problem kommt als Frage ist aber kein
184 Problem in der Kommunikation aber kommt schon.

185 I Um nochmal auf die vorige Frage zurück zu kommen, wenn sich diese selbst
186 behandelt haben, wie gehen Sie dann damit um?

187 A Amüsiert in der Regel. @(.)@ ahm::: weils einfach witzig ist ja was die Leut alles
188 treiben ja (.) also ja mir tuts ja nicht weh ja @(.)@ ich hab einen sehr netten Kollegen der
189 sagt ja es könnte schlimmer sein es könnte meine Hüfte sein oder so ja es könnte schlimmer
190 sein @(.)@ es könnte mein Haxn (.) sein also mich amüsiert das aber das ist sicher die
191 Minderzahl meiner Kollegen

192 I Wie empfinden das die anderen?

193 A ZZzt völlig verärgert @(.)@

194 I Lassen Sie das den Patienten dann auch spüren, dass Ihnen das nicht passt?

195 A Nja ich glaub Unfallchirurgie generell ist ein sehr direktes Fach also Unfallchirurgen
196 nicht zu verstehen erfordert Kunst. Aber ich finds lustig.

197 I Wenn man jetzt zum Gespräch ansich zurückgehen, wann rücken Patienten eher mit
198 der Sprache heraus dass sie sich im Internet informiert haben, eher am Anfang oder später..

199 A @ich weiß es nicht (.) ich weiß es nicht @ so viele hab ich nicht die sagen im Internet
200 hab ich glesen. Also ich bin ich bin für Sie da @keine große Hilfe@ es tut mir Leid. Aber
201 eben mein Hauptgeschäft ist eben nunmal die Akutversorgung und da red ma über anderes
202 ja wenn die Leute ein Schmerzmittel dann mal irgendwann endlich haben red ma nur noch
203 sehr wenig ja,

204 I Aber in Nachgesprächen zum Beispiel

205 A Ja ahm:: sicher aber das die Leute rausrücken damit das hab ich jetzt aus dem Netz
206 passiert mir sehr selten weil ich bin ja diejenige die dann sagt informieren Sie sich

207 I Wie sehen Sie generell die Zukunft des Arztes auf das Internet bezogen aber auch
208 auf die Gesprächsführung?

209 A Ahm::: ich bin mir nicht sicher ob es das wird ich glaube es sollte sich was ändern (.)
210 keine Frage ich glaub die Zeit muss sich ändern weil einfach immer mehr (2) die
211 Kommunikationsmängel die wir haben vorgehalten bekommen das ist eine Tatsache ah::.
212 die:: (2) Bereitschaft der Leute die Kommunikationsmängel in Kauf zu nehmen sinkt (1) der
213 Anspruch an uns steigt (1) ah::: wobei ich garnicht glaub das das der Anspruch ist an die
214 fachliche Qualifikation sondern das is ein Anspruch an die Kommunikation (.) die Leute die
215 mehr Kommunikation brauchen oder sich wünschen und die es sich leisten können weichen
216 jetzt schon in den privaten Sektor aus ahm::: das wird sicher noch zunehmen ahm::: ob diese
217 Art der Kommunikation durchs Internet abgepolstert werden kann bezweifle ich (.) also ich
218 glaub nicht das das Internet ich glaub das Internet kann eine gute Basis werden solange die
219 Informationen halbwegs akkurat sind (.) aus meinen bisherigen Erfahrungen heraus sind

220 auch diese diversen ob das jetzt die die online Enzyklopädien ahm diverse ahm
 221 Netdoktor.at's ezetera lies is es zumindestens von der Information her nicht so schlecht
 222 katastrophal sind die Diskussionsforen das ist (.) ganz schrecklich vom Wahrheitsgehalt ahm
 223 da rennt irrsinnig viel Unsinn da muss man aufpassen aber (.) es wird dieses Bedürfnis des
 224 Menschen nach mehr und mehr Beratung nicht decken können wenns nicht
 225 persönlichkeitszugesti ah abgestimmt ist das heißt wenns nicht komplett abgestimmt wird auf
 226 den Menschen und den(.) oder dessen Situation in diesem Moment wird's nicht funktionieren
 227 für die Traumatologie seh ichs nicht ja ahm::: in anderen Bereichen mit sehr häufigen
 228 Krankheitsbildern die gleich verlaufen ob das jetzt eine Virose ist oder eine Prostatablaze
 229 kann ichs sehen aber in der Traumatologie mach ich mir daweil relativ wenig Gedanken
 230 darüber weil eben die Bruchformen sind so unterschiedlich und die Behandlungskonzepte
 231 bei minimaler Abweichung des Bruches ändern sich so drastisch dass das Persönliche
 232 sicher noch stärker in den Vordergrund treten wird m::üssen ah:: wir werden uns nur
 233 Gedanken machen müssen wie wir diesen Ansprüchen gerecht werden (.) zeitlich weil das
 234 nicht in drei Minuten geht und nicht mit dem Patientenansturm geht das heißt m::.
 235 Zweiklassenmedizin wird's im traumatologischen Bereich sicher noch viel mehr geben als es
 236 jetzt schon gibt u::nd ahm:: (2) wir werden uns eher damit konfrontiert sehen dass wir gegen
 237 einander arbeiten also die im öffentlichen Bereich und die im privaten Bereich als das wir
 238 gegen oder für das Internet arbeiten (.) weil (2) wenn ich zu einem Unfallchirurgen geh und
 239 sag ich hab an Knöchelbruch sagt er wir müssens röntgen das bietet das Internet in der
 240 Form heute einfach so nicht

241 I Aber das vielleicht vorinformierte Patienten mehr Zeit beanspruchen, mehr Dinge
 242 haben die sie zum abklären haben

243 A Mehr Fragen, ja sicher selbstverständlich aber wieder ob das jetzt aus dem Internet
 244 ist oder von der Mitzi-Tant ist dahingestellt ja ahm::: oder ob der Hausarzt was gsagt hat
 245 oder der Physiotherapeut irgendeinen glorreichen Einfall hatte ahm:: das ist halt dann so ja
 246 und das gehört besprochen aber es braucht irrsinnig viel Zeit und das ist natürlich mühsam
 247 also der ahm der blöde zustimmende Patient als Wunschpatient vielleicht ja aber nicht als
 248 realistischer Patient von der Zukunft (1) so hauts nicht hin ja

249 I So schon meine letzte Frage, wie soll sich der Arzt in Zukunft im Internet
 250 repräsentieren?

251 A @haha@ das weiß ich nicht @(.)@

252 I Naja, sie haben schon gemeint, ein gutes Stichwort hier wäre der Unterschied
 253 Krankenkassenarzt und Wahlarzt

254 A Aso ja aber das das ist jetzt (2)

255 I | Leher eine Vermarktungssache?

256 A |ja aber nachdems jetzt was ist
 257 was mich so überhaupt nicht betrifft hätt ich keine Ahnung wie ichs machen tät oder wie's
 258 right wär weil sonst hätt ichs mir vielleicht überlegt also keine Ahnung

259 I Was halten Sie vom Internetdoktor, der jetzt in den Medien war in letzter Zeit?

260 A Wissen Sie dass wir keinen Fernseher haben und nicht Radio hören. Er war in den
 261 Medien echt?!

262 I Naja, als das läuft so ab, man hat ne Plattform, man klickt seine Symptome an und
 263 kriegt dann per Post ein Rezept zugeschickt

264 A Ok, ja spannend also mich würd interessieren wie sie dann mit Klagen umgehen im
 265 medizinrechtlichen Bereich jetzt

266 I Ich glaub der hat seinen Sitz in London, wenn ich das jetzt richtig in Erinnerung habe
 267 und er deckt nur ein gewisses Feld ab wie zum Beispiel die typische Blasenentzündung da
 268 schreibt er das Rezept auf für das Antibiotikum, wie das rechtlich funktioniert weiß ich
 269 überhaupt nicht. Ich habe nur gehört, dass inzwischen ein Ansturm war wo viele das genutzt
 270 haben auch für Sachen die vielleicht auch Scham auslösen

271 A Versteh ich ja, ist jetzt nicht mein Arbeitsgebiet aber als Idee ganz spannend ja ich
 272 würds nicht machen mir wärs rechtlich viel zu heikel ja ahm::: aber ist nicht unspannend als
 273 Idee sicher ganz clever also solangs gut geht aber eben, die Klagen werden halt nicht auf
 274 sich warten lassen und da ist dann das Problem weil die 0815 Blasenentzündung kann auch
 275 das 0815 Blasenkarzinom sein das nur so ähnlich anfängt (1) Ja also ich glaub das ist ein
 276 ein rechtliches Problem aber das das dafür ist dann ein Markt da das glaub ich sofort (.) auf
 277 Mausclick den Arzt immer sofort immer parat haben und wenns drein muss sehr spannend
 278 sein für die Leute also zum Arzt zu gehen ist ja sehr mühsam und sehr angstbesetzt (.) also
 279 das Nötige hier rausklicken zu können wär sicher interessant

280 I Ja aber vielleicht brauchen das viele Leute trotzdem noch, dieses persönliche

281 A Nja das persönliche wird dann wichtig wenns um was Inversives geht ja solange ich
 282 blabla mach ist wurscht aber wenn das dann wer sein soll der ahm:: dann ne Gastoskopie
 283 macht will ma den doch kennen und dem vertrauen oder ahm:: also ich glaub man muss
 284 trennen ja die die kommunikative Medizin und die die aoperative und inverse Medizin ist da
 285 wahrscheinlich ein ganz anderes Feld.

1 **Interview von Ärztin 5 am 02.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Ärztin für Allgemeinmedizin

4 Seit 29 Jahren als Ärztin tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 I Ganz allgemein, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle für medizinische
8 Fragen?

9 A Ahm: naja das muss man halt ah wie soll ma sagen zwiespältig sehen äh nachdem
10 ma ja beim Internet oft wirklich net weiß wo die Quelle is und wer's hinein stellt ins Netz hat
11 ma natürlich auch nicht so wirklich die Kontrolle über die Qualität (.) der Inhalte nä (.) es gibt
12 es gibt auch zuverlässige also wenn man weiß wer die Quelle is es gibt halt auch
13 zuverlässige Quellen oder ich mein ich find also ahm Wikipedia zum Beispiel ist häufig
14 brauchbar ja aber::r aber grundsätzlich bin ich eher nicht so begeistert weil halt wirklich sehr
15 viel (.) unkontrollierter Unsinn kursiert auch im Internet ja und die Patienten sehr verunsichert
16 und und halt auch dann ähm:: des Patientengespräch schwierig gestaltet weil die halt schon
17 mit Ängsten und vorgefassten Vorstellungen kommen und man fangt net bei Null an sondern
18 bei minus zehn und man muss dann erst einmal auf auf das normale Level kommen das ma
19 überhaupt ein ein wie soll ma sagen einigermaßen unbelastetes Gespräch anfangen kann.

20 I Also wie läuft das dann ab wenn ein vorinformierter Patient kommt? Gibt es
21 Unterschiede zu uninformierten Patienten?

22 A Naja man muss dann zunächst einmal das relativieren was der dort gelesen hat ne,
23 weil der kommt und sagt was weiß ich einen Fleck auf der Haut und und is schon völlig
24 nervös und ängstlich weil er gelesen hat was das alles ein kann von der Porreliose über
25 Hautkrebs über i weiß nicht was und ähm man muss ihm dann halt erklären das das alles
26 möglich ist aber das halt häufige Sachen häufig sind und seltene Sachen selten sind und das
27 schon allein die Wahrscheinlichkeit das er so etwas ganz dramatisches hat sehr gering ist
28 ahm und dann natürlich äh rote Flecken können so oder so ausschauen ein bisserl grad bei
29 Hautsachen zum Beispiel is es ja sehr viel Erfahrungssache ne äh:: da kann man dann äh:
30 also wenn wenn er kommt und noch keine Ahnung hat kann man ihn sofort beruhigen aber
31 wenn er sich schon im Internet informiert hat ist es halt oft so das ma dann schon sehr
32 ängstlich ist und das man dann halt diese Ängste zuerst einmal irgendwie wieder a bissl
33 abbauen muss.

34 I Also würden Sie schon sagen, dass mehr Aufklärungsarbeit dahinter steckt?

35 A Ja es is also aus meiner Sicht is es äh:: dauert das Gespräch länger und ist
36 mühsamer meistens als wenn ah als wenn er uninformiert kommt.

37 I Was darf ich jetzt daraus schließen, wie finden Sie es generell wenn er sich
38 informiert?

39 A Naja, aus meiner Sicht also von meinem Arbeitsablauf her negativ ja na grundsätzlich
40 hat natürlich jeder Patient das Recht sich zu informieren das ist ganz klar ich mein man
41 kanns ihm nicht absprechen aber für mich gestaltet sichs ah oft schwieriger.

42 I Etwas ein Themenwechsel, wenn jetzt ein Patient kommt, der einen andere
43 Muttersprache hat oder zumindest gebrochenes Deutsch spricht und sich angenommen auf
44 ausländischen Seiten informiert hat, sprich Sie können es schlecht überprüfen, wie gehen
45 Sie damit um? Ist das schon mal vorgekommen?

46 A Das das kommt auch vor allerdings ist das Gott sei dank eher selten also also
47 irgendwie hab ich schon eher das Gefühl also das die Patienten die aus anderen Ländern
48 mit anderer Muttersprache kommen jetzt wo Sie das ansprechen wirklich seltener eigentlich
49 kommen und sagen ich hab mich schon im Internet informiert (1) Wenn dann sinds eher
50 schon die Angehörigen also zum Beispiel die Zweitgeneration also die Kinder wenn das
51 ältere Patienten sind ah die Kinder die halt auch in Österreich schon die Sprache besser
52 können und so weiter die dann sagen ja aber ich hab im Internet gelesen und das könnte
53 doch das oder das sein das schon aber aber bei den ähm:: (1) Patienten die die die Deutsch
54 schlecht sprechen kommts eher selten vor aber das kann natürlich auch einfach an an dem
55 Sprachdefizit an sich liegen ne.

56 I Wenn jetzt ein Patient kommt, der sich jetzt nicht aufgrund Sprache sondern einfach
57 nur so schlecht artikulieren kann oder nicht genau beschreiben kann wie seine Symptome
58 sind, wie gehen Sie damit um?

59 A Naja da versuch ich einfach nachzufragen also man kann halt auch ah:: auch mit mit
60 mit mit geringen Mitteln oder halt mit Händen und Füßen zum Teil wirklich schon also das
61 also das ähm:: wenns nicht sehr komplexe und sehr (1) sehr abstrakte Probleme sind also
62 zum also mit psychischen Problemen is es natürlich sehr schwierig ne aber wenn einer
63 Schmerzen hat und mit Schmerzen kommt das kann man dann meistens auch irgendwie mit
64 Händen und Füßen oder halt auch mit a bissl weiß ich nicht Englisch oder Französisch oder
65 einfach wirklich nur mit Gebärdensprache und da und da und da (.) da kann man schon also
66 da kann man schon eigentlich (.) soweit

67 I Ist es Ihnen schon mal passiert, dass ein Patient zum Beispiel eine komplett andere
68 Behandlung gemacht hat also Sie ihm geraten haben weil er sich danach jetzt mit der
69 Diagnose im Internet schlau gemacht hat und der Meinung war die dort vorgeschlagene
70 Therapie erscheint ihm besser?!

71 A Das selten, was allerdings schon vorkommt ist das das ich ein eine Therapie
72 vorschlag und der Patient kommt dann nach zwei Wochen und sagt na des hob i aber net
73 gemacht weil ich im Internet glesen habe oder weil ich den Beipacktext gelesen hab und da

74 stehen ja so viele furchtbare Sachen drinnen und i hob mi dann net getraut das zu nehmen
75 ja also das kommt schon das kommt häufig vor ich ich äh versuch natürlich schon immer das
76 vorweg zu nehmen ahm:: (1) erstens einmal also die Nebenwirkungen die wirklich häufig
77 sind das sprech ich schon an (.) natürlich (.) äh:: und (.) meistens sag ich auch ahm:: lassen
78 Sie sich vom Beipacktext nicht irritieren da stehen ganz viele furchtbare Sachen drinnen ah::
79 das ist aber:: sehr selten und man muss ihnen dann auch erklären wie das zustande kommt
80 nicht das das einfach in der Phase der der Zulassung des des Medikaments einfach alles
81 was den Pa- den sogenannten Probestpatienten widerfährt in dieser Zeit wo sie dieses
82 Medikament probeweise oder in der klinischen Zulassungsphase einnehmen dass das dann
83 hineingenommen werden muss.

84 I Hätten Sie da Unterschiede gesehen zwischen Patienten die da eher aktiver sind und
85 sich mehr informieren und Patienten

86 A [Ja natürlich. Da gibt's ganz große Unterschiede. Es gibt auch
87 Patienten die wollen eigentlich garnicht informiert werden ja also die die ah das ist das ist
88 überhaupt sehr unterschiedlich äh der Informationsbedarf der Patienten (.) Es gibt Patienten
89 die wollen nichts über Nebenwirkungen wissen, viele wollen oder manche wollen nicht
90 einmal über ihre Krankheit selber etwas wissen die kommen und ähm in dem Moment wo sie
91 bei der Tür herein kommen legen sie schon sozusagen die ganze Verantwortung für ihre
92 Gesundheit in die Hände des Arztes also das gibt's auch.

93 I Und wie finden Sie das?

94 A Das find i natürlich net gut, erstens einmal ist es sehr belastend für mich und
95 zweitens einmal find ich sehrwohl das die Patienten selber Verantwortung übernehmen
96 müssen für ihre Gesundheit ich mein ich kann ihnen nicht die ganze Verantwortung
97 abnehmen (.) natürlich hab ich studiert und weiß vielleicht einiges was sie selber nicht
98 wissen aber deswegen letzten Endes muss es ein gemeinsamer Weg sein eigentlich also
99 das heißt äh gemeinsam kanns aber nur dann sein wenn der Patient auch informiert ist über
100 die Krankheit und über die Behandlungsmöglichkeiten und auch Grenzen der Behandlung.

101 I Also wenn ich das jetzt richtig zusammenfassen darf, Ihnen ist ein Patient recht der
102 sich schon informiert

103 A [ja

104 I [aber eher die, die versuchen mit sicheren Quellen umzugehen

105 A [genau, auf jeden
106 Fall ja also das ist mir das ist mir schon wichtig ja und äh und eben das er das er halt auch
107 mit mir das Gespräch sucht und nicht sagt na dazölns ma net das ich jetzt äh was ich alles
108 nicht machen darf wenn ich zuckerkrank bin weil gebens ma lieber a Tablette äh die schluck
109 ich dann und dann brauch ich mich um nichts mehr zu kümmern also das kommt leider auch
110 sehr oft vor also diese diese Menschen die sich überhaupt nicht informieren wollen mit

148 I Sie haben gemeint, dass Patienten die mit Informationen aus dem Internet kommen
149 eher mühsamer sind weil sie viel mehr Zeit beanspruchen weil sie mehr Dinge zum abklären
150 haben. Ist es so, dass sie selbstsicherer, kompetenter sind und zum Beispiel diskutieren
151 anfangen oder so?

152 A Ja das kommt auch vor.

153 I Und wie läuft das dann ab?

154 A Naja, ich mein da hab ich ja grundsätzlich kein Problem damit das einzige Problem
155 das ich damit hab das ich halt meistens ziemlich unter Zeitdruck steh weil halt schon 15
156 andere Leute im Wartezimmer sitzen aber grundsätzlich ahm lass ich mich dann auch auf
157 die Diskussion ein und find das auch wie gesagt grundsätzlich ja gut wenn sich die Patienten
158 auch auseinandersetzen mit ihrer Krankheit nur schwierig ist es halt wenn sie sich schon in
159 eine völlig andere Richtung verrannt haben und dann muss ma muss ma wieder sie
160 überzeugen.

161 I Haben Sie schon mal nach oder während einem Gespräch selbst nach Informationen
162 gesucht? Also wenn der Patient jetzt gesagt hat ich hab das glesen

163 A [also während nicht weil wie
164 gesagt ich dann meistens net die Zeit hab aber aber das kommt schon vor das ich das ich
165 dann nachher schau und und wenn ich wenn ich sozusagen den Entschluss fasse, das
166 schau ich mir jetzt aber an ahm dann bestell ich ich mein das tut man sowieso meistens den
167 Patienten wieder bestellen und dann schau ichs also das kommt schon vor das ich dann
168 selber auch dort in die Richtung a bissl recherchier damit ich auch i=wie weiß was wo steht
169 und und ähm damit man halt nächstes Mal darüber reden kann doch.

170 I Haben Sie schon mal Patienten gehabt die sich selbst behandelt haben im Sinne von
171 dass sie zum Beispiel im Internet eine Behandlungsmethode gelesen haben und die dann
172 angewendet haben?

173 A [ja das kommt auch vor. Also d das also das ist nicht unbedingt immer eine
174 Katastrophe weil äh wenns wenns Medikamente sind dann die die meisten Medikamente die
175 halt wirklich problematisch sind sind ja eh nicht rezeptfrei das heißt die kriegen sie garnicht
176 so in der Apotheke. Problematisch ist es halt so wenn sie's vom Freund oder von der
177 Nachbarin oder so kriegen, das kommt auch vor das=ist dann halt auch schwierig (.) d das
178 ist eine Situation die auch nicht so selten ist ahm (.) das ist aber auch wieder ein bissl vom
179 Bildungsgrad des Patienten abhängig das sind dann eher wieder welche die einen n::icht so
180 hohen Bildungsstandard haben und halt nicht so viel wissen und die die nehmen sich dann
181 das Blutdruckmedikament von der Nachbarin oder so net also das kommt schon wirklich
182 immer wieder vor oder auch das Antibiothikum weil die hat so einen Husten gehabt und die
183 hat das genommen und der Husten war in drei Tagen weg und sind aber noch ein paar
184 Tabletten über geblieben und die hat dann mir gegeben also de das ist dann unangenehm (.)

185 aber ah es kommen auch Patienten die sich im Internet informiert haben und und eben zum
186 Beispiel was weiß ich dann irgendwelche Tee's probieren oder so und das (.) is (.) in oder
187 oder pflanzliche Medikamente wobei ma da auch wieder ein bissl vorsichtig sein muss weil
188 viele Patienten oder eigentlich die meisten Patienten glauben wenns pflanzlich ist dann ist es
189 harmlos (.) aber das ist halt auch nicht immer der Fall.

190 I Kommt wahrscheinlich auch auf die Dosierung drauf an

191 A Kommt auf die Dosierung an und dann ich sag dann auch immer Tollkirsche ist auch
192 eine Pflanze ne (.) a::ber es ist net alles was pflanzlich is harmlos und gut net aber (.) äh::
193 also dass das ist schon häufig vor allem auch bei leichten Symptomen wenn die Patienten
194 dann selber irgendwas ausprobieren was sie halt im Internet gelesen haben das is dann ja.
195 ok (2)

196 I Ist schon einmal ein Patient zu Ihnen gekommen mit dem Wunsch eines fixen
197 Medikamentes?

198 A Das und das Medikament ja natürlich das kommt auch immer wieder vor ja

199 I Und wie finden Sie das?

200 A Naja:: ich mein man kanns ja muss man einfach drüber reden ich mein es ist ja auch
201 nicht grundsätzlich immer alles falsch was der @Patient@ fordert oder sich wünscht net äh::
202 wenns (.) wenns wenns sich mit meinen Vorstellungen deckt, dann kriegt er's auch ja aber
203 wenn nicht dann muss man's ihm halt ausreden und ihm erklären warum ich das nicht gut
204 finde.

205 I Gibt es eine typische Tendenz wenn man mit einem vorinformierten Patienten spricht,
206 wann er sagt dass er sich im Internet informiert hat, ist das eher später im Gespräch oder
207 eher am Anfang des Gesprächs?

208 A Ah eher hab ich das Gefühl dass es eher am Anfang des Gesprächs ist (.) also der
209 kommt und sagt also ich hab jetzt seit drei Tagen was weiß ich irgendwelche Beschwerden
210 ähm:: u::nd (3) ich hab mich im Internet schon ein bisschen schlau gemacht also meistens is
211 es dann dieser Satz der dann also so als dritter oder vierter Satz kommt und ähm:: dann sag
212 ich immer ja und was haben Sie gelesen weil das ist natürlich auch für mich wichtig zu
213 wissen was was was hat er denn in seinem Kopf was was was weiß er denn oder was glaubt
214 er zu wissen und dann:: muss ma halt drüber reden ob ich das (.) auch finde oder nicht finde
215 oder oder ja (2)

216 I Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, während eines Gesprächs, dass der Patient
217 Sie garnicht ernst genommen hat, ihren Therapieversuch, im Sinne dass er von seiner
218 Sache schon so überzeugt war?

219 A | ja das auch kommt schon vor ja

220 I und wie finden Sie das oder wie gehen Sie damit um?

221 A Naja:: is natürlich dann das ist natürlich dann schwierig aber wenn der Patient sich
 222 ähm garnicht also ich kann ihn ja nicht dazu zwingen mir zu glauben oder oder oder meine
 223 Einschätzung (.) richtiger zu finden als das was er sich vorher gedacht hat net also es gibt
 224 schon Patienten die auch dann wo ich mir dann wenn er rausgeht denk gut der macht eh
 225 was er glaubt und nicht das was ich (.) finde aber das ist halt das ist schon eher selten.
 226 I Und das er nur Bestätigung haben wollte von dem
 227 A |ja, das kommt natürlich auch vor. Da is
 228 es natürlich dann ahm:: eine eine günstige Situation sowohl für den Patienten als auch für
 229 mich ne also wenn (.) wenns übereinstimmt ja weil dann is er natürlich zufrieden un- und und
 230 fühlt sich sicher (.) ich habs auch leicht weil ich ihm nix ausreden muss sondern einfach nur
 231 bestätigen muss was er was er eh schon sich gedacht hat nicht (.) also es gibt alle diese
 232 Konstellationen.
 233 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes? Also im Hinblick auf auf die Anpassung an
 234 den E-Patienten
 235 A |das wird sicher mehr werden als das glaub ich eigentlich schon
 236 I Wird sich in der Gesprächsführung was ändern? (1) oder muss sich soll sich was
 237 ändern?
 238 A Naja (.) äh: wahrscheinlich ((Wortlaute)) ja wahrscheinlich muss ma muss ma oder
 239 könnte ich mir vorstellen das in der Zukunft man bei den meisten Patienten vielleicht einmal
 240 das mit rechnen wird müssen das die schon im Internet nachgeschaut haben und sich dann
 241 informiert haben (.) es gibt ja eh auch schon den Internetdokter und und und diese ganze
 242 Internet äh:: fragestunden und so weiter net also man kann man kann das wirklich auch
 243 schon es gibt ja die Kommunikation ah
 244 I Und wie finden Sie das?
 245 A Naja:: i- problematisch weil weil ich find man muss halt das das kann das kann nicht
 246 die normale Arzt-Patienten-Kommunikation hier in der Ordination ersetzen weil ich in dem
 247 Moment wo der Patient bei der Tür herein kommt ah:: seh ich ihn schon seh ich seinen
 248 Gesichtsausdruck seh seine Haltung seh die Gesichtsfarbe und auch in der Art und Weise
 249 wie er wie er dann seine Probleme vorträgt kann ma dann auch schon sich mit einiger
 250 Erfahrung ein bissl äh Vorstellungen machen was wirklich dahinter stecken könnte nicht und
 251 dann natürlich die klinische Untersuchung kann das schon garnicht ersetzen net (.) also das
 252 is das is natürlich ein bisschen eine Gefahr weil viele Patienten einfach glauben das kann
 253 einen Arztbesuch ersetzen und das das das könnt wirklich auch einmal problematisch sein
 254 I also ich habe ja gelesen, dass viele in diesen Foren sich informieren weil sie zum
 255 Beispiel Scham empfinden oder es Ihnen unangenehm ist
 256 A |jaja sicher da ist man anonym und das ist
 257 natürlich ich glaub schon auch das es Patienten gibt die die sich dann eher Fragen stellen

258 äh:: trauen wenn sie nicht von Angesicht zu Angesicht jemanden gegenüber sitzen das is
 259 das ist natürlich verständlich und das ist natürlich auch eine gewisse Verlockung ne (.) aber
 260 andererseits denk ich kann man gelings schon meistens auch das Vertrauen der Patienten
 261 zu gewinnen das sie auch irgendwie schambehaftete Themen hier ansprechen (.) natürlich
 262 net gleich beim ersten Mal man muss ein bissl eine Vertrauensbasis schaffen aber ich glaub
 263 es geht schon aber natürlich es is einmal ein Schritt der gemacht werden muss, dass man
 264 sich einen Termin beim Arzt ausmacht und hin geht und dann drüber spricht also die die
 265 Verlockung das ist schon richtig (.) da anonym zu bleiben (.) ist groß (.) und natürlich es gibt
 266 da halt auch immer wieder diese äh diese Frage, wer hat Erfahrung mir dieser Krankheit ne
 267 also das is halt und dann mmh hört man sich halt die Leidensgeschichten anderer Patienten
 268 an oder oder oder liest das was die für Erfahrungen haben damit muss man sich halt auch
 269 sehr auseinandersetzen.
 270 I Aber denen schenkt man dann mehr Vertrauen weil die haben das ja schon gehabt
 271 A Die haben das schon gehabt eben das ist es ja also (.) und da gibt's also zum Teil
 272 wirklich auch haarsträubende Dinge die da dann für bare Münze genommen werden nicht
 273 oder zum Beispiel nimm dieses Medikament auf keinen Fall um Gottes Willen ich wäre fast
 274 daran gestorben also ja solche ich habs schon öfter gelesen sowas ja ahm eben aufgrund
 275 wie Sie zerst gefragt haben manchesmal wenn jemand sagt ich hab das und das und ich hab
 276 da gelesen und ich schau da nach und dann dann steht sowas im Internet drinnen und das
 277 ist halt schwierig
 278 I es verunsichert
 279 A Les verunsichert und und oft ist es halt auch eine Therapie oder wird
 280 verhindert das es eine Therapie die dem Patienten halt auch wirklich helfen würde
 281 I Also wird auch hier in der Aufklärungsarbeit sich in Zukunft einiges intensivieren
 282 müssen?
 283 A Bestimmt auf jeden Fall auf jeden Fall und das wird halt schwierig sein weil die Zeit
 284 die wir für den Patienten erübrigen können wird nicht mehr werden aber wir werden mehr
 285 Zeit brauchen dafür
 286 I Wie soll sich der Arzt in Zukunft im Internet selbst repräsentieren? Soll er das
 287 machen? Soll er Möglichkeiten für die Patienten bieten durch Informationsplattformen?
 288 A Ja vielleicht schon aber immer vor dem Hintergrund das man dem Patienten sagen
 289 muss das kann nicht wirklich eine eine Untersuchung in der Praxis ersetzen nur ergänzend
 290 (.) dann ja.

1 **Interview von Ärztin 6 am 03.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Arzt für Allgemeinmedizin

4 Seit 36 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 I Wie sehen Sie das Internet im Hinblick auf Informationen zu medizinischen Fragen?

8 A Ah eigentlich seh ich's sehr positiv (.) in jeder Weise auch das ich nachschauen kann
9 und ah ich bin eigentlich ah eigentlich auch durchaus positiv dem gegenüber das die
10 Patienten sich vorinformieren (.) das heißt sie haben dann eine gewisse Grundlage schon
11 wenn sie nachgeschaut haben was weiß ich wenn a jemand Galle operiert wird und der hat
12 schon nachgeschaut was für Möglichkeiten gibt und dann kann man auf der Basis schon
13 diskutieren

14 I Aber es ist doch auch viel nicht unbedingt richtig was im Internet zu finden ist und der
15 Patient bleibt doch ein Laie in gewisser Hinsicht

16 A Naja das ist dann sein Problem nje das gibt's natürlich auch das hier dann große
17 Ängste sind weil sie sich dann das Negative oder weil sie's nicht verstehen und das halt
18 dann herauspicken ich mein dazu bin ich dann da um das ins rechte Lot zu rücken

19 I Und wenn jetzt ein Patient kommt, vorinformiert mit Informationen ausgestattet, wie
20 gehen Sie damit um? Wie läuft das ab?

21 A Da gibt's sehr unterschiedliche Möglichkeiten, manchmal bringen Sie sogar einen
22 Ausdruck mit und sagen das hab ich gefunden und dann diskutieren wir halt über den
23 Ausdruck und ansonsten joa stellt er halt Fragen (.) also ich hab kein Problem damit ich finds
24 gut und kann mich auch nicht erinnern äh:: das also der sehr falsche Informationen
25 gekommen wären (.) manchmal garnicht ist jetzt vielleicht übertrieben manchmal natürlich
26 kommen sie ängstlich weil da Kraut und Rüben unter einer bestimmten i mein das weiß man
27 selber wenn ma nachschaut net des is halt oder sie findens dann nicht oder an einem
28 falschen Platz aber im Prinzip also ich hab eher positive Erlebnisse damit

29 I Wenn jetzt ein Patient kommt, der eine andere Muttersprache hat beziehungsweise
30 sich schwer artikulieren kann aufgrund einer anderen Sprache , wie gehen Sie damit um?

31 A Ah überhaupt also was das was das naja man muss halt versuchen sich irgendwie
32 verständlich zu machen (.) es gibt Unmengen Leute mit Migrationshintergrund und ja das ist
33 auch sehr unterschiedlich (.) kommt drauf an woher sie kommen weil manche lernen die
34 Polen zum Beispiel lernen sehr rasch und relativ gut Deutsch (.) die türkischen Frauen der
35 alten Garde garnicht die sind 30 Jahr da und da müss ma dann über ein Kind uns irgendwo
36 (.) ruft manchmal sicher ein bissl irgendwo Agressionen hervor net wenn draußen das
37 Wartezimmer voll ist und da sitzt jemand der 30 Jahre in Österreich ist und man fragt ihn wo

38 tut's weh und er kann überhaupt dazu nichts sagen weil er garnicht die Frage garnicht
39 versteht (.) gut das ist Alltag das heißt das sind aber auch nicht die Leute die ins Internet
40 gehen
41 I Haben Sie schon einmal selbst während eines Gesprächs nachgeschaut
42 A └jaja
43 I └also direkt das sie
44 gesagt haben wo haben Sie das gelesen?
45 A └direkt so ist es
46 I └und danach auch?
47 A └wenn die irgend ein seltenen Symptom oder irgendwas
48 kommt dann sag ich Moment (.) ja schauen wir (.) nicht (.) können Röntgenbefund sein mit
49 einem seltenen da ruf ich zwar meistens den Kollegen an und sag was meinen Sie damit
50 oder so ist auch unterschiedlich ist schon passiert das der gsogt hot oje das hat der Kollege
51 befundet ich weiß es auch nicht (.) und solche Dinge findet man natürlich (.) also das ist gar
52 kein Zweifel das da ich kann mich nicht erinnern das ich etwas einmal nicht gefunden hätte
53 auch noch so ausgefallene Dinge das zumindest irgendwas drinnen gstanden ist
54 I Und das Sie einmal auf Seiten nachgeschaut haben die Patienten ihnen gesagt
55 haben?
56 A Eigentlich nicht nein (.) Ist interessant das hab ich nie gefragt dazu bin ich
57 wahrscheinlich zu wenig internetkundig das ah: also das mir die (.) nur Aus- sie sie kommen
58 das sind die Leute die mit Ausdrucken kommen (.) das kommt auch öfters vor das wenn
59 nach einem Gespräch das dann der Patient was nachschaut und dann sagt ich hab Ihnen
60 das mitgebracht dann krieg ich ein Packerl ausgedruckte
61 I Und das finden Sie gut/schlecht?
62 A Das find ich in Ordnung schau ich mir an wenns mich interessiert wenn nicht dann
63 schmeiß ich's weg aber prinzipell find ichs in Ordnung weil je besser der Patient informiert ist
64 umso besser kann man (.) und sie kommen ja nicht es ist ja nicht so das sie dann mit
65 Diagnosen kommen ja meistens läuft es so ab eigentlich das der Patient (1) einmal schaut
66 was man sagt des heißt er (.) erinnere mich grad an ein Gespräch über (.) was war denn das
67 das war ein Syndrom im Arm das war sehr interessant Schmerzen und so weiter war ein
68 junger Bursch gestern an den ich mich erinnere a::hm immer wieder so elektrische Schläge
69 im Arm und Schmerzen u::nd ich hab ihm dann gesagt das könnte also hab ihm zwei
70 Diagnosen gegeben das oder das sein und er hat dann gsagt ich glaube aber eher das mit
71 dem Nerv und dann hat er gesagt ja das deckt sich mit dem ich habe nämlich gelesen im
72 Internet das sein könnte und so und diese Variante läuft eigentlich öfter also das sich diese
73 vorinformieren und sagen

74 I Also quasi schon ein bissl so ein abprüfen, deckt sich das mit dem was er selbst
75 recherchiert hat mit dem was Sie ihm sagen

76 A Denk ich manchmal ja (.) wobei sie aber sofort das muss ich auch sagen sofort sich
77 vom Gegenteil überzeugen lassen also wenn sie kommen und sagen dann sagens na ich
78 hab ja nur und Sie wissen eh und das is also sie stellen es sofort in Frage (.) wenns wenns
79 anders is

80 I Also ist schon noch mehr Respekt vor dem Arzt da?

81 A Naja weiß i net Glaubwürdigkeit einfach mein der Arzt hat die Glaubwürdigkeit weil
82 er's ja studiert hat ja das denk ich schon (.) ich denk jetzt grad nach ob's Leute gibt die (.) es
83 selber ablehnen (1) ich glaub unlängst hat mir mal einer erzählt das er also prinzipell nicht
84 nachschaut der auch so ein ein junger gewesen wäre wo ich gedacht hab ich sags sogar
85 manchmal nicht Dehnungsübungen oder sowas entweder ich kopiers oft heraus ah:: oder so
86 gewisse Dinge oder ich sage na schauen Sie mal da nach (.) nicht da gibt's eben das
87 sogesehen schon da gibt's schauens nach unter dem und dem

88 I Also da geben Sie dann
89 Empfehlungen

90 A Geb ich Empfehlungen ab wo's is jajaja is auch so das zum Beispiel gewisse:: ah:::
91 Informationen geben mir auch manchmal die Patienten die sagen mir ah da hab ich
92 gefunden wir haben doch gesprochen ist schon passiert das mir dann ein Patient via Internet
93 einen Link geschickt hat der sehr gut war

94 I Also das man durchaus noch davon lernen kann

95 A So ist es

96 I Um nochmal kurz auf den Patienten zurück zu kommen der eine andere
97 Muttersprache hat – angenommen es kommt einer der sich schon ausdrücken kann sich
98 aber aufgrund der Verbundenheit zur Muttersprache sich auf ausländischen Seiten informiert
99 hat – sprich Sie können das schwer überprüfen weil Sie die Sprache nicht kennen – er aber
100 der festen Überzeugung ist, das das richtig ist was er dort gelesen hat – wie würden Sie
101 damit umgehen?

102 A Wie ich umgehen würde (.) das ist nicht vorgekommen (1) jo da würd ich schauen
103 also wenn er mich nicht versteht das ich einen Dolmetscher sind ja immer Leute die die
104 gleiche Sprache sprechen das ist ja durchaus so das ich dann sag bitte kommen Sie wenn
105 ich's weiß der ist draußen und bitte kommen Sie herein und dann würd ich's ihm
106 aufdeutschen also meine Meinung aber es ist noch nie vorgekommen also das kenn ich nicht

107 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass sich ein Patient schwer ausdrücken kann,
108 spricht seine Symptome nicht richtig beschreiben, als Beispiel der Kopfschmerz ob der
109 ziehend, stechend, pochend ist

110 A [naja das ist ja an der Tagesordnung (.) nicht damit bin ich ja ständig
111 konfrontiert das ich nachfragen muss weil die Leute sind ja es sind aber nicht nur die ich
112 mein die die die der Sprache nicht mächtig sind sagen wo wo alles Schmerz Kopf bis Fuß
113 alles Schmerz alles untersuchen nicht das ist halt sehr schwierig aber ansonsten sind die
114 Leute sehr unterschiedlich mach einer der gibt ganz genau an ich hab einen pochenden
115 Kopfschmerz da bei den Schläfen und oder rückwärts und dann kommen wieder und ich sag
116 wie tut der Kopf weh wann seit wann (.) wann beginnts stehen Sie schon damit auf des is
117 Sache des so wie sie des Interviewers is so das ist die Anamnese das is (.) das ist aber an
118 der Tagesordnung das die Leute und ich muss auch das die Leute eben ihre ah
119 Beschwerden nicht artikulieren sondern (.) jo es tut halt weh zum Beispiel häufig ah die
120 Frage nach welche Art von Schmerz das ist ja ganz wichtig ah weil da kann man zuordnen
121 ist es ein inneres Organ oder ist es eben die Brustwand zum Beispiel (.) und das ist ganz
122 schwierig das:: ah das sie lernen damit umzugehen ist er ein drückender Schmerz ist tief
123 kommts von tief innen brennts also das ist eine schwierige

124 I Und dem versuchen Sie dann im Rahmen des Gesprächs auf den Grund zu gehen

125 A [ja sicher, ich mein
126 ist ja meine Aufgabe net des is:: sonst komm i ja net weiter net äh ich kann auch nicht sagen
127 ich hör immer wieder in ärztlichen Gesprächen (.) also wenn wir unter Kollegen sprechen san
128 sie furchtbar erbost das die Leute mit Diagnosen kommen net sie sagen ich habe das und
129 das und da werden immer ganz wahnsinnig die Kollegen net und sagen also des is dann so
130 na dann brauchens mi ja garnet (.) ne kenn ich auch nicht erstens kommts selten vor und
131 wenn sie das tun dann frag ich warum wie kommen Sie darauf und meistens is eh falsch
132 muss ich auch sagen

133 I Ok, also die Selbstdiagnose

134 A [sind meistens falsch also wenn einer so kommt meistens
135 falsch da kommens und sagens ich hab Nierenschmerzen sag ich nicht weil wenn Sie so
136 zeigen habens keine Nierenschmerzen nt is auch die nonverbale Kommunikation sehr
137 wichtig gibt's ja ganz viel Literatur darüber na

138 I Is es Ihnen schon mal passiert, dass ein Patient eine andere Behandlung gemacht
139 hat, als Sie ihm empfohlen haben? Weil er sich zum Beispiel nach dem Gespräch im Internet
140 informiert hat und da etwas gesehen hat was ihm mehr zugesagt hat aber nach einem
141 Behandlungsmisserfolg erst wieder zu Ihnen gekommen ist?

142 A Ahm das glaub ich nicht sondern ich glaube des kann höchstens sein wenn ihm die
143 eine nicht geholfen hat das er dann gesucht hat und gesagt hat könnte ich vielleicht noch (.)
144 da hab ich gelesen

145 I [aber schon mit Absprache mit Ihnen

146 A |ja also soweit ich's beurteilen kann ja
147 was sie hinter meinem Rücken machen weiß ich nicht soweit ichs beurteilen kann ja im
148 Gegenteil es läuft ja so das sie fragen sie rufen ja sogar an wenn sie irgendwo bei einem
149 Facharzt wenn sie im Krankenhaus waren und dann sagen Sie oft das hab bekommen das
150 soll ich machen soll ich das? Weil Sie kennen mich am besten da ist glaub ich ein großer
151 Unterschied da müssen Sie differenzieren ob's um Hausärzte oder um Fachärzte geht weil
152 ich glaube das da ein haushoher Unterschied is ich weiß es nicht wen Sie interviewen aber
153 ich denke da ist ein großer Unterschied (.) auch was die Nutzung des Internets beanlangt ich
154 glaube nicht das die Fachärzte so:: (.) wie wie ein ein Allgemeinmediziner vielleicht das so
155 nützt weil einfach da alles herein kommt und manchmal ist man dann einfach weil es
156 kommen ja orthopädische und und dann kommen die aus dem internen Bereich und alles
157 läuft da zusammen und da gibt's dann Dinge die man dann einfach nachschaut.

158 I Also meinem Gefühl nach, aufgrund der bis jetzt geführten Interviews, würde ich
159 sagen, dass die Fachärzte viel weniger Patienten haben, die im Internet nachschauen, aber
160 das wäre es jetzt nur mein ad hoc Gefühl

161 A Die wissens nicht wahrscheinlich (.) Also da bin ich das weiß ich nicht wie weit das
162 wie weit Sie das verwerten können aber ich denke das die einfach ihre Leute nicht kennen (.)
163 in in dem Ausmaß ja weil sie sie nicht so oft sehen ich weiß ja ganz genau wer die Leute
164 sind ich mein ich bin dreißig Jahre in der Praxis hab viele Patienten die eben so lange bei mir
165 sind oder die eben die bleiben ja meistens das heißt ich weiß ganz genau ah ah was wer
166 nützt also das glaub ich und und wenn ich was nicht weiß (.) und (.) mein Gott ich kann mich
167 vielleicht in den letzten (.) ja zwei Jahren an vielleicht warens drei vier Situationen wo ich
168 wirklich gsagt hab na schau ma mal nach was da steht gemeinsam (.) ne also des kenn ich
169 nicht mir fällt es nicht ein es war vor Kurzem drum ist mir das präsent was des war war
170 irgendwas Ausgefallenes und ich hab gsagt eigentlich damit (.) m:: ah damit weiß ich nicht (.)
171 das man das (.) ja war sogar irgendein spezieller Tumormark oder irgend sowas ja (.)

172 I Es ist ja auch nichts schlechtes wenn man etwas nicht weiß

173 A Naja man muss ja auch oft zugeben das man die dann sag ich nein tut mir leid Ihre
174 Beschwerden die kann ich nicht zuordnen die passen da nicht und die passen da nicht also
175 müss ma weiter schaun (.) geht natürlich dann oft in die Psyche in irgendeine Angststörung
176 oder dergleichen auch aber es kann auch mal was Ausgefallenes sein was halt nicht so (.)
177 präsent ist

178 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, das ein vorinformierter von was anderem
179 gesprochen hat als Sie? Im Sinne von er hat etwas gelesen und ist der Überzeugung das er
180 das hat und Sie deuten seine Symptome jedoch ganz anders.

181 A Nein (.) nein weil da hätt er sofort einen Rückzieher gemacht zumindest in meiner
182 Anwesenheit ob er sonst dann wieder nachgeschaut hätte nein nein also ich hab den

183 Eindruck das das keine wenns Sie so wollen keine Konkurrenz ist sondern einfach eine
184 Möglichkeit ist und sich dann überzeugen nein nein also das kann ich mich an keinen Fall
185 erinnern (.) eigentlich sind sie immer sehr positiv sagen sie also sehr aha ja genau das steht
186 dort und es kommt Ihnen ja natürlich was für mich selbstverständlich ist äh das das drinnen
187 steht oder das das dazu gehört kommt halt einem Laien sehr sehr oft unglaublich vor aber is
188 ja der Alltag net also das ist eher diese Variante

189 I Also ist es auch nicht der Fall, dass sie diskutieren anfangen und Ihre Meinung
190 vertreten?

191 A Nein nein nein also kenne ich nicht kenn ich nicht

192 I Grundsätzlich ist es aber schon legitim, dass sich Patienten zusätzlich informieren
193 und

194 A [also ich mags nicht das ichs legitim finde sondern ich finds sehr positiv weil ich Leute
195 sehr ungern hab die absolut nicht über sich Bescheid wissen das heißt die irgendwas
196 schlucken ich trachte auch immer danach das die Leute wissen wofür sie die Tabletten
197 nehmen das sie aufgeklärt werden damit sie dann im Falle wenn sie was weglassen nicht
198 das Falsche weglassen also ich bin schon der Meinung das der Patient nach Möglichkeit
199 mündig sein soll nit der glaubt er kriegt da irgend a Zauberei und (.) und auch die Grenzen
200 die er kennt

201 I Wo verläuft die Grenze? Gibt's da Patienten die sich dann selbst behandeln, weil sie
202 glauben sie sind schon so kompetent mit dem Wissen aus dem Internet?

203 A Naja das gibt's immer aber nicht weil sie glauben sie sind so kompetent (.) m::: ich
204 glaube das nix mit Kompetenz zu tun sondern das sie sich nicht Zeit nehmen (.) und sich
205 denken jetzt probier ich zuerst was wobei ich mir denke da ist nicht das Internet da ist dann
206 der Apotheker die Auskunftsperson also das die Leute nach dem Internet sagen da hab ich
207 na: kann ich mich auch nicht erinnern (.) kommen und sagen ich hab genommen i hab jetzt
208 schon bei einer Verkühlung das oder jenes genommen aber das habens aus der Apotheke
209 das kommt relativ häufig vor weil sie holt probieren sich vielleicht das Gehen das den Weg
210 zum Arzt zu ersparen aber vom Internet das kenn ich überhaupt nicht

211 I Ich denke dabei an die Foren, in denen schon oft Ratschläge und Behandlungstipps
212 aber auch gewisse Medikamente empfohlen werden

213 A Da kommen sie aber zuerst und fragen sie kommen auch mit Zeitungsausschnitten (.)
214 also die mit denen ich konfrontiert bin vielleicht sind das die Leute von denen ich dann
215 garnicht weiß das sie sich selber behandeln die sagens dann nicht (.) und diese Sache die
216 war früher hat äh:: jeder von seiner Nachbarin wenn die ein Blutdruckmittel ghabt hat hats
217 dann der Nächste genommen und der hats auch gut getan das hat abgenommen die
218 kommen dann und sagen kann ich das auch nehmen oder kann ich das meinem Sohn geben
219 der hat auch nä

220 I Die kommen wirklich und fragen – das hat sich verändert?

221 A Ja das hat sich verändert und vom Internet also das kann i mi überhaupt nicht
 222 erinnern da kommen sie höchstens fragen und sagen da hab ich gelesen und da gibt's das
 223 und jenes soll ich das aber direkt dass das jemand schon und sie stecken ihr die Idee sofort
 224 weg sagen na dann nicht nein wenn Sie sagen dann (.) ich glaub das man da als Arzt
 225 einfach die Kompetenz hat auch automatisch die wird einem zu zugesprochen eingeräumt
 226 was auch immer (.) aber wie gesagt ich glaub das ist auch immer wenn man die Leute lang
 227 genug kennt weil sie sind ja unter Umständen auch den Fachärzten gegenüber sehr
 228 skeptisch nä (.) und sagen na was der mir da dazu gegeben hat soll ich das überhaupt
 229 nehmen und da muss ma halt

230 I Aber das zeugt doch von großem Vertrauen oder?

231 A Ja das glaub ich ich mein mit dem arbeiten wir ja

232 I Nachdem Sie ja gesagt haben, sie kommen mit Vorschlägen mit Medikamenten,
 233 wenn sie diese Idee zum Beispiel aufgrund von Vorrecherchen haben, verschreiben Sie
 234 diese dann auch? Oder wie gehen Sie damit um?

235 A Naja das sind meistens Medikamente eigentlich die dann Zusatzpräparate sind (.) es
 236 ist kein also kann mich nicht erinnern das jemand jetzt (.) gesagt hätte ein bestimmtes
 237 Antibiotikum möchte er oder ein bestimmtes (.) Blutdruckmittel kann ich mich nicht erinnern
 238 das sind dann so Zusatzpräparate was könnt ich noch für meine Venen tun was könnt ich
 239 nehmen was mich stärken könnte also das sind diese im sogenannten kassenfreien Raum
 240 diese Medikamente aber (.) na des also das sie direkt da irgendeine Krankheit umgekehrt
 241 verläuft schon erinner ich mich grad an einen Patienten den hab ich ein ah:: dem hab ich den
 242 Blutdruck umgestellt und ein anderes Mittel gegeben und der ist interessanterweise dann
 243 einige Tage später mit einem Ausdruck mit einem Beipackzettel ausm Internet gekommen
 244 ich mein er hätt auch den Beipackzettel der dabei is (.) aber die sind nicht mehr so
 245 ausführlich wenn einer es ist ein sehr interessierter das ist ein älterer Herr der alles über
 246 Internet recherchiert und fragt ja (.) aber würde nie da bin ich überzeugt davon nie irgendwas
 247 nehmen ohne mich vorher informiert oder gefragt zu haben (.) und die Nebenwirkungen kann
 248 man dann natürlich auch relativieren ne (.) wobei das den Leuten das ist alles Sache der
 249 Kommunikation weil wenn ich Ihnen was gebe sag ich schon es könnte die anderen
 250 Nebenwirkungen können Sie vergessen bei diesem Präparat tritt am häufigsten das das und
 251 das auf und auf das müssen Sie achten (.) und das verleiht Ihnen schon einige Sicherheit
 252 weil man muss halt den Leuten schon sagen es gibt kein Präparat das wirkt das keine
 253 Nebenwirkungen hat das ist ein Widerspruch (.) das ist eine Phantasie der Pharmafirmen
 254 falls das jemand behauptet ja

255 I Wenn sie diesen E-Patienten charakterisieren müssten, sind das eher ältere, eher
 256 jüngere Patienten, männlich, weiblich?

257 A Also ganz sicher männlich (.) meine Meinung (.) ganz sicher männlich (.) und alt und
 258 jung halten sich die Waage (.) denke ich (.) ja es sind durchaus ich mein es sind einfach
 259 nicht so viele (.) also wenn man sich vorstellt dass ich pro Tag zwischen 80 und 100
 260 Patienten sehe und davon (.) nicht täglich eine Diskussion übers Internet ist dann können Sie
 261 sich vorstellen das das sehr wenig häufig ist ja also (.) das ist vielleicht dreimal pro Woche
 262 öfter ist das nicht und dann können Sie sich auch vorstellen es sind sehr oft die selben Leute
 263 wieder (.) das ist ein bestimmtes ich würde sagen die sehr Jungen sind es nicht weil die
 264 glaub ich andere Interessen haben also jetzt in Ihrem Alter die glaub ich sind nicht das die
 265 fangen dann an ich würde die charakterisieren so ab 35 (.) und dann wieder die
 266 Pensionisten die computerkundig sind ja die haben ja Zeit ja das sind auch die die die
 267 Informationen bringen die also dann kommen und sagen da hab ich (.) ich hab Ihnen das
 268 ausgedrückt es könnte für Sie dann von Interesse sein na und bringen irgendwas
 269 I Hätten Sie da auch Unterschiede im Bildungsgrad gesehen?
 270 A Das denk ich ja selbstverständlich das sind einfach die mittleren und sind die
 271 gebildeteren (.) weil die anderen ich mein artikulieren sich ja schon so nicht also schon
 272 garnicht mitm Internet ich glaube nicht das die die tun Spiele spielen aber die suchen nicht
 273 Informationen
 274 I Eine Differenzierung würde mich noch interessieren und zwar im Schweregrad der
 275 Krankheit, ob es etwas chronisches ist oder etwa ein Husten, wann man sich da eher
 276 informiert?
 277 A Ah das hat nichts mit akut und chronisch zu tun denke ich sondern eher eventuell mit
 278 dem Leidensdruck (.) also wenn sie etwas haben das man eventuell nicht beeinflussen kann
 279 das sie eventuell recherchieren was gibt's da noch (.) aber mit akut und chronisch nein (.)
 280 wobei ich mir denke also so Labalien schauens nicht nach also wegen einem Schnupfen
 281 denk ich schaut keiner nach
 282 I Vielleicht denke sie es ist schon der siebzehnte Schnupfen vielleicht habe ich eine
 283 Allergie
 284 A Das ist was anderes ja also ja Allergie könnte ein Thema sein das sie da nachschaun
 285 und sagen da gibt's doch da hab ich gelesen (.) nicht da muss man sie halt aufklären das
 286 das nicht die Neuheit schlechthin ist sondern nur ein neues Mäntelchen umgehängt
 287 bekommen hat oder (.) ich mein diesen Problem haben wir hier oft und das sag ich den
 288 Leuten auch immer dazu weil es gibt ja mittlerweile auch Präparate beispielsweise die (.)
 289 Lutschtabletten nehmen wir an die kosten an Euro Fünfundneuzig auch wenn man sie so
 290 aufschreibt sind sehr gute Lutschtabletten unter einem anderen Namen kosten sie in der
 291 Apotheke 7 oder 8 Euro ja weil diese Tabletten halt von der ich könnt jetzt nicht sagen ob's
 292 die selbe Firma ist ist sie ja oft natürlich die verpacken sie anders für die darf Werbung
 293 gemacht werden daher wird (.) das sag ich von vornherein dazu (.)sag ich wundern Sie sich

294 nicht die kosten nur so und so viel erstens ist mir auch wichtig das die Leute wissen weil ah
 295 das sie auch wissen was sie ausgeben dafür und das das nicht ein was Minderwertiges ist
 296 wenn sie wenig kosten ist ja auch oft in den Köpfen (.) das sie glauben wenn sie 9 Euro
 297 zahlen in der Apotheke das ist besser als wenn sie
 298 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes? Im Hinblick auf die Kommunikation mit dem E-
 299 Patienten? Wird sich in der Kommunikation was ändern wenn mehr E-Patienten kommen?
 300 A Ich mein die Sache ist die das die Kommuniaktion sehr groß geschrieben wird überall
 301 geredet wird und sie ist in den letzten Jahren sicher schlechter geworden (.) es sind nie so
 302 viele Patienten gekommen mit irgendwelchen Befunden und gsagt haben bitte sagen Sie mir
 303 jetzt was ich hab ich war im Krankenhaus keiner hat sich Zeit genommen ich war beim
 304 Facharzt der hat was was hab ich jetzt eigentlich was ist jetzt eigentlich und sie kommen das
 305 geht bis hin wenn sie irgendwie privat wohin gehen kommen sie dann auch und lassen sich
 306 die Befunde noch interpretieren weil sie's zum Teil nach dem ersten Gespräch nicht
 307 verstehen und weil zweitens überall die These ist nicht ich wollt schon eingangs zu Ihnen
 308 sagen weil Sie gsagt haben danke das Sie Zeit haben ich habe wie alle anderen nicht Zeit
 309 sondern ich nehme mir halt was und so ist es bei den Leuten das versuch ich auszumerzen
 310 es hat niemand Zeit wir haben alle wenig Zeit zur Verfügung und ich glaube das da die Rolle
 311 des Arztes immer wichtiger wird weil einfach die ah Überschwemmung an Informationen so
 312 groß ist das der Laie es schon fast nicht mehr auseinander halten kann das ist ja das gleiche
 313 ich ich würde gar nie probieren was weiß ich über einen Fotoapparat zu informieren oder
 314 unlängst ist mein Iphone ausgefallen und ah da hab i ma gedacht na gut da kann ich ja im
 315 Netz schaun äh:: wie ich das wieder in Betrieb setzen kann na da hab ich aufgehört weil ich
 316 eben die:: net (.) wenn ich was Medizinisches such seh ich mit einem Blick wo ah wo was
 317 wertvolles sein könnte oder ich seh unter welchem Gesichtspunkt das seh ich nicht wenns
 318 nicht mein mein Gebiet ist
 319 I Also glauben Sie das es da mehr Aufklärungsarbeit geben wird?
 320 A Ich denke Aufklärungsarbeit ist überhaupt wichtig drum halt ich Ihr Studium für so
 321 wichtig (.) für mich ist ja die die wäre ja ansich die Publizistik- und
 322 Kommunikationswissenschaft die Grundlage für jeden Menschen das er einfach sich in
 323 dieser Welt etwas mehr zurecht findet das er weiß was schwatzt mir die Werbung auf was
 324 bedeutet das warum ich finds unglaublich wichtig (.) und das wird man da auch nicht umhin
 325 kommen und ich nehme an das werden die Schulen leisten müssen na (3) ich kann nur
 326 sagen das die jungen Menschen also die jetzt naja Sechszehn Fünfundzwanzig bis Dreißig-
 327 Jährigen eigentlich die für Kommunikation dankbarsten Patienten sind (.) ja die gehen immer
 328 da hinaus und sagen drehen sich um und sagen danke des war jetzt ein tolles Gespräch
 329 daraus schließe ich entweder das sie nicht ernst genommen werden oder das einfach wenig
 330 mit Ihnen kommuniziert wird oder sie wenig kommunizieren (.) sie sind manchmal sehr

331 perplex was man Ihnen für Fragen stellt (.) vielleicht weil sie sich zu sehr mit dem Medium
 332 befassen ich weiß es nicht aber jedenfalls ist sicher Aufklärung nötig (.) ich weiß auch nicht
 333 ich steh auch dem nicht negativ gegenüber dieser sogenannte Internetarzt nur es fehlt halt
 334 ein ganz wichtiger Teil das ist nämlich der Mensch der vor einem steht und wenn man Leute
 335 kennt ah:: wenn jetzt da jemand zur Tür herein kommt den ich kenne weiß ich ja schon das
 336 es ihm schlecht geht ohne das er ein Wort gesprochen hat na also oder oft schon wenn sie
 337 nur draußen Rezepte holen es ist ja so das nicht alle Patienten zu mir herein kommen die
 338 holen Rezepte die werden vorbereitet dann kommt die Sprechstundenhilfe und ich schau
 339 was unterschreib ich was ist da ist oft auch so das ich dann sag na der muss jetzt wieder zu
 340 mir herein oder der muss eine Zuckerkontrolle machen oder da muss man die Niere wieder
 341 anschauen und ah:: da seh ich oft durch die Tür hinaus sag ich die muss herein kommen der
 342 geht's nicht gut oder unlängst hab ich eine angerufen hab ich stehen gesehn draußen hab ich
 343 gfragt was ist mit Ihnen nicht geht's Ihnen nicht gut ich hab Sie heut gesehen und dann
 344 kommt irgendwas (.) also und das fehlt ich kann aufgrund von Symptomen mir was
 345 zusammensuchen und das halt ich aus dem Grund für schwierig aber sicher (.) ich weiß es
 346 nicht (.) wenn er sagt ich hab eitrige Angina ich seh weiße Tupferln ich würde mich nicht
 347 trauen da (.) weil die weißen Tupferln können ein pfeifisches Drüsenfieber sein und da bin
 348 ich mit einem Penicilin schlecht beraten ist in einem von hundert Fällen aber wenn ich dann
 349 der Mensch bin der das hat und dafür zehn Tage einen Ausschlag das ich (.) denk ich mir
 350 I Meinen Recherchen nach, ziehen viele Menschen dann das Internet vor, wenn es um
 351 Dinge geht, die zum Beispiel mit Scham behaftet sind...
 352 A Ähm::: ja das ist richtig und da denk ich mir sind wir gefordert weil an und für sich und
 353 das ist auch die Frage wie sehen Sie die Zukunft in diesem ganzen Wirrwarr und in dieser
 354 Spezialisierung die wir haben wo wir schon ein Augenarzt ist ja nicht mehr für's ganze Auge
 355 zuständig nicht der eine ist ein Hornhautspezialist und der andere ist ein ein
 356 Glaukomspezialist und der andere ein äh:: Aderhautspezialist und wir haben ja schon und so
 357 geht's mitm Ohr weiter und vom Internisten red ich nicht und ich denke da muss jemand sein
 358 der so eine Funktion hat der das in Zusammenhang bringt und damit äh:: ist für mich auch
 359 äh:: ein Hausarzt oder ein Allgemeinmediziner halt von Nöten und diese Kinder sie dürfen ja
 360 nicht vergessen die sind es dann gewöhnt (.) die sind ja dann gewöhnt zum Arzt zu kommen
 361 ich hab die Dame die draußen schon gewartet hat die kenn ich schon als kleines Kind die hat
 362 jetzt Familie und wieder ein Kind und die ist natürlich bei mir das hat überhaupt die bespricht
 363 bevor sie's mitm Mann oder überhaupt bespricht bespricht sie's mit mir oder mit ihrer Mutter
 364 oder nicht und das wäre wünschenswert (.) mit der sozialen Mobilität und überhaupt mit der
 365 Mobilität ist es halt schwierig net aber joa aber zum Beispiel Studenten durchaus die
 366 kommen wenn sie da aus Oberösterreich oder von irgendwo sind und beispielsweise da in
 367 Siebzehnten Bezirk herziehen die kommen und die suchen sich und sagen Sie Sie ich habe

368 meinen da und dort und also (.) ich denk das Vertrauen ist halt so etwas wichtiges wie in
369 jeden Beruf oder (.) wenn sie einen Tischler haben oder
370 I oder einen Mechaniker der mein Auto richtig repariert
371 A Jaa aber das Schamgefühl also da würd ich mich wundern weil (.) da bin da muss
372 man halt wahrscheinlich so ein Digital Native sein das man dem Medium vertraut weil ich
373 würde nicht glauben das eine Information die ich da ins Netz schreibe m::: intimer ist als
374 etwas das ich dem Arzt dann sag
375 I Naja, man schreibt ohne Namen- auch wenn ein Vertrauensverhältnis zum Arzt
376 besteht, man geht ja wieder zu dem hin und wenn es der Person jetzt extrem unangenehm
377 ist... es bleibt ja im Hinterkopf was der Arzt alles von einem weiß...
378 A Ja vielleicht sind das die Internet ich mein die Dinge kann ich nicht beantworten weil
379 ich's net weiß also ich habs nie erlebt ich hab wohl erlebt das jemand zweimal gekommen is
380 weil er mir irgendwas nicht zeigen wollte und dann sagt nein sag ich na ich schau's an naja
381 nein nächstes Mal nicht na ok nächstes Mal u::nd das jemand dann also (.) gut das weiß ich
382 ja nicht was hinter meinem oder oder außerhalb meines Bereichs gemacht wird aber ich
383 kann mir nicht vorstellen das man das aber sie werdens ja wissen warum das genützt wird
384 ne (.) ich weiß es nicht
385 I Ich glaub ganz genau kann man die Nutzungsmotive nie festmachen, es gibt
386 Tendenzen
387 A Ich mein und ich äh: man muss ja das Umgekehrte auch sehen ah wenn ich denke
388 vor zwanzig Jahren jemand ist an Krebs erkrankt zum Beispiel ne da hat's durchaus Sinn
389 gemacht wenn die Leute eben ein Doktorshopping gemacht haben na das sie sich gedacht
390 haben naja vielleicht wenn er nach Frankreich fährt wenn ich in die USA fahre und so weiter
391 äh:: die sind weiter oder die haben was mein die Leute kann man unglaublich beruhigen weil
392 das ist heute standartisiert na wenn do irgendein Schauspieler in ah was weiß ich in Ohio
393 oder in New York erkrankt weiß sofort wissen die Onkologen in Wien sofort womit der
394 behandelt wird
395 I Also da sehen Sie schon eine, vor allem in die Zukunft blickend, Erleichterung für den
396 Arztberuf?
397 A Ja ja denk ich (.) es ist Erleichterung es is ja Erleichterung wenn ein wenn jetzt
398 jemand wie Sie wenn ich nicht mit Null anfangen muss wenn Sie jetzt was könnten Sie
399 haben ein Schilddrüsenproblem wie so viele junge Leute nja und da is schon interessant
400 wenn der nachgeschaut hat oder die nachgeschaut hat und schon weiß das das viele junge
401 Leute haben das das nichts außergewöhnliches ist (.) das das (.) heilbar ist das man
402 Medikamente das ist doch eine wunderbare Sache
403 I Aber es könnte auch der umgekehrte Fall sein, nämlich das ich die Panik kriege und
404 glaube es ist Schilddrüsenkrebs und alles vorbei

405 A So ist es ja aber das können Sie auch haben ist neulich a junge Frau gekommen die
406 hat genau die Panik bei einem Arzt gekriegt die hat zu wenig weiße Blutkörperchen gehabt
407 ist ausgezuckt hat die ganze Nacht nicht geschlafen weil der Arzt den sie nicht kannte
408 irgendwie drein geschaut hat und gesagt hat da kann man nichts machen ja (.) das war ein
409 falscher Ausdruck und sie hat gedacht sie is sie hat vier Kinder und gedacht die Kinder hat
410 sie schon nicht mehr aufwachsen sehen die hat eine Panik bekommen (.) und das hat halt
411 falsch man kann nichts machen wenn einer zu wenig Leukozythen hat man muss nichts
412 machen na das ist halt falsch ausgedrückt der hätte ein bisschen mehr das kann so auch
413 passieren (.) und natürlich kommen Leute und sagen ah bin ich froh nicht das das nicht das
414 ist sondern das es das ist na (.) also ich seh's positiv ich weiß das es allgemein nicht so is
415 glaube ich zu wissen weil immer wenn wir in Diskussionen in irgendwelchen Zirkeln darauf
416 zu sprechen kommen sind die Ärzte allergisch (.) also immer mit dem Hinweis na die san mir
417 die Liebsten die kommen und wissen scho was hobbm i hob scho nachgeschaut im Internet na
418 do is scho genug (5) wobei ich da dazu sagen muss es haben immer Leute dazu tendiert das
419 sie halt mit fertigen Diagnosen gekommen sind (.) die habens dann halt von irgendwo her
420 von der Zeitung oder vom Nachbarn oder oder was weiß ich ich habe das und das sie haben
421 Vorstellungen und (.) also ich könnte nicht sagen das sich das mit dem Internet verstärkt hat
422 weil das ja Leute sind die durchaus wie soll ich sagen geistig flexibel sind einer der im
423 Internet nachschaut ist (.) sicher der hat einen gewissen Intelligenzgrad (.) aus meiner Sicht
424 und der hinterfragt des schon was also (.)

425 I Also würden Sie's nicht unbedingt vergleichen mit dem klassischen „meine Schwester
426 hat gesagt, meine Mama hat gesagt“ ...

427 A Nein nein nein also aus meiner Erfahrung nicht also so so mit so genauen Dingen bin
428 ich eigentlich nie konfrontiert das dann die sagen im Internet steht man soll also in meinem
429 (.) wie sagt man Patientgut nein ist nicht der Fall aber vielleicht diskutier ich da zu viel mit
430 den Leuten das sie sich da das ihnen garnicht in den Sinn kommt (.) weil ich ja auch meine
431 Diagnosen hinterfrage und also es is ja nicht alles so klar wie eine eitrige Angina und net
432 amol die is ganz klar also ich glaube dessen muss man sich auch bewusst werden (.) und
433 das ich nicht der große Heiler bin der das alles wegfegen kann sondern das ma halt mit den
434 gewissen Dingen auch leben muss na (.) na aber das nein (.) die Oma hör ich oft oder oder
435 das hat meine Mutter schon gemacht oder gesagt also (.) aber die Glaubwürdigkeit hat das
436 Internet nicht oder einen Ersatz glaub ich nicht

437 I Glauben Sie ist es wichtig für den Arzt in Zukunft sich selbst im Internet zu
438 repräsentieren also jetzt vor allem im niedergelassenen Bereich?

439 A Ah da hab ich mich mittlerweile davon überzeugen lassen ahm:: weil die jungen Leute
440 einfach dort nachschauen (.) ich denke

441 I Auf Docfinder hab' ich Sie gesehen...

442 A Es war vor einigen Jahren noch nicht da hab ich immer gesagt weil für mich is immer
443 so wenn jemand nehmen wir einen Akkupunkteur an oder immer Menschen die (.) also mit
444 zwei Händen arbeiten oder einen Physio- oder Psychotherapeuten der hat ja eine bestimmte
445 Kapazität und da hab ich immer gesagt ah wenn ich da große Inserate setze im Telefonbuch
446 dann geh ich zu dem sicher nicht (.) denn wenn der gut ist ist er innerhalb eines Jahres bis
447 da oben hin mit Patienten voll das heißt wenn der nach Jahren noch immer ein großes
448 Inserat hat dann denk ich mir mit dem stimmt was nicht weil dem bleiben die Leute nicht oder
449 der weil es geht ja im Prinzip über Mundpropaganda vorwiegen nach wie vor ne u::nd
450 mittlerweile bin ich halt der Überzeugung das jemand der neu beginnt sicher vertreten sein
451 muss weil sonst wird er überhaupt nicht gefunden (.) wenns jetzt nicht a Arztpraxis ist die
452 weiter gegeben wird sondern wenns jetzt a Psychotherapeut ist der beginnt und dann eben a
453 Physiotherapeut ich glaube die Internetrepräsentation ist einfach wichtig (.) oder Präsenz die
454 Internetpräsenz also glaub ich schon
455 I Vor allem im städtischen Bereich wo viele zu ziehen oder weg ziehen oder weiter
456 ziehen, da muss man sich ja irgendwo orientieren
457 A [Dann schaut man nach ja (.) nein das merk ich bei jungen Leuten das
458 merk ich bei jungen Leuten und interessant ist auch dass sie eine große ich ich denk mir da
459 muss doch jeder wissen weil das sind ja oft recht läppische Sachen die da drinnen stehen
460 und ich höre das sehr oft von jungen Leuten Ihres Alters die die dann kommen und sagen na
461 ich bin zu Ihnen gekommen weil da steht soviel Positives drinnen und dann denk i ma
462 ((Geste)) nicht is is (.) übertrieben is eigentlich a Vorschuss Vertrauen das nicht den
463 ((Gemurmel)) den Verhältnissen entspricht oder weiß nicht wie ich sagen soll also aber es
464 wird also das sehe ich dass das so genutzt wird (.) sie sagen noch na wieso wieso steht das
465 nicht drinnen wieso haben Sie nicht ah:: den Urlaub drinnen stehen oder steht mittlerweile eh
466 alles über die Ärztekammer net also da steht das eh drinnen aber das hab ich oft gehört ja.

1 **Interview von Ärztin 7 am 05.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Assistenzärztin für Interne- & Intensivmedizin

4 Seit 5 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner

7 I Zu Beginn eine allgemeine Frage, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle
8 zu medizinischen Fragen?

9 A Ah:::m es wird sogar von also es wird von uns eigentlich auch verwendet auch von
10 den Ärzten (.) ah:::m für medizinische Fragen ah wenn man weiß wo ma quasi suchen kann
11 und ah wenn man weiß wo ah wo man vertrauens- ah würdige Quelle hat dann ist das
12 Internet natürlich super ja (.) also früher hat man in riesen Lexika nachgeschaut und jetzt ah
13 tippt man das auch bei Google ein ja und da gibt's auch wissenschaftliche ah Seiten wo ma
14 sicher ah sehr gute Information kriegt heutzutage ja

15 I Trauen Sie die Kompetenz dem Patienten zu?

16 A Nein @(.)@ die sagen immer Netdoktor das ist der neue Trend ja es wird ja auch
17 Werbung gemacht für den Netdoktor im Radio hab ich letztens eine Werbung gehört doch
18 das ist total witzig ja ah::: schwierig ja weil ich mein die Patienten es is ja auch für uns total
19 schwierig ah:: ahm::: jetzt in dem Sinne Literatur oder Informationen einzuholen über zum
20 Beispiel seltene Krankheiten die man ja nicht jeden Tag im im Krankenhaus sieht ahm:::
21 beziehungsweise man kann ja nicht alles wissen ja (.) und die Patienten kommen dann mit
22 bestimmten Vorstellungen das ist dann natürlich super ja wenn sie bei Netdoktor das ahm
23 ah::: gelesen haben und ah::: meinen sie könnten ob man das und das zum Beispiel
24 gemacht hat die Untersuchung weil das steht ja dort und ah::: ob ahm:: (.) es ist schwierig ja
25 es stimmt schon es ist schwierig

26 I und grundsätzlich, wie finden Sie das, wenn Patienten mit Informationen aus dem
27 Internet kommen?

28 A Naja es is ahm::: (3) wie ich angefangen hab hab ich das ein bisschen beängstigend
29 gefunden sag ma so weil ich mir gedacht hab ok die und die haben sich da jetzt total
30 informiert und ((Gemurmel)) wenn ich da jetzt falsche Information oder wie wie red ich Ihnen
31 das jetzt aus ja weil ma ja selber a bissl unsicher ist aber jetzt mit der Zeit (.) ahm::: es ist ja
32 nur ein Halbwissen was sie da mitbringen ja beziehungsweise so eine so dahingelesene
33 Sachen ausm Internet und da kommen sie her werfen irgendwelche Wörter hin die sie nicht
34 einmal aussprechen können und @(.)@ und ah m:::einen sich in irgendeiner Weise da
35 auszukennen also grundsätzlich es ist schon irgendwie ein bisschen störend aber es ist jetzt
36 nicht so das mas man man begründet ja alles im Prinzip ja und man erklärt dann gewisse
37 Dinge die da drinnen stehen es is es is schon so das die Information ich hab ja selber einmal
38 auf Netdoktor geschaut die Information ist schon richtig die da drinnen steht ja aber wenn
39 man dann einen Suchbegriff ahm eingibt dann hat man ungefähr Zwanzigtausend Diagnosen
40 die kommen ja und oder ein Symptom und die Patienten kommen da her und sagen um
41 Gottes Willen ich könnt das das das das und das haben ja und ahm das ist halt das
42 gefährliche an dem Ganzen (.) das es ja nicht das es die Information die man zu einer

43 gewissen Krankheit sucht stimmt eh ja es ist jetzt nicht so das da irgendein kompletter
 44 Blödsinn drinnen steht aber für uns ist natürlich schwierig weil die Leute kommen fordern
 45 haben schon alles gelesen ja glauben alles zu wissen und dann muss ma das (.) grade
 46 biegen ja

47 I also mit Mehraufwand verbunden

48 A Es ist schon mit Mehraufwand verbunden sicher ja

49 I Hätte Sie Unterschiede in der Aufklärungsarbeit gesehen? Also das zum Beispiel bei
 50 vorinformierten Patienten mehr aufgeklärt werden muss?

51 A Ahm nein es macht eigentlich keinen Unterschied also die Aufklärungsarbeit ist die
 52 Gleiche ah:: es is also ich hab die Erfahrung eher gemacht das die Leute kommen ahm::
 53 und sich ah:: also und glauben das die Sache quasi schlimmer is als sie is ja also das ist das
 54 ahm nein also ich find nicht das in irgendeiner Weise das beeinflusst ja die Aufklärungsarbeit
 55 bleibt die selbe ähm:: es ist halt spannend ähm jetzt im Klinikalltag ich bin auf Stationen jetzt
 56 auf der Intensivstation da fällt das sowieso komplett weg ja aber in der Ambulanz das is da
 57 das Spannende das die Leute da mit irgendwelchen Symptomen kommen und sagen ich hab
 58 das da und da gelesen es kann das und das sein ja ahm:: da muss man dann schon sicher
 59 mehr Aufklärungsarbeit machen und halt ahm:: die Leute darauf hinweisen das das halt bissl
 60 komplexer ist als das was man halt im Internet liest

61 I Wie häufig kommen solche Patienten?

62 A Naja wie häu- na häufig puh das ist eine gute Frage (.) ich mein ich bin jetzt auf der
 63 Intensivstation da fällt das wirklich komplett weg ja da kommen die Leute komatiös

64 I Aber die Angehörigen vielleicht, das die mit Informationen kommen und Fragen über
 65 das was sie gelesen haben?

66 A Doch ja aber nicht mein ich kann nicht einmal sagen täglich oder so (.) auf Stationen
 67 (.) nicht sehr häufig (.) ja schon ein geringer Prozentsatz ich kann jetzt nicht genau sagen
 68 wie viel aber in den Ambulanzen ist das sicher häufiger

69 I Hätten Sie da Unterschiede zwischen E-Patient und sozusagen normalem Patient
 70 beim zum Beispiel Alter oder Geschlecht?

71 A ((Negation)) Nein

72 I Durch die Bank alles gemischt?

73 A Ja schon

74 I Wenn Sie zum Beispiel einen Patienten haben der sich schlecht artikulieren kann,
 75 schlecht ausdrücken kann, aus welchen Gründen auch immer, dass er seine Symptome
 76 nicht richtig beschreiben kann oder einfach die Sprache nicht beherrscht, wie gehen Sie
 77 damit um?

78 A Das ist ja etwas was ständig vorkommt ahm:: (.) also meistens holen wir irgendwen
 79 von den Verwandten oder einen Dolmetscher wenn der Patient uns jetzt nicht gut versteht
 80 wenn Patienten da sind die zum Beispiel aufgrund irgendeiner neurologischen Störung sich
 81 nicht ausdrücken können dann:: ist das schon so dann sind die Vertrauenspersonen die

82 wichtigsten eigentlich Kontaktpersonen und ich die mit denen man sowohl Anamnese erhebt
83 als auch die weitere Therapie bespricht und ah bei Patienten auch mit Migrationshintergrund
84 die zum Beispiel kein Wort Deutsch sprechen haben wir ja auch oft da bin ich dann die
85 Übersetzerin aber ah:: da geht das alles über die:: Verwandten und mit Händen und Füßen

86 I Aber man gräbt da schon so lange nach, bis man sich sicher ist, das man das gleiche
87 Problem verstanden hat?

88 A Das ist ein guter Punkt ja weil:: ich natürlich einen anderen Standpunkt hab ich
89 sprech eben mehrere Sprachen und bin oft im Einsatz für irgendwelche Übersetzungen wir
90 haben auch sehr viele Touristen hier bei uns und und und da wird schon vieles
91 missverstanden allerdings ist das Gute an der Medizin das viele Dinge einfach in der ((nicht
92 verständlich)) klar sind oder in Bildgebungen klar sind und das ma ah dementsprechend
93 auch ahm: therapieren kann und vieles ist halt ahm im Lateinischen einfach in allen
94 Sprachen gleich ja aber man muss sich da schon mehr Zeit nehmen Zeit die man sich
95 wirklich nehmen muss weil die gibt's nicht in jedem Alltag eigentlich ja die muss man sich
96 nehmen und solche Patienten sind sicher aufwändiger als Leute die jetzt kommen und genau
97 wissen ah:: genau beschreiben können was sie was sie haben (.) schwierig sind dann auch
98 die Patienten die dement sind die kommen die jeden Tag was anderes sagen oder
99 vergessen was sie gesagt haben und wo man wirklich total schwierig zu einer Diagnose
100 kommt ja (.) aber auch da muss man sich die Zeit nehmen ich mein das ist halt unser Beruf
101 so nervenaufreibend das auch ist aber (.)

102 I Ist es Ihnen schon einmal passiert, dass Patienten eine andere Behandlung gemacht
103 haben, als Sie Ihnen geraten haben? Weil diese sich zum Beispiel nach der Diagnose im
104 Internet schlau gemacht haben?

105 A Ah:: es gibt schon Patienten die absolut in-compliance sind also die absolut nicht
106 machen was ma ihnen sagt das sind Leute die ah:: oft zum Beispiel es ist nämlich so das der
107 Trend in der Medizin daher geht ah viele Krankheiten sind selbst gemacht das muss man
108 sich ehrlich sagen Diabetes die ganzen Lungenerkrankungen weil die Patienten rauchen die
109 ganzen Herzerkrankungen wenns einfach zu dick sind wenns das sind Krankheiten die
110 müssen nicht sein ja und die Einsicht oder zum Beispiel die Blutdruckproblematik weil den
111 Blutdruck spürt man nicht wenn er zu hoch ist außer er ist jetzt bei 250 da kommens her und
112 haben auf einmal keine Luft und sind kompletto fertig dann spürens ihn auf einmal schon
113 aber davor ist es halt schwierig jemanden darauf aufmerksam zu machen etwas zu tun was
114 für ihn besser ist wenn er's nicht direkt spürt das es besser ist ja deswegen ah ja gibt es sehr
115 oft das die Patienten einfach nach Hause gehen und was anderes machen die Medikamente
116 irgendwie nehmen irgendwas tun ahm außer das was man ihnen halt geraten hat nicht zu
117 Kontrollen erscheinen und dann ein Jahr später mit einem Herzinfarkt bei uns wieder landen
118 ja also das gibt's sehr sehr häufig also ich bin noch nicht so lange dabei also ich arbeit jetzt
119 vier Jahre insgesamt in Krankenhäusern und bin nur seit etwas mehr als einem Jahr in der
120 Fachausbildung und selbst in dieser kurzen Zeit sieht man das fast wöchentlich das sind so
121 diese Bumerangpatienten die kommen dann immer wieder da schaut man sich dann die
122 Medikamente an die sie im letzten Entlassungsbrief gehabt haben sagt fragt sie was sie
123 genommen haben jo was i net i hob ma dacht i brauchs net

124 I Und wie ist dann dann für Sie also wie finden Sie das?

125 A Also ich hab am Anfang geglaubt ich muss die Welt verbessern und ah die Welt
126 verändern und die Menschen verbessern und ihnen klar machen dass ma doch alles ahm
127 quasi mit einer gewissen Vernunft lösen kann aber jeder ist selbst für sich selbst
128 verantwortlich ja also ich bin mittlerweile schon so das ich sag schauens ich schlag Ihnen
129 das vor ja es ist gut für Sie wenn Sie's machen wenn Sie's nicht machen werden Sie wieder
130 bei uns landen ich werd Sie wieder behandeln aber das ist im Prinzip Ihre Sache was sie mit
131 Ihrer Gesundheit anstellen ich mein es ist krass ausgedrückt aber ich werd nicht arbeitslos
132 also man versucht natürlich Aufklärungsarbeit zu machen und versucht natürlich auch
133 Präventionsarbeit zu leisten aber diese (.) diese Selbstverantwortung die der Patient für sich
134 hat es ist ja auch zum Beispiel das man ihnen alles vorschreibt ja also es gibt brave
135 Patienten die rufen auch in der Ambulanz an machen sich Termine aus und anderen muss
136 man echt ganz genau mit Minute wo sie hin gehen sollen was genau den Stock die Tür ja
137 damit ma damit sie wirklich dort erscheinen ja also das ist schon so das man teilweise die
138 Kindergartentante ist die einem wirklich alles ich mein bei Herzpatienten ist das überhaupt a
139 bissl mühsam ja weil die kommen das Gefäß ist verstopft ja ist halt wie wie bei einem
140 Installateur wird das dann wieder durchgeputzt wird so ein Ersatzstück quasi implantiert sie
141 haben überhaupt keine Beschwerden mehr es ist alles gut und sie gehen nach Hause und
142 wie wie bei einer Autowerkstatt wo einfach ein Ersatzteil ersetzt wird und dann ist alles
143 wieder gut und sie glauben sie können so weiter machen bis zum nächsten Herzinfarkt (.)
144 also ist schwierig

145 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass ein vorinformierter Patient von was anderem
146 gesprochen hat als Sie? Sprich, der Patient hat sich vorinformiert, hat ein gewisses Bild von
147 seinem Leiden und sie haben sich auch ein Bild aufgrund seiner Symptome geschaffen und
148 die zwei Bilder entsprechen jedoch was anderem...

149 A Mjhm (3) eigentlich das ma a gewisse ahm::: das sie gewisse Fehlinformationen
150 einholen das schon abe::r die Symptome mit denen sie kommen die beziehen sich schon
151 meistens auf das selbe Organ eigentlich (.) die sind da schon ganz wiff (.) kommen da schon
152 mit gewissen Vorstellungen also auch mit gewissen Vorinformationen die sich also ich hab
153 die Erfahrung gemacht das sich das ahm:: eigentlich schon mehrheitlich gedeckt hat
154 zumindest was was ah die Grundproblematik ah was die Grundproblematik betrifft alles
155 andere die genauere Diagnose die genauere Therapie die nicht hat man dann einfach keine
156 Ahnung ja

157 I Wie läuft generell ein Gespräch mit einem E-Patienten ab? Sind die eher
158 diskussionsfreudiger, aktiver, bestimmter als andere Patienten?

159 A Ja schon schon bestimmter aber man muss halt die richtigen Worte treffen damit man
160 sie überhaupt zu einer Diskussion dann ähm:: verleiten kann

161 I Also grundsätzlich kann man nicht sagen das sie mehr diskutieren?

162 A Mh::: naja ich mein wenn man sich eine gewisse Vorinformation sich schon eingeholt
163 hat dann ahm verläuft das Gespräch einfach anders ab ja weil sonst ist das immer so ein
164 Gespräch das wo der Arzt redet und der Patient oder der Angehörige hört zu ja und
165 andersrum ist schon dass dann immer wieder Einwände kommen oder ahm so
166 Halbfachinformationen kommen die in einer Frage verpackt sind oder so also das schon

167 I Dauern die Gespräche dann auch länger?

168 A Ja schon

169 I Beachtlich?

170 A Also ich ja dadurch das ich nicht so viele also in letzter Zeit gehabt hab kann ich das
171 gar nicht so sagen aber ich find schon also ich find schon

172 I Wie reagieren Sie wenn ein E-Patient kommt? Sind Sie da eher glücklich das der
173 aktiv geworden ist oder ist Ihnen das eher lästig?

174 A Ahm es kommt ganz auf den Patienten drauf an ja (.) ahm::: es gibt schon Leute die
175 dann glauben sie haben jetzt sie wissen jetzt wovon sie reden und äh:: das was der Arzt
176 macht ist natürlich a Bledsinn ja und ist natürlich lästig ja weil das dann ständig ein Kampf ah
177 die meisten sind eigentlich (.) ganz friedlich also es ist dann sieht man dann eh ein das man
178 quasi gewisse Dinge wenn man dann äh gewisse Dinge auch erklärt ja ahm eine Taktik ist
179 niederreden wirklich soviel reden dass dann gewisse ah Informationen einfach so ankommen
180 dass dann keine Fragen mehr entstehen ja weil das schlimmste ist wenn der Arzt selber
181 unsicher ist und nicht quasi dagegen halten kann (.) also meistens wird dann eh eingesehen
182 das das man schon weiß wovon man redet

183 I Haben Sie während oder nach einem Gespräch schon einmal selbst im Internet
184 nachgeschaut? Zum Beispiel Dinge wovon ein Patient erzählt hat?

185 A Ja sicher also von den Patienten an sich meinen Sie nein das nicht nein also man
186 weiß da schon also gewisse Dinge ein gewisses Grundwissen hat man aber wir schauen
187 selber auch im Internet nach über seltene Krankheiten oder wenn irgendwie Keime da sind
188 von ausländischen Patienten die bei uns überhaupt nicht vorkommen das ist schon klar ja
189 das mach ma schon

190 I Hatten Sie schon mal Patienten die sich selbst medikamentiert haben weil sie zum
191 Beispiel sich was vom Internetdoktor bestellt haben oder irgendwelchen Ratschlägen aus
192 diversen Foren gefolgt sind?

193 A (3) Ich kann mich jetzt an keinen Patienten erinnern der das gemacht haben könnte
194 wird's jedoch sicher geben die Leuten kaufen alles aus dem Internet

195 I Bei Medikamenten ist man schon etwas vorsichtiger oder?

196 A Ja aber viele sind da wirklich ahm:: sehr (.) leichtgläubig sag ich einmal

197 I Ich weiß jetzt nicht ob das im Krankenhausalltag auch so üblich ist, aber sind schon
198 Patienten gekommen, die gesagt haben, ich hab habe gelesen das das und das Medikament
199 das Beste für mich ist und ich möchte nur das verschrieben bekommen?

200 A Gibt's schon kommt schon vor

201 I Und wie gehen Sie damit um? Verschreiben Sie's?

202 A Nein natürlich nicht die Letztverantwortung liegt bei mir. Indem ich das Medikament
203 verschreibe und dem passiert irgendwas dann bin ich dran auch wenn er das unbedingt
204 wollte

205 I Und auch wenn er nicht locker lässt und sagt ich will ich will ich will

206 A Nein nein irgendwer muss das letzte Wort haben

207 I Um noch einmal auf das Gespräch mit dem E-Patienten zurück zu kommen, wann
208 genau kristallisiert sich heraus, dass sich der Patient schon vorinformiert hat? Eher am
209 Anfang vom Gespräch oder während des Gesprächs...

210 A Das kommt im Laufe des Gesprächs meistens

211 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Patienten Ihre Therapievorschläge nicht ganz
212 so ernst genommen haben? Oder vielleicht nur Bestätigung haben wollten von dem was sie
213 sich zuvor gedacht haben?

214 A Ja sicher (.) das ist Alltag bei uns ich weiß gar nimmer wie ich drauf reagiert hab wie
215 das das erste Mal vorgefallen ist ich mein (.) ja es is es is mittlerweile man erklärt ihnen das
216 noch einmal und dann erklärt man's ihnen noch einmal und am nächsten Tag noch einmal
217 das ist in jedem stationären Alltag so (.) wenn sie's verstehen verstehen sie's und
218 Bestätigung in dem Sinne von dem was sie sich denken (.) o:ft kriegen sie auch die
219 Bestätigung wenn sich's eh deckt aber wenn sich's nicht deckt dann nein sie sind dann
220 meistens eh einsichtig also

221 I Die Patienten haben schon noch mehr Respekt vor dem studierten Wissen?!

222 A Ja es kommt ganz drauf an ich mein viele alte Leute oder viele männliche Patienten
223 wenn ich da als weibliches Wesen daher komm und ich schau nicht unbedingt uralt aus hab
224 keine weißen Haare weiß ich nicht ob ah muss ma wirklich quasi ich bin da schon am Anfang
225 zumindest ah:: mit einer sehr (.) Respekt in dem Sinne also der Respekt lässt nach find ich ja
226 ((Gemurmel)) der Arzt über quasi das man jetzt so ein riesen Vertrauen hat das man blind
227 vertraut ist nicht würd ich auch nicht ja (.) ist immer gut eine gewisse eine gewisse Kritik und
228 auch eine gewisse ahm (.) also das man gewisse Sachen auch hinterfragt aber (.) mein er
229 versucht sicher auch sein Bestes und es gibt sicher auch Patienten die viele schlechte
230 Erfahrungen gehabt haben mit Ärzten und es halt wirklich schwierig ein sehr komplexes
231 Thema eigentlich deswegen informieren sich wahrscheinlich auch so viel weil das Vertrauen
232 eben immer weniger wird das ist ja das is so ein weit gefächertes:: Thema jetzt eigentlich
233 weil ich mein wieso sind diese ganzen E-Patienten entstanden ja du bist in der Ambulanz
234 und wirst in zwei Sekunden also zwei Minuten haben sie Zeit für dich die Ärzte und in diesen
235 zwei Minuten sollen sie rausfinden was du hast ja (.) da fühlt man sich sicher nicht gut
236 betreut und liest dann halt alles mögliche nach und so entstehen halt die ganzen Prob- so
237 entsteht halt die ganze Problematik weil du kannst mit deinem gewissen Fachwissen das du
238 eben durchs Studium oder durch eine Krankenpflegeschule oder sonst irgendwas gelernt
239 hast kannst du ausm Internet nicht raus fischen ja (.) das ist dann immer so ein Halbwissen
240 und auch sehr viel Angst damit verbunden also das is ja nicht mehr so wie früher wo die
241 Patienten zum Arzt gekommen sind und dann hat sich der eine Stunde Zeit genommen
242 außer du bist Privatpatient ja und gehst zu einer Privatordn (.) das ist das gesamte
243 Gesundheitssystem das diese E-Patienten auch fördert

244 I Angst ist ein guter Punkt, kommen die Patienten ängstlicher?

245 A Ja sicher (.) also die ahm:: (3) man muss sich jetzt nur mal kurz ein Symptom
246 ausdenken das ins Internet tippen und dann schau'n was dazu alles kommt sicher kommen
247 sie ängstlicher

248 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes? Wird es hier mehr Anpassungen an diese E-
249 Patienten geben? Oder sich in der Gesprächsführung was ändern? In der Aufklärungsarbeit?

250 A Ich glaube:: ahm::: ich glaube das ah:: (.) ja in der Aufklärungsarbeit glaub ich nicht
251 das sich viel ändern soll also wird (.) es soll sich was ändern in der Aufklärungsarbeit und
252 zwar das ah:: viel mehr Aufklärungsarbeit geleistet werden sollte ja aber ahm das man sich
253 auch mehr Zeit für den Patienten für den Einzelpatienten nimmt das nimmt einem dann auch
254 diese dem Patienten die erstens einmal die Angst und auch das Bedürfnis ständig Dinge
255 nach zu schauen ja (.) weil wenn man sich hinsetzt und dem genau erklärt was los ist ja
256 dann is einfach und auch gewisse ahm (.) Therapie auch genau erklärt und und einfach auf
257 den Patienten eingeht weil wir vergessen oft das solche Leute einfach ahm (.) nicht so wie
258 wir mit gewissen Dingen quasi als Krankheit umgehen können sondern die haben auch eine
259 psychische Komponente dabei die haben Angst die haben irgendwie also das das es schon
260 schwierig ja also ich find schon Aufklärungsarbeit ja sollte sich ändern ich weiß nicht ob sich
261 was ändern wird (.) also die Zukunft keine Ahnung

262 I Glauben Sie dass das Internet vielleicht eine Erleichterung für den Arzt darstellen
263 kann mit zum Beispiel Chatmöglichkeiten mit dem Arzt, betreute Foren usw. wo sich wirklich
264 nur Ärzte drauf melden

265 A Ich finde diese Ferndiagnosen so absolut gefährlich (.) weil ich mein ich hab auch
266 viele Verwandte die mich anrufen wegen irgendwas ja und dann soll ich übers Telefon sagen
267 was los ist ja und übers Internet is ja noch schwieriger dort beschreibst die Symptome schön
268 und gut aber du hast ja den Patienten nicht vor dir ja und das ist immer das um und auf und
269 das vergessen wir auch in der Ausbildung und jetzt schön langsam die Jugend die ja
270 nachkommt vergisst das auch (.) du musst dir den Patienten anschauen wenn der nicht vor
271 dir steht und mit einer Atemfrequenz von Dreißig die er wahrscheinlich nicht checkt die
272 ganze Zeit über weil er so die ganze Zeit lebt kannst du nicht feststellen ob der eine
273 Lungenerkrankung hat oder nicht du musst den vor dir sehen ich finde das wirklich eher eher
274 ein ein verkehrten Weg (.) Internet für alle ist schön und gut aber für das (.) also (.) eher nicht

275 I Und der Arzt selbst, Krankenhausärzte vermutlich weniger aber niedergelassene
276 Ärzte, sollen die sich selbst im Netz repräsentieren?

277 A Das der Arzt selber präsent ist jetzt Werbung für sich macht oder wie

278 I Zum Beispiel ja, eine eigene Website hat

279 A Is eh fast jeder jetzt eigentlich mit einer eigenen Website im Internet also (.) alle Ärzte
280 die niedergelassen sind die ich kenne sind mit einer eigenen Website im Internet (.) also der
281 Trend geht sicher in diese Richtung

1 **Interview von Arzt 8 am 05.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Arzt für Allgemeinmedizin

4 Seit 33 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner

7 I Ganz allgemein, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle zu medizinischen
8 Fragen?

9 A Grundsätzlich ist es genauso gut wie für die anderen Bereiche es hat (.) die
10 Möglichkeit dass die Menschen rasch zu Inhalten kommen ohne dass halt viel herum suchen
11 müssen und ahm hat auch den Vorteil dass diese Inhalte meistens a bissl standardisiert sind
12 und nicht nicht ah::: aus einer ah::: Ecke kommen das ist häufig der Fall das kann man schon
13 sagen ah darin besteht aber auch der Nachteil ahm die die rasche der rasche Zugang zu
14 Information äh bringt die Information in eine Wertigkeit die etwas überzeichnet ist durch die
15 durch die rasche Verfügbarkeit dieser Information und andererseits so wie ich gesagt habe
16 dass die die Quelle meistens etwas breiter oder oder vielfältiger ist ahm hats aber auch den
17 Nachteil dass ich die Quellen alle nicht so eindeutig ver- ich kanns zwar verfolgen aber ich sie
18 werden nicht so verfolgt wie wenn ich die Information jetzt von einem Menschen habe der
19 autorisiert ist Informationen auszuteilen wie ein Fachmann auf irgendeinem Gebiet jetzt halt
20 von der Medizin da ist es der Arzt ahm beziehungsweise wenn das ein Mensch ist der ah::
21 weiß in welchen Fachbereich er sich wirklich auskennt und sich dahin oder ich geh in die
22 Literatur und waß des hat der und der geschrieben und so weiter und so fort ah das fällt
23 meistens weg nicht immer aber häufig weg bei der Internetrecherche

24 I Trauen Sie den Patienten jetzt genügend Kompetenz in der Recherche zu? Finden
25 Sie das gut?

26 A Ahm::: das hängt ganz von der Person ab (.) jeder ist anders im im im Umsetzen
27 von Informationen die auf ihn eintreffen der ane kann was anfangen damit beim ändern
28 schlagens ins Gegenteil über ahm es ist auch immer die Frage wie sucht er warum sucht er
29 wann sucht er (.) wie sucht er heißt ahm hat er jetzt irgendwie eine großkomplexe
30 Information wo er sich vertiefen will wo er sich schon a bissl a Vorwissen geschafft hat aus
31 verschiedenen Quellen ahm oder ist er jetzt kurz mit etwas konfrontiert aus Panik heraus
32 sofort muss das Internet herhalten und er muss a Information kriegen (.) und dann ist halt
33 die Frage was erwartet er sich davon und wie geht er damit um also das ist sind viele
34 Faktoren die da noch eintreffen (.) übrigens auch beim Gespräch direkt mit dem Arzt kanns
35 genauso Probleme geben das macht das Internet für mich noch nicht schlecht

36 I Und wenn jetzt ein Patient mit Informationen kommt, wie gehen Sie damit um?

37 A Ah::: grundsätzlich sag ich sehr gut @(.)@ es is ja auch ganz toll und was haben Sie
38 erfahren und ahm da zeigt sich eigentlich schon das wie wie diese wie diese Suche und die
39 Suchergebnisse verlaufen nämlich die meisten Menschen die haben was Furchtbares
40 erfahren das ist auch ganz klar wenn ich einen Suchbegriff jetzt eingib der recht schlicht ist
41 kommt aufgrund der Vielfalt der Hintergründe dann was irrsinnig Komplexes heraus (.) der
42 Mensch gibt ein Kopfschmerz und endet in der Information mitm Hirntumor das ist fast sicher
43 I Das heißt, Patienten die mit Informationen aus dem Netz kommen sind anders als
44 jene die sich nicht informieren?

45 A Ah aus dem einfachen Grund es gibt Internet-User die sind anders als die Nicht-äh:: -
46 Interneterfahrenen oder Verwender ähm is a kloar manche machen das und manche nicht
47 das ist schon einmal ein Unterschied und dann gibt's Internetverwendern natürlich auch
48 solche die das sehr wohl a bissl einschätzen können und solche die sich hundertprozentig
49 darauf verlassen das die Information die sie draus haben jetzt auf sie zutrifft und für sie eins
50 zu eins umsetzbar ist das ist dann schon problematischer net

51 I Kommen solche E-Patienten häufig?

52 A Immer häufiger natürlich ich mich im Internet oder ich hab mich im Netz schon schlau
53 gemacht oder oder ich habe ein bisschen gegoogelt jo des san so die Vokabeln die jetzt
54 modern sind und mit denen wir umgehen müssen sag ich zuerst gut ja und was haben Sie
55 erfahren (.) is auch gar nicht schlecht man ist gleich am Thema und ich kann dann sagen
56 schauens das ist so und so aber wissen Sie das trifft bei tausend Leuten für einen zu und bei
57 999 is es so und ah mein klassischer Spruch ist immer wenn einer in der rechten Hand einen
58 Hammer hält und am linken Daumennagel einen blauen Fleck hat werd ich nicht sagen das
59 ist eine Krebserkrankung (.) also auf diese Weise kann man dann auch die Geschichte auf
60 den Punkt kriegen natürlich kann er auch Krebs auf diesen blauen Daumennagel haben aber
61 es is halt net so wahrscheinlich @(.)@

62 I Wenn wir jetzt schon beim E-Patienten sind, hätten Sie da Unterschiede gesehen
63 was jetzt zum Beispiel das Alter betrifft?

64 A Natürlich ja (.) es is a Generation die mit dem Internet mittlerweile kann man schon
65 sagen aufgewachsen ist solche die's sekundär angenommen haben und solche die zögerlich
66 damit umgehen und das sind halt drei verschiedene Typen für mich na

67 I und weiblich männlich?

68 A Kann ich nicht sagen (.) ich würd fast eher sagen das die weiblichen Patienten für
69 mich jzt so nur im im groben Einschätzen a bissl die die die:: häufigeren
70 Internetrecherchierer sind

71 I Könnte es Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung geben? Also etwas Akutes,
72 etwas Chronisches...

73 A Na na das is es is anfoch so ahm wie stark fühlt er sich jetzt betroffen und wie groß ist
74 sein sein sein Tragen das er irgendwie näher zu zu erfahren und darüber was zu erfahren
75 und das ist sehr unterschiedlich ich glaub das ist bei chronischen Kranken genauso wie bei
76 akuten bei den akuten is gefährlicher weil alles was akut ist muss schnell gehen da ist die
77 Geschwindigkeit des Internets dann oft so das sie eher trügt als es positiv auflösen kann weil
78 alles was in der Medizin Notfall ist muss zuerst amal ein bissl eska- deeskaliert werden und
79 des folgt weg beim Internet

80 I Hätten Sie einen typischen Gesprächslaufaden mit dem E-Patienten gesehen also

81 A Naja typisch ist schon also das ich immer noch das Gefühl hab das die Menschen
82 sich ein bissl entschuldigend sich an mich wenden mit der Bemerkung ich hab mich schon
83 schlau gemacht ich hab schon im Netz recherchiert also sie sehen das eher a bissl als
84 Konkurrenz zum Arzt oder sie meinen das der Arzt darin einen Konkurrenten für sich sieht
85 deswegen auch ein bissl zögerlich die Patienten sind ja auch ah mittlerweile auch gut also
86 warens immer schon bereit die Kommunikation mit dem Arzt a bissl selber zu gestalten da
87 kommt natürlich dann scho das sie wissen das ((Gemurmel)) sagen ich hab aber ich möchts
88 von Ihnen wissen also ahm also diese diese Vorgangsweise is eigentlich sehr typisch und
89 wenn ich das jetzt in Prozentsatz angeben müsst würd ich sagen 80% haben das so drauf
90 während die anderen sagen es ist doch so

91 I Fällt das eher am Anfang vom Gespräch oder

92 A Leher am Anfang (.) nein (.) das ist natürlich auch wieder
93 die Taktik es is ja jeder im Gespräch ein bissl ein Agitator manche versuchen das erst zu
94 bringen wenn sie meinen sie haben den Arzt dort wo er ihnen jetzt wirklich nicht mehr
95 ausweichen kann ahm is aber ganz selten der Fall in den meisten Fällen kommt das ziemlich
96 am Anfang vom Gespräch daher

97 I Wenn Sie den E-Patienten jetzt charakterisieren müssten, ist der aktiver, will der
98 mehr diskutieren, ist er kompetenter oder ist das vom Typ vom Menschen abhängig...

99 A Nein es ist ja auch schon mal ein Zeichen das er das er ein Problem für sich klarstellt
100 indem er's formuliert er muss ja an Suchbegriff eingeben das heißt er fängt eigentlich schon
101 an seine ah:: sein (.) sag ma seine Auffälligkeiten Beschwerden Symptome in dieser
102 Reihenfolge fängt er schon mal an in an Punkt zu bringen in ein Wort zu bringen in ein
103 Vokabel zu fassen das ist ja schon mal ein Schritt wo wo wowowowo wo's ein anderer
104 Zustand is als wenn einer zum Arzt geht und sagt es geht mir schlecht net also mit es geht
105 mir schlecht wird er im Internet net weiter kommen das heißt er muss das schon a bissl
106 konkretisieren es is ein Mensch der ein bissl hinein- intensiver hineingehen will und sich
107 informieren will also es is ja auch er will ja was wissen es gibt ja Leute die wollen von den
108 Krankheiten gornix wissen und gehen trotzdem zum Arzt und werden dort irgendwie
109 nebenbei erkannt also so und so Kranker ah das:: sind die nicht nea

110 I Weil Sie vorhin gemeint haben, dass sich die Patient irgendwie entschuldigen, sehen
 111 Sie das Internet als Konkurrenz?

112 A Ich seh's nicht als Konkurrenz weil das ist ein Unsinn ich verwend ja auch das
 113 Internet i kann ja net sagen das dass ((Gemurmel)) sondern ich seh halt ahm (.) bei vielen
 114 Menschen aber das ist nicht wirklich ein ein ein dauerhaftes Problem das kann ich meistens
 115 sehr schnell gern ahm das Problem ist das sie durch das Internet nicht in den richtigen ahm
 116 Überlegensgang kommen weil das Internet in die Breite streut aber die Antwort sollte ah eher
 117 zu einem Punkt hinführen (.) und die Breite ist gefährlich weil wenn ich für eine Frage dann
 118 eigentlich mehr Antworten zur Verfügung hab als Stellen dann werd ich mir immer die
 119 Schlimmste aussuchen und die is es dann häufig und meistens nicht und ich muss die
 120 Menschen hier (.) zu dem Punkt bringen wo sie sagen wo ich ihnen sagen hab da da is es
 121 wichtig da muss man die Richtung denken und da muss und das kann das Internet meistens
 122 nicht vielleicht wird's auch solche Programme geben bin überzeugt das das kommt (.)
 123 ((Gemurmel)) fühl mich als Arzt deshalb nicht benachteiligt weil das Einzige was immer
 124 bleiben wird ist die Kommunikation mit dem Patienten selber da kommt zur Sprache na die
 125 Körpersprache noch dazu und was ich immer auch in der Allgemeinmedizin als eines der
 126 wichtigsten Sachen hab i kann einen Menschen angreifen und das macht der Computer nicht

127 I Haben Sie selbst schon einmal während des Gesprächs oder danach im Internet
 128 nachgeschaut?

129 A Eigentlich nicht so direkt weil die meisten Gschichten kenn ich eh und dann ahm mein
 130 Gott wann ahm wann irgendwas kumm wo i denk davon hab i no nie ghört des sog i
 131 meistens net gleich weil das würde ihn verunsichern do sog i im Moment kann ich's net sogn
 132 und schau schon auch dann nach ahm mach ich natürlich auch is vielleicht nicht so häufig
 133 wie man sich das vorstellt wird wahrscheinlich immer häufiger werden

134 I Angenommen Sie haben einen Patienten, der nicht Deutsch als Muttersprache hat
 135 und sich schwer artikulieren kann und sich auf ausländischen Seiten zu einem Thema
 136 informiert hat, wie gehen Sie damit um?

137 A Ehrlich gsagt so ein Problem hab ich noch nicht gehabt (.) ahm es gibt für mich immer
 138 an Zugang zu einem Menschen der selbst in seiner Muttersprache nicht mit mir
 139 kommunizieren kann da kommt eben dann die Körpersprache beziehungsweise dann auch
 140 die der Blickkontakt und a bissl des des Annehmen von so an Patienten hinein (.) die
 141 Begriffe (.) wenn die natürlich jetzt zum Beispiel wenn der ghert hot er hot Zucker und er
 142 kommt jetzt aus aus aus aus aus Anatolien und hat dort Zuckerkrankheit im Internet
 143 eingegeben dann wird er schon einige wissen das ist dann auch nicht das Thema das waas
 144 er schon kommt schnell drauf hin ahm i:::- da da da kann ich Ihnen keine konret- weil dieses
 145 Beispiel ich noch nie so konkret erlebt habe und wenn er sich informiert hat hat er sich in
 146 seiner Sprache informiert und ahm ich glaub dann dann dann weiß er eh und das krieg ich

147 bald heraus damit kann ich eigentlich net wirklich jetzt a konkrete Antwort geben auf diese
148 Frage

149 I Wenn sich ein Patient generell schlecht artikulieren kann, jetzt nicht aufgrund der
150 Sprache sondern weil er seine Beschwerden nicht beschreiben kann

151 A [ja es ist auch so das die
152 Sprache sich verändert es ist das artikulieren so wie ich's noch gelernt hab in meiner schon
153 langen über dreißig Jahre bestehenden Arztbahn laubahn anders geworden und die jungen
154 Leute artikulieren sich anders weil sie andere Sprache übers Netz auch kennengelernt
155 haben in ihrer Ausbildung also das ist schon anders geworden es gibt aber immer
156 Übereinstimmungen und man findet sich dann immer in einem Punkt also (.) wissens die
157 Begriffe die sich zum Teil verändern ahm finden sich meistens am Stamm und am am am
158 am am am Sinn wieder und dort bring ich's hin und do hob i ka großes Problem is ja auch
159 schön wieder andere Vokabel zu lernen (.) natürlich hat das Denken auch a bissl a andere
160 Form angenommen aber (.) i bin zu knapp dran um jetzt zu sagen können wie geh ich damit
161 um oder wie schaut das für mich aus das ist natürlich a Entwicklung die ich selbst mitmache
162 die kann i von außen net so beobachten wie sich das jetzt darstellt für mich

163 I Ist es Ihnen schon einmal passiert, dass ein Patient eine andere Behandlung
164 gemacht hat als Sie Ihnen

165 A [häufig häufig das ist ja keine Frage der ich biete was an und sagt na aber
166 meinen Sie nicht das das besser ist weil meine Großmutter oder mein Onkel oder mein
167 Computer das sagt ahm (.) is nicht so problematisch wie es scheint weil ah:: gibt's diesen
168 schönen Satz da gibt's 1000 Möglichkeiten einer Katze das Fell abzuziehen aber zum
169 Schluss hat sie's Fell abgezogen wenn einer sagt er fangt beim Kopf an und der andere sagt
170 er fangt bei der Seite an es klingt jetzt grauslich aber ((Gemurmel)) ist ein Beispiel das es
171 Menschen dann immer zumindest einmal zum zuhören bewegt (.) ahm ich kann behandeln
172 in sehr vielen verschiedenen Ebenen und für mi is es nur ein ein ein ein ein wirklicher Punkt
173 es darf nicht das falsche Ziel verfolgt werden und es darf nix Schadendes für den Patienten
174 heraus kommen dann gibt's an großen Spielraum (.) ich muss ja auch wenn der eine
175 Meinung hat und seine Idee hat ich hab ja keine Ahnung wie sehr das in seinem Kopfbereich
176 fixiert ist das muss i ja a bissl feststellen und da geh i bissl mit mit ihm und dann sag i na
177 vielleicht doch eher so da na mochens nur weil ich ma denkt wenn der jetzt konsequent dran
178 bleibt geht's eh auch gut die Natur hat viele Möglichkeiten zu heilen und manchmal bin ich
179 als Arzt eher einer der so lange unterhältet die Leute bis die Natur geheilt hat und das kann
180 ich auf verschiedenen Wegen machen

181 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass ein Patient mit der Diagnose heim gegangen
182 ist, zu Hause diese eingetippt hat und eine ihm näher liegende Therapie gefunden hat, diese
183 dann gemacht hat welche wirkungslos war und dann wieder gekommen ist?

184 A Mir nicht bewusst durchaus aber möglich (.) warum (.) wenn einer nicht einverstanden
185 ist mit dem was ich anbiete oder nicht genug Zufriedenheit daraus schöpfen kann dann geht
186 er vielleicht nicht mehr her oder geht zu den anderen und dann erfahre ich's nicht (.) bewusst
187 erfahren habe ich's nicht also ich habe mit diesen Bez- Fall noch nie erlebt dass das Internet
188 mir irgendwie was ahm wie soll man sagen umgedreht oder weggenommen hätte (.) es
189 könnte aber sein auch das halte ich für legitime Möglichkeit i bin ja a net perfekt (.) vielleicht
190 hat's da sogar eine eine Verbesserung für den Patienten gegeben durchs Netz und man i i
191 glaube's nicht sehr aber es ist es wäre möglich

192 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass der vorinformierte Patient und Sie von etwas
193 anderem gesprochen haben, also sprich er hat seine Symptome eingegeben hat sich ein Bild
194 daraus gemacht und Sie haben ebenfalls ein Bild von dem was er hat und Sie sind dann im
195 Gespräch drauf gekommen das hier nicht ganz Konsens herrscht

196 A Jaja (.) Jaja naja das gibt's schon net also wenn einer mit vierzig Jahren daherkommt
197 und sagt also ich jetzt den grauen Starr und ich bin wirklich auf diesem Aug schon bling ahm
198 dann nimm ich ihm die Brille runter und halte unter die Wasserleitung wasch ab und setz ihm
199 wieder auf und sag ihm also jetzt habens also den grauen Starr nicht mehr dann (.) des ist
200 wirklich einmal passiert (.) ahm dann ja aber das ist halt net immer da Fall aber es ist klar das
201 war ein sehr drastisches Beispiel aber es gibt schon Beispiele die auf diesem Beispiel
202 beruhen und die auch Realität sind und und das ist halt die Aufgabe des Arztes mein i hab a
203 bissl Erfahrung und ich ich ich kann eben ahm in mir die Informationen anders vernetzen als
204 das halt über die über die internationalen Webseiten geht da

205 I Und wie gehen Sie damit um wenn Sie merken das sind jetzt zwei verschiedene Paar
206 Schuhe?

207 A I kann ihm also es gibt schon auch manchmal Ende der Kommunikation (.) meistens
208 für den Patienten für mich nicht weil i sog schaun's Sie haben des gelesen aber es trifft für Sie
209 nicht zu und er sagt aber des muss so sein sog i jo (.) für mich ist es nicht so (.) ich kann
210 nicht mit jedem Menschen ah 100% eins kommen ich kann nur versuchen ihn zu überzeugen
211 manche lassen sich nicht überzeugen ja i man wenn heute einer zu mir kommt und ich weiß
212 der raucht vierzig Zigaretten am Tag hat's oft gar keinen Sinn den davon zu überzeugen
213 dass des eigentlich seine Krankheit in gewissen Bereichen extrem voran treibt oder andere
214 hervorrufen kann (.) hat's überhaupt keinen Sinn weil der will das jetzt nicht hören er kommt
215 vielleicht ein anderes Mal also es ist nie so dass man glauben kann das man sogn kann des
216 ist jetzt so und es ((Gemurmel)) sonnenklar und er wird's verstehen (.) er kanns verdrängen
217 oder nicht wollen und da ist das Netz vielleicht für ihn eine Hilfe weil er hat irgendwo einen
218 Fall gelesen wo's dann halt geheißen hat Zigaretten konsu- ah konservieren den Menschen
219 und er lebt länger (.) so wie ich's auch schon gehört habe

220 I Also das Patienten dann schon mit Ihnen diskutieren, das kommt schon vor?!

221 A Natürlich (.) natürlich ja (.) aber ahm es ist ja ein Mensch der herkommt und die Leute
 222 kommen net zu mir um mir was zu erklären oder beweisen zu wollen sondern sie
 223 kommen schon her weil sie Fragen haben (.) des is die Situation normalerweise schon es
 224 gibt natürlich paranoide Querulanten die kommen her um zu streiten da lass ich mich nicht
 225 auf diesen Diskurs ein weil die kenn ich ja ahm die anderen wollen ja was von mir und
 226 deswegen hab i nie Schwierigkeiten und do für mi is es a kann Problem schauen's is ja kloar
 227 das des do drin stehen muss weil das und das wirklich vorgekommen ist aber bei ihnen
 228 wird's anders sein und dann kann er was anfangen damit in den meisten Fällen und wenn
 229 nicht geht's halt nicht muss ma auch akzeptieren

230 I Aber Sie finden's legitim, dass sich Patienten schon informieren?

231 A Ich glaube das ist ein Fakt unserer Zeit den kann man nicht übersehen (.) ich kann
 232 Menschen nicht das Netz zu ver- ah zu verwehren weil Zugang zum Internet und zu den
 233 Informationen und ahm ich ich glaube auch das das a eine eine:: Herausforderung ist als
 234 Arzt damit auch ein bissl umzugehen weil ahm:: das hat sich ein bissl geändert die
 235 Kommunikation mit den Menschen auf der anderen Seitrn wir wollen ja immer den mündigen
 236 Patienten der selber sich ein bissl verantwortlich fühlt und da ghört auch die
 237 Informationssuche dazu also ich find des zwar oft ein bisschen problematisch für die Leute
 238 weil sie weil sie das äh:: ((Gemurmel)) überbewerten aber insgesamt nicht schlecht und es
 239 wird sicher noch besser werden

240 I Glauben Sie wird da in Zukunft noch mehr Aufklärungsarbeit nötig sein?

241 A Naja die Aufklärungsarbeit wird sicher länger dauern und und a anstrengender sein
 242 aber ahm des is holt auch Sache unserer Zeit früher hat man halt überhaupt nicht aufgeklärt
 243 in gewissen Bereichen und des wor auch nicht gut (.) überfordert uns das Aufklären
 244 manchmal i:ich muss immer am Punkt bleiben ich schau immer will er mich wirklich was
 245 fragen oder will er mir was erzählen (.) dann los i ihm redn und soll er mir was erzählen
 246 mein wenn er mi net frogn wü warum braucht er mich dann er kommt her ich krieg ja eh ein
 247 Geld auch wenn er nix fragen will (.) ist jetzt ein bisschen zynisch gemeint aber auch das
 248 gibt's

249 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass sich Patienten selbst medikamentiert haben,
 250 vor allem weil sie's zuvor im Internet gelesen haben?

251 A Natürlich mochen's des aber es is ja aufgrund unseres Arzneimittelgesetzes nicht so
 252 leicht wirklich potente Medikamente zu kriegen do geht's eher um Regulationsmedikamente
 253 und da da kann net viel passieren also ich glaub nicht das da viel ah:: Schaden entstanden
 254 ist ich kenn auch keinen Fall i wü's net ausschließen aber ich kenn auch keinen Fall

255 I Es gibt ja diesen Internetdokter wo man sich wirklich Antibiotika und dergleichen
 256 bestellen kann

257 A Jaja Ja::: das das das ist etwas was ich bei meinen Patienten noch nie erlebt habe
 258 wenn das passiert ist es a Katastrophe aus verschiedenen Sinn- ah:: Hintergründen heraus
 259 und i find des ghört eigentlich als Kunstfehler dem Dr. Internet angeprangert dafür ghört er
 260 vor Gericht gestellt

261 I Also das ist ein absolutes No-Go

262 A Ja ganz ganz klar weil ahm:: da kommen wir in einem Bereich herein
 263 wo's nicht das Individuum betrifft sondern über die falsche Einnahme von Antibiotika werden
 264 gewissen Bakterienstämme gefördert die dann das andere Kollektiv von Menschen in einem
 265 Land betreffen können und da hört sich für mich der Spaß auf ne

266 I Hatten Sie schon mal Patienten, die gesagt haben ich hab das und das und ich will
 267 genau dieses Medikament dafür haben?

268 A Natürlich das kommt immer wieder vor auch ohne Internet aber ah:: da kann ich
 269 erklären sogen na das ist nicht sinnvoll aus dem und dem Grund oder sog jo is eh net
 270 schlecht (.) wissens ob des Medikament jetzt grasgrün oder halm ah:: graugrün heißt des is
 271 ja wurscht es muss die gleichen Inhaltsstoffe haben und da werd ich oft sagen ja is ja gut
 272 aber passens nur auf wenns nächstes Mal nachschauen dass das nicht vielleicht übersehen
 273 ansonsten ist des schon in Ordnung wieso nicht

274 I Und verschreiben's das dann auch

275 A Dann verschreib ich's wenn ich's für richtig halte natürlich

276 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass der Patient Ihren Therapieversuch gar nicht
 277 so richtig ernst genommen hat?

278 A Das Gefühl hab ich nicht häufig ahm weil ich schon ein bissl schau wie die Menschen
 279 reagieren wenn man Ihnen was anbietet ahm es kommt immer wieder vor ich weiß nicht es
 280 gibt Studien die genau sagen wie viel Prozent der verordneten Medikamente irgendwie
 281 überhaupt nicht abgeholt oder im Mistkübel landen (.) ahm das ist klar das das das passiert
 282 bei mir auch aber (.) wenn ich's weiß dann sprech ich's schon an und ahm kann man
 283 meistens aufklären weil die meisten Menschen überleben auch ohne Medikamente

284 I Und wie ist diese Gefühl für Sie?

285 A Nicht mehr schlimm schauen's des is ja eigentlich interessant das man mit
 286 zunehmenden Jahren dann eigentlich immer wie soll ma sagen freier wird von der
 287 persönlichen Betroffenheit (.) i:::ich biete was an er kann's annehmen ahm je besser meine
 288 Kommunikation mit dem Menschen ist desto besser wird er's kann ich ihn überzeugen und
 289 wird er's annehmen (.) ahm es is eigentlich Frage der Kommunikation wie sehr etwas
 290 angenommen wird Kommunikation ist für mich wichtig und förder ich sehr (.) liegt mir auch
 291 sehr viel dran ahm werd ich mich auch nicht durch ein Medium wie das Internet aus diesem
 292 Kommunikationsschema wegbringen lassen sondern oft bringt mich das sogar beim
 293 Patienten weiter weil ich kann ihm erklären warum er diese Information ausn Internet so

294 heraus bekommen hat und sag ihm warum's bei ihm anders ist damit fühlt er sich persönlich
 295 erstens einmal beobachtet betreut und wahrscheinlich ist er dann auch eher überzeugt
 296 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes? Muss er sich mehr dem E-Patienten
 297 anpassen? Mehr Aufklärungsarbeit leisten?
 298 A Naja die Aufklärungsarbeit wird sicher mehr (.) die Gesprächsführung kann man nie
 299 gut genug haben wird auch immer schwieriger weil der Zeitfaktor dagegen spielt in dem
 300 Moment wo ich a gutes Gespräch anfang fürcht ich schon das es zu lang dauern kann und
 301 das betrifft alles Sparten unseres Lebens das die Zeit die Rolle übernimmt das heißt do kann
 302 ich manchmal sogar umdrehen und kann sagen wissen's was und des Problem machen's
 303 Ihnen im Netz schlaue da werden's des und des finden und des schau's ihnen an (.) kann ich
 304 auch schon anbieten
 305 I Geben Sie da wirklich konkrete Seiten an
 306 A |ja ich geb Links an und und und kommt nicht so
 307 häufig vor wie ich's bis jetzt scheint aber wird sicher noch häufiger werden
 308 I Zum Beispiel?
 309 A Zum Beispiel bei Diätvor- ah vor- vorschlägen weil das ist sehr komplex da sind da
 310 gibt's sehr gute Anbieter die also da wirklich gut
 311 I |da schauen Sie vorher nach
 312 A | ich kenn die Seiten dann
 313 also sonst tu ich's net also ich hab sie zumindest vorher einmal gesehen
 314 I Im Hinblick auf die Gesprächsführung, kann es da sein, dass in Zukunft immer mehr
 315 Patienten mit selbstgefertigten Diagnosen kommen?
 316 A |ja natürlich aber das wissen's a Diagnose is is etwas
 317 was so stark und so schwach ist wie der Wind also in des is a Lufterl oder so a Sturm das:::
 318 ahm:: (.) das muss ma immer im Einzelfall entscheiden und wan er die hot kann ich ihm
 319 sagen toll bestätigt und und und hilft ihm ja auch net sonst würd er ja net herkommen wenn
 320 er nicht noch Zweifel hätte also hab ich ihm den Zweifel genommen war meine Aufgabe
 321 richtig kann ich vielleicht sogar noch anbieten weil ich noch eine Zusatzinformation hab und
 322 weitergehn umgekehrt wenn's a falsche Diagnose ist und mei Überzeugungsarbeit also die
 323 er sich gestellt hat also meine Überzeugungsarbeit hinter vom anderen von einer anderen
 324 Diagnose möglicherweise zu überzeugen na
 325 I Glauben Sie, dass das Web in Zukunft eine Erleichterung für den Arzt darstellen
 326 wird?
 327 A Ah::: es wird nix leichter in Zukunft @(.)@ ahm es verändert meine Arbeit es kann in
 328 vielen Bereichen eine Erleichterung bringen in anderen Bereichen ist es nicht möglich
 329 insgesamt glaub ich schon das es sich positiven auswirken wird (.) also ich bin da als großer
 330 Skeptiker trotzdem sehr positiv in meiner Auffassung

331 I Glauben Sie das vielleicht zukünftig sowas wie Chatfunktionen und dergleichen
332 geben wird?

333 A Gibt's schon gibt's schon wird wird wird total gemacht auch bei bei Fachärzten zum
334 Beispiel was i's von von von von Psychiatern die also da ihre ihre Chats mit Patienten
335 machen des is einfach so a kurze ((Zungenschmalzer)) Zackis hat nicht die ahm ah
336 Unmittelbarkeit eines einer einer Visite oder eines Gesprächs einer Ordination sondern es
337 geht halt mit einer gewissen Verzögerung und dann zackzack kriegt er sei Antwort
338 funktioniert für gewisse Leute ganz gut ahm ahm für mich ist es nicht so i- ich find mich da
339 nicht so gut hinein i:::ich möchte die Leut' sehen ich möchte's spüren ich möchte's
340 wahrnehmen und des kann i übers Netz net so gut aber das ist meine persönliche
341 Arbeitsweise do do do das ist halt mein Stil ahm andere können das sicher über's Netz ganz
342 gut und das ist auch für die Patienten ((Gemurmel)) gut jederzeit jeden Tag können sie da
343 irgendwie ihr Schauerl herunterladen net also sein sein A oder sein E oder sein Ü hören

344 I Wie soll sich der Arzt in Zukunft im Internet repräsentieren soll er sich repräsentieren?

345 A Das hängt davon ab wie sehr ihm dieses Medium vertraut ist mir ist es nicht so sehr
346 vertraut wie vielen anderen ahm ich lebe aus dem persönlichen Kontakt und ahm die große
347 Zahl meiner Patienten ah könnte sich um einiges noch erhöhen einfach durch persönliche ah
348 Kontaktaufnahme der Patienten untereinander sprich das halt einer dem andern des weiter
349 gibt und das die Leute deswegen kommen ahm es es is die Mundpropaganda ahm
350 funktioniert ganz gut hab ich genug Patienten ich muss ja eh mich da wehren muss eh viel
351 ablehnen ahm hab neulich erst die Situation ghabt das mir eine Patienten gesagt hat haben
352 Sie eigentlich gschaut was über Sie im Internet drin steht sog i na wüsst ja net amal wo will's
353 auch gar nicht wissen ja:: und das und das und das ahm (.) war sehr gutes Feedback was i
354 da offenbar hab also i könnt stolz drauf sein ich will das nicht warum ahm von den 4000
355 Patienten ah die ich so betreue in einem Jahr sind ah gehen Vierzig mit einer konkreten ah
356 Information ins Netz ahm die repräsentieren nicht wirklich meine meinen meinen
357 Patientenpool und und und die können auch wie soll ma sagen wahrscheinlich nicht in in in
358 der statistischen Auswertbarkeit das ausdrücken was ich kann und was ich nicht kann (.) da
359 sind sehr viel emotionale Bewertungen drin ganz klar wenn der her kommen ist und es ihm
360 gut gegangen stellt er das anders hin als wenn er mit an Problem kommt und ich konnte es
361 nicht gleich lösen das heißt da (.) bin ich beim Netz a bissl skeptisch wird sich vielleicht noch
362 ändern da müsst halt eine breite ein breiteres Forum statt finden und das wird vielleicht
363 kommen im Moment bin i da net glücklich damit

1 **Interview von Arzt 9 am 09.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Arzt für Allgemeinmedizin

4 Seit 32 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 I Ganz allgemein gefragt, was halten Sie vom Internet als Informationsquelle für
8 medizinische Fragen?

9 A Problematisch (.) ah kommt natürlich wie immer in Kontakt mitm Internet auf die
10 Seriosität der Seiten an ahm (.) die Problematik liegt darin eben wenn's nur seriöse Seiten
11 san dann is eh ok des is amol des eine des zweite is das man als Laie im Internet für jede
12 Verhaltensweise die man gerne hätte (.) sprich wenn man einen Tumor hat tun oder nix tun
13 find i genug Beweise das das eine oder das andere richtig ist das heißt ich kann mir im
14 Prinzip meine Fahndeln in die Richtung drehen die ich selber gern hätt und fühl mich dann
15 dadurch bestätigt des is eines der der Probleme das heißt ah das ich immer noch glaub
16 Vorbildung ist gut ich hab überhaupt nix dagegen das sich jemand einliest oder vorbildet
17 aber jede sollt si dann und das ersetzt eben den Arzt net irgendeinen Arzt seines Vertrauens
18 suchen mit dem er dann sogen kann hörn's i hob des glesen und des glesen und es geht
19 aber trotzdem ah i möchte trotzdem genau wissen und i vertrau Ihnen sogns ma wos is do ok
20 und wos is net ok (.) so u::nd das ma natürlich a bissl olle in der ärztlichen Seite a bissl a
21 Problem mit den vorgebildeten Patienten hobm is scho kloar des is scho wenn jemand mit
22 fixen Meinungen und Dings kommt aber i kann ihnen zum Beispiel im im Internet X-Seiten
23 zeigen wo's heißt zum Beispiel Cholesterin is extrem schädlich und bringt einen um und die
24 genau gleichen Seiten gib'ts Cholesterin macht überhaupt nix ma find die Beweise also des
25 is des mi- mit Internet find i interessant in Kombination jo (.) guat

26 I Und wenn jetzt Patienten mit Informationen aus dem Internet kommen, wie finden Sie
27 das dann?

28 A Ah::: (.) ganz ehrlich manchmal ein bisschen belastend aber wo's i ma immer
29 angewöhnt hab auch bei Leuten die:: sogn ma Dinge dann vor haben oder mochn speziell
30 wenn sich's um Eltern mit Kindern handelt oder sowas die des ah i glaub das ma si wenn
31 man si seriös zamm setzt und amol trotz- net sogt des is jetzt a Bledsinn hauen's wieder ob
32 sondern wenn ma si hin setzt und a seriöses Gespräch sucht glaub i kann ma das ganz guat
33 damit mochen weil verhindert könn ma's ja net is jo kloar na des wird's ja immer geben

34 I Kommen häufig vorinformierte Patienten?

35 A Ah::: i würd amol sogn jetzt Internet und und und Umgebung Internet das heißt die
36 sich dann bei Verwandten erkundigen die sich mitm Internet informieren (.) najo also i glaub

37 mit festen Meinungen kommen so zehn Prozent der Leute schon irgendwie vorgebildet sogn
38 ma mol so (.) jo

39 I Hätten Sie da Unterschiede im Alter, im Geschlecht gesehen?

40 A Jo i glaub schon (.) ah jüngeres Lebensalter eindeutig mehr (.) männlich weiblich
41 weniger na do eigentlich weniger des net aber jüngere Lebensalter mehr und und ah und
42 interessanter Weise auch bildungsmäßig gibt's Unterschiede (.) ah und zwoar je gebildeter
43 desto komplizierter also desto besser besser informiert besser gebildet auch auch weil die
44 Zugänge leichter sind weil sich die Menschen einfach leichter bewegen ah in dem Medium
45 und ahm (.) ist dann auch oft schwieriger darüber auch zu diskutieren sagen wir mal so jo (.)
46 es informieren sich gebildete Schichten wesentlich mehr über's Internet als die Ungebildeten

47 I Haben diese dann eher eine fixe Meinung? Sind sie diskussionsfreudiger?

48 A Ah:: die die jo oft schwieriger in der Diskussion jo genau so ist es weil die hoben sich
49 jo vä- und die die wissen ihre Meinungen also die hobn si selber schon die überlegen sich
50 auch Argumente von vorn herein dafür oder dagegen (.) die san die wissen dann scho wie
51 man da redet

52 I Wenn Sie angenommen einen Patienten mit schlechtem Deutsch haben, der sich
53 zum Beispiel auch auf ausländischen Seiten schlau gemacht hat, sprich Sie können das
54 nicht kontrollieren, wie gehen Sie damit um?

55 A Muss ich ehrlich sagen konkret nicht sehr viele Erfahrungen bei uns ist das
56 Patientengut bis auf etliche Ungarn die do hier arbeiten eigentlich kaum anderssprachig also
57 des is für uns hier net so des Thema ahm wobei i sogn muss wenn des jetzt net ganz was
58 Verstiegenes is dann muss ma jo sogn das universitäre Wissen is ja ungefähr überall gleich
59 des muss ma a sogn also es wird in einer Medizinuni in meinetwegen Ungarn jetzt net viel
60 was anderes gelehrt werden als bei uns also insofern seh ich da net so a großes Problem es
61 is für mi a keins (.) weil da hab i net so viel

62 I Anders gesehen, wenn sie sich einfach nur schlecht artikulieren können also jetzt
63 nicht aufgrund der Kenntnisse sondern einfach nur schlecht ausdrücken?

64 A Do versuch ma do hier immer ah und des klappt recht gut an Dolmetscher zu haben
65 des moch ma do auch mit den Firmen do hier also mit denen ich zu tun hab anderssprachig
66 kommen eher von Firmen die hier im Ort angesiedelt sind oder im im in der Umgebung
67 angesiedelt sind do kommt fast immer a Dolmetscher mit (.) des geht

68 I Und wenn jetzt ein Patient kommt, der zum Beispiel seine Symptome nicht
69 beschreiben kann also er kann schon Deutsch aber er kann jetzt net sagen ob zum Beispiel
70 sein Kopfschmerz stechend pochend oder ziehend ist, wie gehen Sie damit um?

71 A Eigentlich versuch ma's mit elektronischen Hilfsmitteln wirklich also mit elektronisches
72 Wörterbuch oder sowas oder einfaches Wörterbuch das ma wirklich mocht das das versuch
73 ma schon

74 I Haben Sie schon einmal selbst im Internet nachgeschaut wenn Patienten mit
75 Informationen aus dem Internet gekommen sind?

76 A Jo jo die Seiten haben wir oft gemeinsam angeschaut dann jo

77 I Schon auch während des Gesprächs

78 A Ja doch ja wobei des meistens i hob nämlich do hier speziell da haben wir aber einen
79 eigenen Rechner dafür weil diese Rechner hier alle sind stand-alone bis auf E-Card aber i
80 hab einen mit dem wo ma uns zamm setzen können und reden können drüber ja

81 I Sind schon einmal Patienten mit für Sie neuen Informationen gekommen?

82 A Ja sicher freilich

83 I und das haben Sie dann gemeinsam angeschaut?

84 A ja auch auch auch Medikamente ganz häufig net das die angeboten werden oder
85 sonst irgendwas wo ich dann keine Ahnung habe was da wirklich drinnen ist und dann schau
86 ma

87 I Ist es dann auch schon vorgekommen, dass Sie's auch verschreiben?

88 A Jo sicher wenn's sinnvoll ist freilich jo oder wenn ich damit leben kann sicher auf alle
89 Fälle freilich jo

90 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass Patienten was anderes gemacht haben als
91 Sie vorgeschlagen haben weil sie, nachdem sie von Ihnen die Diagnose bekommen haben,
92 im Internet eine für sie vorerst bessere Behandlung gelesen haben?

93 A Jo aber do brauchen's gornet do im Netz nachschaun das passiert sowieso immer
94 das sind immer des kommt natürlich so auch vor das sie sagen na do hob i dann glesen Sie
95 haben ma gsagt i soll zum Beispiel die Diät net mochen aber do hob i glesen des is net
96 notwendig oder i soll des Medikament des kommt immer wieder vor aber das ist nicht erst
97 seit'm Internet des hot's vorher a scho immer geben

98 I Und wie gehen Sie damit um?

99 A Najo ahm (.) im Laufe der Jahre emotional immer wie soll i sogn net mehr so intensiv
100 von der Emotion her i hob mi jetzt was angewöhnt das wenn i jemand ah:: mit dem nicht
101 leben kann so quasi was i ihm sog oder oder des anzweifelt oder was ahm sog i einfach
102 wirklich nicht böse sondern ganz positiv meine Meinung sog ihm auch er könnt sich noch
103 dort und dort informieren sei's jetzt Internet oder bei einem anderen Kollegen und ah:: bei
104 Menschen dir wirklich sich unbelehrbar schaden sagen wir jetzt amal so net mit
105 Medikamenten sondern mit Lebensweisen oder sowas sogt ma's a paar Mal sogts einmal im
106 Jahr wieder a i kann ihn net zwingen na und und dann mach i ma ehrlich gstondn meistens a
107 Notiz rein das ma drüber gsprochen hobn aber es derf ja trotzdem jeder tun was er will muss
108 ma a sogn

109 I Stichwort Information, kommt es vor, das Patienten sich nach seriösen Seiten
110 erkundigen oder geben Sie Hinweise zu gewissen Internetseiten?

111 A Des vor allen Dingen im Bereich do werd i immer wieder gfragt im Bereich von von
112 Impfungen (.) jo ah sonst hob i eigentlich ah die populären Seiten da gibt's Links über die
113 Ärztekammer des geht recht gut es gibt aber auch Informationen wenn man sich schlecht
114 behandelt fühlt oder wenn ma was weiß ich einen Fehler vermutet beim Arzt gibt's auch ganz
115 seriöse Seiten wo man sich melden kann und so weiter umgekehrt auch für uns wenn wir
116 glauben das bei uns a Fehler passiert ist kann i des auch sofort melden um des zu
117 objektivieren

118 I und was wären das für Seiten zum Beispiel?

119 A CRS zum Beispiel des is so a Fehlermeldesystem der Ärztekammer oder sowas

120 I Wie läuft ein Gespräch mit einem E-Patienten ab? Sagen sie schon am Anfang, dass
121 sie sich informiert haben oder kommt das im Laufe des Gesprächs heraus?

122 A Des kommt im Laufe des Gesprächs (.) manchmal kommt auch jemand herein und
123 ((Gemurmel)) hörn's i hob ma des durchglesen und des und des und do is gstandn im
124 Internet des könnt des und des sein des kommt (.) aber is nich- is nicht ganz oder mit einer
125 Meinung was es sein könnte also gar keine ganz fertige Diagnose aber in welche Richtung
126 es geht

127 I Und wie gehen Sie dann da vor?

128 A Najö i hör mir's einmal an obs obs des is es kann ja sehr oft stimmen a muss ma ja
129 so- es muss ja net von vorn herein folsch sein wenn der des sogt ok nana oft stimmts ja auch
130 nje also wenn solche Sachn sind na do könn ma jo drüber Wissen is ja für niemaden was
131 schlechtes ka Problem

132 I Gibt es einen typischen Gesprächsverlauf bei E-Patienten? Verhalten die sich
133 anders?

134 A Jojo:: ah solange ma einer Meinung san merkt ma nix aber wenn ich ah:: (.)
135 demjenigen der sich informiert hat und der mir noch nicht gsagt hat das er sich informiert hat
136 (.) etwas erklär oder erzähl und i merk mhm i was jetzt garnet wie ich's sogn soll (.) er
137 verweigert langsam a bissl er wird immer langsam a bissl zurückhaltender oder so dann
138 merk i scho dass i jetzt eigentlich net mehr des sog wos er si denkt das lernt man aber
139 einfach nur im Laufe der Jahre und dann frag oft nach hobns a andere Meinung oder habens
140 irgendwas andres ghört und so geht's meistens aber ma ma spürt dann meistens das der
141 sagen ma so in a Abwehrhaltung zurück geht sogen wir amal so

142 I Also schon das die ihre Meinung vertreten

143 A Ja sicher ja ja oder oder dann auf a gezielte Frage es sogt dass i einfach sog m:::
144 passts net oder so ne also dann aber net net aggressiv passts net sondern i merk es passt
145 wos net im Gespräch

146 I Und ist es schon einmal vorgekommen, dass sich Patienten zuvor selbst behandelt
147 haben, sprich dass sie sich das zuvor im Internet herausgesucht haben?

148 A Ja Ja aber auch das ist nix Neues seit dem Internet die Behandlung durch jetzt
149 Internet oder damals Bekannte Verwandte die a für irgendsowas ähnliches scho amol was
150 kriegt haben was gholfen hot des hot do hot si nix gändert

151 I Aber das zum Beispiel jemand diesen Internetdoktor konsultiert hat und sich ein
152 Rezept bestellt hat

153 A Kann schon sein ist möglich hat mir wahrscheinlich niemand erzählt in dem Sinne
154 aber es durchaus möglich ja glaub i schon

155 I Also glauben Sie schon das dieses Angebot genutzt wird?

156 A Jo glaub i schon das das genutzt wird i glaub schon jo

157 I Und wie finden Sie das?

158 A Mmm solange des wenns solangs korrekt is und solangs seriös is hob i überhaupt nix
159 dagegen es gibt jo sogar schon ah i weiß jetzt net in welchem Land wo's a bissl Probleme
160 haben mit der Arztdichte wo ma wirklich per Internet auch seinen Hausarzt konsultieren kann
161 irgendwo in den nordischen Ländern gibt's des (.) jo do kann ma an Hausarzt ((Gemurmel))
162 in der Schweiz gibt's es auch (.) da weiß ich's ja in der Schweiz da kann man seinen
163 Hausarzt auch per Internet konsultieren

164 I Die haben dann Chatfunktionen oder wie?

165 A Jo genau genau

166 I Wär das für Sie eine Option?

167 A Jo anstrengend weil i net so guat schreiben kann so schnell @(.)@ aber sonst jo
168 sicher warum net wäre wäre schon i sog immer es ändert sich die Zeit eigentlich das
169 wichtige ist das die Partner Arzt und Patient seriös bleiben des is des Ganze solange das
170 halbwegs seriös ist passt alles wird nix wird nix passieren

171 I Ist schon mal ein Patient gekommen, der gesagt hat i hab gelesen, ich hab das und
172 das und hätte gerne dieses Medikament

173 A Ja (.) konkret vor Kurzem ges- vorgestern passiert

174 I Und? Wie haben Sie darauf reagiert?

175 A Ah:: nachdem für mich überhaupt nicht nachvollziehbar war woher er weiß das er das
176 hot also es war konkret eine Dame die hot eine ganz bestimmte Infektion mit einem
177 Darmkeim vermutet und zwar mit einem ganz bestimmten Keim und wollte gegen diesen
178 ganz bestimmten Keim ein ganz bestimmtes Antibiotikum hat aber rational keinen Grund
179 dafür gegeben (.) außer das a bissl Durchfall ghabt hat aber die hat sich das eingebildet oder
180 ma muss jetzt a sogn des wor sicher nicht internetig es gibt ja auch esoterischere Zugänge
181 zu Krankheiten man kann ja auch einmal was auspendeln zum Beispiel und da dürft eher die
182 Herkunft gwesen sein also das war net so sehr Internet aber die hat ganz präzis ein
183 bestimmtes Antibiotikum wollen und da hab i gsagt na jetzt schau ma mal ob das wirklich der
184 Keim ist weil sonst nutzts ja erstens amol nutzts net zweitens schadets

185 I Also versuchen Sie schon

186 A [Na auf eine für mich vertretbare ah sagen ma mal wissenschaftliche
187 Dings schon zurück zu gehen aber des sind Randsachen des Meiste passiert net so aber
188 geben tut's es ganz selten jo (.) gibt jetzt übrigens eine Regel des kann ma auch sogn da
189 habens jetzt ein ah weil des jetzt immer mehr passiert is also eher in Form von Therapien die
190 sich die Leute haben gholt is ein Ver- ein Verbot der Sozialversicherungsträger jetzt kommen
191 das wenn jemand aus eigenen Beurteilungen seines Zustandes eine Therapie ausmacht und
192 die sich dann nachher von mir verschreiben lassen will weil er eh schon zahlt hat dort und
193 sich das Geld zurück holen will darf ich das nicht mehr (.) jo (.) das kommt häufiger vor das
194 hat in den letzten Jahren ganz stark zugenommen das einer zum Physiotherapeuten gangen
195 is wegen Nackenschmerzen und dann wie er die Rechnung dann kriegt hat kommt er dann
196 her und sagt weil diese Leistungen also wirklich verschreibungspflichtige Leistungen sind
197 eben verschreibungspflichtig und net hinten noch des heißt also des aber do is jetzt ein
198 echtes Verbot vorkommen des wird vielleicht damit zusammenhängen weil des is jetzt öfter
199 passiert (.) jo

200 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass der Patient Ihren Therapieversuch gar nicht
201 so ernst genommen hat? Also das

202 A [Täglich (.) jo

203 I [schon (.) und was machen Sie da?

204 A Garnix i versuch noch einmal redn mit ihm (.) jo sicher freilich des kommt net ernst
205 kommen die meisten wenn kommt viele kommen regelmäßig alle vier fünf Monat eigentlich
206 um sich ein gutes Gwissen zu mochn und hobn bis dahin des no immer net anders gsagt
207 also des kommt scho vor natürlich absolut jo und das passiert so aber des is auch nix Neues
208 mit dem Internet des hat's immer scho geben des nennt sich Patientencompliance ne sogt
209 ma do dazu und und (.) also inkompliante Patienten glaub i ah es gibt do gonz a anfoche
210 Soche wenn man jemanden einer großen Gruppe die's braucht sogen ma mol zweihundert
211 Leute Hausnummer ah eine oder zwei Medikamente nehmen jetzt manche wegen hohen
212 Blutdruck verordnet dann nehmen maximal vier bis fünf Prozent nach zwei Jahren die noch
213 (.) alle anderen fallen weg (.) irgendwann kommens wieder mit ähnlichen Beschwerden und
214 so weiter und dann fängt man halt wieder von vorne an

215 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes im Hinblick auf diesen E-Patienten?

216 A Jo ah is a Bereich wo ich's net ganz genau abschätzen kann i bin nur überzeugt
217 davon da wird dieser E-Patient auch hinein passen ah das die gesamte Struktur der
218 ärztlichen Versorgung sich in den nächsten zwanzig Jahren hundert prozentig gewaltig
219 ändern wird genau das wo i da jetzt sitz diese Einzelkämpfer wird's kaum mehr geben i könnt
220 ma aber sehr gut vorstellen ah es wird Arbeitsgemeinschaften geben eher mehr so wie so
221 klane Ambulatorien und so weiter und für so allgemeine Beratungen ah wo man sich

222 überlegen kann so wie's da No- das Notarztsystem in Graz macht des is ja eigentlich auch
223 nix anderes nur akkustisch analog aber der mocht a nix anderes der hört sich die
224 Beschwerden an und gibt ihm dann Tipps und ah das das algorithmisch a Computer mochen
225 wird glaub i net aber des es so konsultieren kann wie a Internet kann i ma guat vorstellen (.)
226 oder so allgemein

227 I Und wie finden Sie die Vorstellung?

228 A Jo net so schlecht eigentlich i sog immer es geht immer um die Seriosität ahm i selber
229 sogar amol was mit einer Firma sowas ah zu mochen probiert beziehungsweise mach das
230 noch immer in einer Familienberatung da biet i einfach an wenn jemand mit irgendeiner
231 Diagnose net umgehen kann wenn jemand mit irgendwas was ärztlichen Bereich berührt net
232 umgehen kann wenn er keine Befunde zamm bringt das er tragen kann soll er kommen und
233 das kann i machen weil ich mir leichter tu weil i die Zugänge besser hob (.) also des do könnt
234 i mir vü vorstellen a eigentlich weils immer noch an ziemlichen Knick in den Information gibt
235 des scho und des Problem ist das ma in verschiedenen Welten leben ah für an Arzt is ah:: is
236 sehr oft das Problem etwas Alltägliches was ma jeden hot für jeden Patienten is es aber
237 einzigartig wenn er's hot oder wenn's a Angehöriger hot und des is a unheimlicher Knick in
238 der Information (.) ja am am auf der Schlaganfallstation arbeitenden Arzt wird a Schlaganfall
239 net aufregen für an Patient oder an Angehörigen wenn der grad sein Angehörigen mit an
240 Schlaganfall eini bracht hat bricht a Welt zusammen und die können sich nicht gut verstehen
241 das geht net weils einfach net geht is net möglich jo

242 I Also glauben Sie das sich da im Hinblick auf die Gesprächsführung was ändern
243 muss?

244 A Ja ja und auch im Bewusstsein von einander aber ah eindeutig auf der ärztlichen
245 Seite weil die sind die Profis i i muss jetzt erwarten dass sich der Patient an mi anpasst des
246 is a Bledsinn weil des is ja mei Job ja also des do könnt do könnt si sehr viel tun und
247 Vorvorinformationen oja warum net

248 I Und das sich in der Aufklärungsarbeit was ändert also man mehr

249 A |super das wär
250 vielleicht auch eine Möglichkeit einer wie soll ma sagen billigen Profilaxe weil derzeit die
251 Profilaxe liegt im Oargen weil kein Mensch dafür bereit ist was dafür zu zahlen ja die
252 Sozialversicherungen zahlen nix es zahl keiner was für Vorbeugung na also die die
253 Gesundenuntersuchung also ehrlich gstandn na läuft a Bandl mit sag i jetzt net wofür die is
254 aber es is nicht so gut sagen wir mal so do tät si vü ja tät si vü ändern

255 I Glauben Sie, dass das Web zukünftig eine Erleichterung für den Arzt darstellen
256 könnte?

257 A Jo schon aus Informationsflussgründen und und ah es wäre eben auch eine
258 Möglichkeit ah wirklich Patienten gezielt vorzuinformieren wär garnet schlecht auch das der

259 weiß zumindest wo er sich hinwenden muss viele rennen oft sozusagen von Arzt zu Arzt im
260 Kreis bis sie einmal dann zumindest den Bereich haben der für sie wirklich passt und auch
261 des wär gut wenn man des vorinformieren könnt

262 I Also glauben Sie auch das das Internet auch eine größere Rolle spielen wird?

263 A Hundert prozentig jo sicher hundert prozentig (.) ich glaube das geht ganz ganz
264 adäquat zu allen anderen Lebensbereichen (.) glaub i das das parallel geht

265 I Und der Arzt selbst – soll sich er im Internet repräsentieren?

266 A Jo

267 I Also auch mit mit

268 A [Angeboten was er bietet (.) das ist eigentlich sogar schon läuft das auf
269 a gewisse so über Docfinder es gibt a paar Systeme wo man sich schon a bissl
270 repräsentieren kann sehr oft wird das allerdings auch von Firmen a bissl ausgenutzt um
271 natürlich Werbekosten zu rekrutieren ne aber es gibt ganz also man kann sich a bissl wenn
272 ma über die einzelnen Seiten geht kann ma scho was finden

1 **Interview von Arzt 10 am 10.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Assistenzarzt für HNO

4 Seit 2,5 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner 1

7 I Ganz allgemein gefragt, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle für
8 medizinische Fragen?

9 A Ahm::: ansich ist es sehr nützlich i glaub sowohl für Ärzte als auch Patienten also i
10 schau a teilweise Dinge nach vor allem ahm:: irgendwelche Begriffe die einem irgendwann
11 entfallen san ode::r jo solche Dinge u::nd ansich find ich's ganz nützlich prinzipiell

12 I Und für Patienten auch?

13 A Ahm::: schwierig (.) ahm::: des geht jetzt in eine ganz andere Richtung aber es gibt in
14 einer Patientengruppe die:: ah schon fast mit an Ausdruck von i was net zig Seiten
15 vorbereitet in die Ambulanz kummt und die an dann a wirklich mit dem konfrontiert u::nd des
16 is holt manchmal schwierig vor allem wenn's um irgendwelche seltensten Nebenwirkungen
17 oder Anzeigen oder Ähnliches geht wo die Leut si dann die schlimmsten Dinge einbilden
18 ahm:: i hob vor kurzem erst a Patientin ghobt die hot in Wirklichkeit a Karzinomphobie ghabt
19 das heißt sie hot Angst vor irgendan Karzinom ghobt u::nd die hot a ewig vü recherchiert
20 ghobt im Internet wos des net olls sein könnte ahm::: und die wor anfoch nur total
21 verunsichert dadurch und des wor in Wirklichkeit nix und des die die die hot des dann so weit
22 getrieben und die hot sogar mi a so weit scho getrieben ghobt das i kurz davor gstanden bin
23 ah oder das i eigentlich zu ihr scho gsogt ghobt hob ahm::: (.) wir mochen jetzt a Operation
24 schaun in Narkose rein und biopsieren olles in Narkose durch damit ma die hundert
25 prozentige Sicherheit hobm dass Sie kein Karzinom hot (.) in solchen Fällen is dann

26 I | und hat sie
27 das dann gemacht?

28 A | na das hot sie dann abgelehnt (.) und sie ist dann auch net mehr kommen
29 @(.)@ jo

30 I Und generell, wie gehen Sie mit Patienten die so vorinformiert und mit Ausdrucken
31 kommen um?

32 A Hm (.) Man muss einfach drauf eingehen das heißt i lies ma des dann teilweise durch
33 was die Leute da glesen haben damit i a was ahm wos si do glesen haben und i:: sprich ja
34 dezitiert mit ihnen drüber vor was sie do dezitiert jetzt Angst haben (.) andern kann man's
35 glaub i eh net machen weil jo ma des eben ma muss im Endeffekt eh auf des eingehen weil
36 sonst sind sie nur noch mehr verunsichert

37 I Finden Sie das eher gut oder eher schlecht, dass die Patienten so kommen?

38 A In den meisten Fällen konkret ist es eher negativ weil:: weil sie anfoch nur in den
39 meisten Fällen sind sie anfoch nur verunsichert durch das was sie da lesen die Hälfte
40 verstehen sie dann oft teilweise a net (.) weil ah:: die anfochen Plattformen teilweise halt
41 irgendwelche medizinischen Ausdrücke verwenden die die Leute dann net wirklich zuordnen
42 können aber in den meisten Fällen sind die Leute verunsichert

43 I Wenn jetzt ein Patient mit anderer Muttersprache kommt, spricht sich schlecht
44 artikulieren kann und sich auf ausländischen und somit für sie nicht überprüfbaren Seiten
45 informiert hat, wie gehen Sie damit um? Ist sowas schon einmal vorgekommen?

46 A Na (.) tut mir leid das hab ich nie ghabt

47 I Und wenn es vorkommen würde?

48 A Ahm:: (.) ob ich das jetzt nachprüfen würd oder so

49 I Nein man kann's nicht nachprüfen, es geht eher darum, wie Sie versuchen dieses
50 Problem zu lösen

51 A Ich mein prinzipiell ist es so das wir im im:: in der LKH Umgebung sozusagen den
52 Vorteil haben sobald ein Patient nicht ausreichend Deutsch spricht hol ich mir nen
53 Dolmetscher dazu (.) weil's ja auch eine Haftungsfrage ist das heißt sobald ich net wirklich mit
54 dem kommunizieren kann gibt's bei uns einen Dienst den ich mir dazu hol und der muss das
55 dann a übersetzen do funktioniert die Kommunikation über das

56 I Und wenn's jetzt ein Patient ist, der sehr wohl Deutsch spricht, jedoch sich nicht gut
57 ausdrücken kann, seine Symptome nicht beschreiben kann? Zum Beispiel kann er den
58 Schmerz nicht genau beschreiben...

59 A Naja also man man dann dauert halt die Anamnese a bissl länger wenn sie die Leute
60 net net suffizient ausdrücken können oder so aber im HNO-Fach ist es halt spezifisch so
61 das wir das bei uns sehr viel über anschauen funktioniert das heißt die Leute werden bei uns
62 im:: also wenns wir schauen in den Mund wir schauen in die Nasen sie werden
63 durchendoskopiert im Bereich der oberen Atemwege und der Speisewege und so weiter das
64 heißt wenns wirklich nur sehr schlecht funktioniert mehr man kommt meistens drauf bei den
65 Patienten ob ihnen bei den Ohren was fehlt ob sie Probleme im Hals haben in der Nase oder
66 sonst irgendwie und dann schaut man sich das einfach organisch an und dann sieht man
67 eh ob's irgendwelche Veränderungen haben oder ob das krank ausschaut

68 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass ein Patient, wenn er wieder gekommen ist,
69 eine andere Behandlung gemacht hat als Sie ihm geraten haben?

70 A Jo (.) ah::m:: wobei das ist also die die anen die bei denen es ab und zu vorkommt
71 sind unsere onkologischen Patienten ah::m:: die sie net operieren lassen wollen die e ka
72 Chemotherapie oder Bestrahlung haben wollen konkret haben wir da vor Kurzem einen
73 Patienten ghabt der dann ah:: ich weiß net wo er hingegangen ist zu irgendeinem
74 Alternativmediziner ich glaub in Asien oder irgendwo der war primär do mit einem ziemlich

75 kleinen Karzinom das man gut resizieren hätte können damals und dadurch das er dort
76 hingefahren ist hat er halt sehr viel Zeit verloren und dann hat er das aber nicht gefruchtet und
77 dann ist eben wieder gekommen mit einer deutlich schlechteren Prognose und im Endeffekt
78 kannst ihm eh nur dann wenn er wieder da ist und unsere Hilfe doch in Anspruch nehmen will
79 dann kriegt er die a

80 I Und das Patienten mit der Diagnose nach Hause gegangen sind und im Internet nach
81 Alternativbehandlungen sich umgeschaut haben, ist so etwas schon einmal vorgekommen?

82 A Na wie gesagt bei den onkologischen Patienten da ja: ansonsten (.) ja also ich
83 glaube schon dass die Leute zwischendurch vor allem wir haben viel ambulante Patienten die
84 man dann aber net wieder sieht also es gibt einige Patienten wo man das a bissl abschätzen
85 kann wo man sich dann denkt der macht das jetzt sicher net aber die sieht man dann halt oft
86 nicht wieder (.) also von dem her ja wie gesagt also wenn sie wieder kommen und die
87 Therapie dann doch wollen dann kriegen sie die ganz normal aber ansonsten bleibt eh jeden
88 Patienten selbst überlassen was er annimmt an Therapie und was net also: man kann ihnen
89 das nur raten (.) manche tun's dann net und dann ja dann müssen's halt so auskommen

90 I Falls sie wieder kommen, wie gehen Sie dann damit um?

91 A Naja ich sag ihnen dann ich hab ihnen gesagt sie hätten das und das machen sollen ich kann
92 ihnen nur raten meistens des jetzt

93 I Hatten Sie schon mal das Gefühl dass ein vorinformierter Patient und Sie zumindest
94 anfänglich von zwei verschiedenen Dingen gesprochen haben? Dass der Patient sich
95 aufgrund seiner Recherche ein Bild von seiner Krankheit gemacht hat und Sie aufgrund
96 ihrer Einschätzung etwas anderes festgestellt haben aber beide von ihrem Bild sprechen?

97 A Ja das kommt schon vor (.) aber das ist a was wo man dann eh relativ schnell darauf
98 eingehen muss und sagen muss oder beziehungsweise die Leute rücken dann in den meisten
99 Fällen zumindest eh relativ schnell raus oder sonst muss man halt nachfragen ahm: was
100 glaubens halt was haben (.) so wie zum Beispiel bei den Patienten die so Angst vor
101 diesem Karzinom gehabt hat da hab ich a weil die ich glaube so zwei oder drei Mal in die
102 Ambulanz gekommen und dann hab ichs einfach einmal direkt darauf angesprochen wovon
103 sie Angst hat oder was sie glaubt dass sie hat und dann ist sie dann die Sache mit dem
104 Karzinom im Endeffekt raus gekommen und das hab ich dann halt einfach angesprochen und
105 dann haben wir halt dezitiert in die Richtung noch ein paar Untersuchungen gemacht und wie
106 gesagt der Schluss war dann halt dass ich gesagt hab na ja hundert Prozentig auszuschließen wäre
107 in einer Narkose alles durchzubipsieren und (.) also man kann das dem Patienten dann
108 schon auch teilweise so

109 I [Also man geht schon darauf ein, wenn Patienten mit Informationen aus dem
110 Netz kommen und stempelt das nicht von vorn herein als Blödsinn ab?

111 A Jo man i sog dann net des is a Blödsinn sondern i sog i sog halt ahm aus meiner
112 Sicht is es des net oder jo

113 I Aber man versucht dem Patienten entgegen zu kommen

114 A Jo (.) i man i weiß net vielleicht bin i do a bissl anders was des Internet betrifft als jetzt
115 vielleicht manche ältere erfahrenere Kollegen die:: weil i bin ja durch mei ganzes
116 Medizinstudium und so weiter die ganze Zeit lang i hab i auch viel mitm Internet gearbeitet a
117 beim Lernen und so weiter deswegen hob i vielleicht a bissl anderen Bezug zum Internet
118 also i i sog jetzt net von vorn herein es ist alles a Blödsinn und was lesen's des überhaupt
119 des sog i net sondern i find ma muss halt schon a bissl drauf eingehen und wenn i glaub
120 wenn i net Mediziner wär würd i mi a im Internet drüber informieren und amol nachschaun
121 was des jetzt sein könnte

122 I Haben Sie selber schon einmal während einer Behandlung oder nach einer
123 Behandlung nachgeschaut?

124 A Wenn i behandelt worden bin oder wenn i einen Patienten behandel?

125 I Wenn Sie einen Patienten behandeln der zum Beispiel von etwas gesprochen hat
126 was unbekannt war oder interessant war

127 A Also mit einem Patienten gemeinsam hab i no nie auf die Seiten gschaut aber (.) also
128 wirklich nachschaun irgendwelche Dinge tu ich eher in meinen Büchern also jetzt net
129 irgendwie in so (.) also i gibts jetzt net unbedingt auf Google ein und schau jetzt was da für
130 Artikel kommen beziehungsweise na doch stimmt gar net des hab i auch a paar mal gmacht
131 weil do kommt nämlich dann teilweise auch oft was von verschiedenen Universitäten an an
132 Lehrmaterial und so weiter des lies i mir dann schon ab und zu durch (.) aber diese Dinge die
133 so in so Plattformen wie Netdoktor oder oder sowas drinnen stehen do is für mi meist wenig
134 Neues oder oder do steht meistens net des drin was i wissen will

135 I Finden Sie die Seite nicht so seriös?

136 A Na i würd jetzt net sagen das es unseriös is aber ah i wü meistens andere Sachen
137 wissen als das was drinnen steht

138 I Ich hab eher so in Richtung neuer Behandlungsmethode die im Internet angepriesen
139 worden ist gedacht

140 A Net jetzt bei Netdoktor aber ansich

141 I Das Patienten gekommen sind davon erzählt haben

142 A Jo sicher sicher ahm::: zum Beispiel bei Tinnitus Patienten oder so wo sehr oft
143 irgendwelche Lasertherapien oder oder ah Tauchbehandlungen bei Tinnitus haben wir auch
144 mal a Anfrage ghabt weil sie des im Internet irgendwo gelesen haben die Leut das ma das
145 ma des versucht und so aber des san anfoch Dinge wo oder wo wir dann gsagt haben oder i
146 dann gsagt hob najo des mocht holt a Zentrum im Rahmen einer Studie irgendwo in
147 Deutschland bei uns wird des net gmocht es gibt kane wissenschaftlichen harten Daten das

148 des auch funktioniert und i kann jetzt net deswegen nur weil irgendjemand anderes jetzt a
149 Studie macht sagen der Patient muss jetzt tauchen gehen und des muss ma dem Patienten
150 halt leider verwehren und sagen wenn Sie's jetzt unbedingt machen möchten dann so blöds
151 jetzt klingt dann muss er halt dort hin fahren

152 I Wenn Sie den vorinformierten Patienten beschreiben müssten, wie würden Sie den
153 beschreiben? Aktiver, selbstbewusster, diskussionsfreudiger?

154 A Sie sind sicher aktiver und sie sind sicher ah selbstbewusster und teilweise auch viel
155 skeptischer

156 I Diskutieren sie mehr?

157 A Ahm:: jo schon die wollen die Dinge dann oft genauer wissen und vor allem ahm::
158 viele kommen dann mit der Einstellung das sie im Grunde genommen i mein des kommt
159 immer auf die Erkrankung an aber viele wollen des auch bestätigt haben was sie im Internet
160 lesen und wenn man dann irgendwie von dem abweicht und sogt najo na aus meiner Sicht
161 ist des was anderes dann dann sind sie oft no skeptischer ah manchmal auch a bissl
162 unzufrieden

163 I Unterschiede im Alter, im Geschlecht?

164 A Geschlechtsunterschiede wären mir keine aufgefallen (.) vom Alter halt eher die
165 meistens net ganz jungen sondern (.) so:: (.) i denk so ab Dreißig Dreißig bis Vierzig zirka so
166 des is die Gruppe die die die am Öftesten kommt also jetzt a net so die zwanzig-Jährigen
167 wobei die meisten ah net mit so m:: schwerwiegenden Sachen kommen das sie vielleicht
168 drüber nachlesen im Internet

169 I Naja Hörsturz nach einem Konzertbesuch zum Beispiel wäre schon realistisch

170 A Es ist realistisch aber die:: wie gsagt die lesen also na im in den Zwanzigern sind
171 wenig Patienten de de wirklich nachlesen und die a mit dem konfrontieren sind eher die a
172 bissl älter sind

173 I Und Unterschiede beim zum Beispiel Schweregrad der Symptome? Eher die, die was
174 Chronisches haben oder die die so ein, zweimal nach irgendwas Akutem kommen?

175 A Also die Akuten lesen meistens net nach eben meistens so die die:: irgendwelche
176 Symptome haben die über längere Zeit gehen

177 I Gibt's einen typischen Gesprächsverlauf mit einem E-Patienten? Sagen die am
178 Anfang oder erst im Laufe des Gesprächs, dass sie sich informiert haben?

179 A Na meistens kommt's im Gespräch raus (.) also es is wie gsagt meistens net so das
180 sie das sie eini kommen und sagen ahm i hob des und des glesen sondern sie sagen
181 meistens ahm:: sie kommen rein und dann schildern's meistens was was ihnen fehlt oder so
182 und dann merkt ma eh irgendwie bei bei vielen Patienten das sie irgendwie oder das sie
183 versuchen das in eine gewisse Richtung zu lenken und dann kommt irgendwann im

184 Gespräch heraus das sie glauben des und des zu haben weil sie sich im Internet informiert
185 haben

186 I Kommen eigentlich häufig vorinformierte Patienten?

187 A Ahm:: prozentuell gerechnet wahrscheinlich is es (.) es is jetzt net so das wir nur
188 einmal im Monat einen vorinformierten Patienten hat des net aber es is jetzt aber a net so
189 das das alle Patienten die man also in der Ambulanz sieht so so informiert san (.) in Prozent
190 schätzen würd i vielleicht so zehn bis fünfzehn Prozent so so in der Richtung

191 I Hatten Sie schon einmal Patienten, die sich vorher selbst medikamentiert haben vor
192 allem weil sie's zuvor im Internet gelesen haben?

193 A M::: (.) Na also i könn mi jetzt an keinen erinnern (.) na

194 I Kein Rezept vom Netdoktor bestellt?

195 A Na des hob i wirklich no net ghabt das das jemand im Internet a Rezept oder so
196 bestellt hat des net (.) i man das unsere akuten Patienten die kommen dann halt und sagen
197 sie haben scho a Mexalen gnommen oder so irgendwie aber des würd i jetzt net auf auf das
198 Internet irgendwie zurück (.) also wirklich a dezitiertes Rezept mit ahm::.

199 I Oder Medikamente bestellt...

200 A Na des hob i no nie ghabt

201 I Wenn so jemand kommen würde und sagen ich hab des gemacht, wie würden Sie
202 das finden?

203 A Pf::: des kommt drauf an ob es das richtige is oder net aber ansich find ich's net guat

204 I Sollte man schon mehr dem Arzt vertrauen als dem Internet?

205 A Jo vor allem weil's ja in den meisten Fällen weil in den meisten Fällen des was die
206 Leut glauben über das Internet zu diagnostizieren falsch is deswegen

207 I Also liegen die zehn/ fünfzehn Prozent der E-Patienten eher falsch?

208 A Gefühlsmäßig jo (.) ahm:: und in den meisten Fällen is es gefühlsmäßig so das sie::
209 das sie glauben was viel schwerwiegenderes zu haben was sie dann in Wirklichkeit haben (.)
210 weil die Leute so:: also wenn ma a gewissen Symptom liest oder so dann dann wird des
211 dann sehr oft überbewertet oder so und wenn ma dann no liest was verschiedene
212 Erkrankungen für Symptome haben kann dann bildet man sich vielleicht ein uh na jo des hob
213 i a schon amal ghabt oder so:: aber oft ist es halt so das des damit irgendwas wirklich als
214 Symptom zählt viel schwerwiegender sein muss als als als man sich eigentlich einbildet oder
215 als man's wirklich hat

216 I Und sind schon mal Patienten gekommen, die gesagt haben, i hab mich informiert ich
217 habe das und das und das beste Medikament ist das dafür, verschreiben Sie mir das?!

218 A Ahm::: bin i mir jetzt net sicher ob des schon einmal passiert ist aber ansich mach
219 ich's so das ich's nur dann wirklich verschreib wenn i glaub es is a wirklich as richtige

220 I Also wird er trotzdem untersucht und nicht nur abgefertigt?

221 A Jo:: i verschreib so sonst gar nix (.) i mein des is halt bei mir im Endeffekt im Klinikum
 222 auch einfacher weil wir jetzt net so diese (.) weil wir eine andere Beziehung zu dem
 223 Patienten haben als Hausarzt glaub i is es ja so das das ma ja schon a teilweise schon an
 224 gewissen Kundenstock damit hot und das ma do manchen Patienten vielleicht gewisse
 225 Wünsche erfüllen muss des hob i a in verschiedenen Praktika im Endeffekt gsehn und glernt
 226 ahm::: weil weil ma weiß das die Patienten ansonsten zu wen anderes gehen und irgendwer
 227 verschreibt ihnen des und i man es kommt auf's Medikament an aber in manchen Fällen ist
 228 es dann vielleicht sogar vertretbar wenn i jetzt aber weiß des is a weiß i net keine Ahnung
 229 irgendein Präparat des jetzt keine Nebenwirkungen machen wird oder so aber in der in der
 230 Klinikumgebung sozusagen kann i mir's leisten das i sog na i verschreib Ihnen das net und
 231 im schlimmsten Fall geht er dann halt wirklich zum nächsten HNO Arzt und der verschreibt
 232 ihm des Zeugs vielleicht halt wirklich
 233 I Hatten Sie schon mal nach einem Gespräch das Gefühl, dass der Patient Ihren
 234 Therapieversuch nicht wirklich ernst genommen hat?
 235 A Jo auf jeden Fall ahm::: aber das hat ansich jetzt weniger mitm mitm Internet glaub i
 236 zu tun also was bei uns a Thema is oft is is Antibiotika-Gabe vor allem weil die Leute also
 237 HNO Halsschmerzen und die Leute glauben bei jedem Halsweh des is jetzt a akute Angina
 238 und sie brauchen jetzt unbedingt a Antibiotikum u::nd da sind viel Patienten enttäuscht wenn
 239 man ihnen sagt na das is a ganz normaler a ganz normale Halsentzündung sie brauchen da
 240 jetzt ka Antibiotikum des wird so auch weggehn das is net bakteriell des is wahrscheinlich
 241 bloß viral und da sind die Patienten doch öfters enttäuscht
 242 I Wie sehen Sie die Zukunft des Arztes bezogen auf das Internet?
 243 A Schwierige Frage über das hab ich mir noch gar keine Gedanken gmacht
 244 I Vielleicht, dass sie sich mehr dem E-Patienten anpassen, wird die Gesprächsführung
 245 sich ändern, wird sich bei der Aufklärungsarbeit was ändern...
 246 A A::hm::: i glaub das (.) das ma vielleicht selbst mit dem mit dem ganzen Areal
 247 auseinandersetzen muss und wenn ma wenn ma weiß wie des repräsentiert wird im Internet
 248 dann kann man a glaub i a a bissl besser drauf eingehen also i glaub man muss ma muss
 249 scho die Dinge eben die die Patienten daher bringen wirklich lesen und sie selbst vielleicht a
 250 bissl Gedanken machen aber ansonsten (.) i weiß net ob si da so viel ändern wird i mein
 251 vielleicht wos wos Dinge die vielleicht a Thema sind sind sowas wie Nachkontrollen die man
 252 übers übers Internet macht was jetzt gewisse Vitalparameter betrifft oder so da gib't's ja
 253 schon teilweise Versuche das die das die Patienten ihren Blutzucker daheim messen und
 254 des übers übers Internet irgendwie verschicken oder so und und solche Dinge also ich glaub
 255 das sowas das sowas immer wichtiger werden wird
 256 I Und so Dinge wie Chatfunktionen mit dem Arzt, in die Richtung?

257 A Prinzipiell i glaub bei so:: chronischen Erkrankungen und wenn man den Patienten
 258 kenn wenn den über längere Zeit betreut glaub i das das a Thema sein könnte aber wo's i do
 259 glaub was schwierig is das sowas nie:: im Rahmen einer im Rahmen einer Erstuntersuchung
 260 oder oder im Rahmen eines akuten Leidens passieren darf glaub i weil weil do anfoch diese
 261 diese körperliche Anwesenheit die körperliche Untersuchung viel zu wichtig ist
 262 I Glauben Sie, könnte das Web in Zukunft eine Erleichterung für den Arzt darstellen,
 263 weil zum Beispiel die Informationsplattformen so gut sind, dass viele Patienten nicht mehr
 264 zum Arzt gehen müssen?!
 265 A M::: na des glaub i eigentlich net weil wie gsagt ma ma eigentlich jetzt mein i hab jetzt
 266 net so viel Erfahrung wie des war bevor's das Internet geben hat aber i glaub das die
 267 Patienten jetzt net wirklich besser informiert sind weil wie gsagt sie viele Dinge einfach net
 268 zuordnen können und viele Dinge falsch einordnen (.) deswegen glaub i jetzt net unbedingt
 269 das es a Erleichterung is
 270 I Sollte sich der Arzt in Zukunft selbst im Internet repräsentieren? Sollte er auf seiner
 271 Homepage Informationen zu gewissen Krankheitsbildern aus seiner Sparte online stellen?
 272 A Also ich glaub der Auftritt im Internet is vor allem für niedergelassene Ärzte wichtig
 273 weil so a drum weil i glaub das vor allem junge Leute immer mehr schauen und das merk ich
 274 auch bei mir selbst also wenn i wenn i mir an Arzt such schau i a was hat der für einen für
 275 einen Webauftritt im Endeffekt und vielleicht hat er ein Foto drinnen wenn der mir jetzt
 276 sympathisch allein vom Foto oder net aber aus fachlicher Sicht glaub i net das ma das
 277 machen sollt weil dann wieder irgendwelche Missverständnisse entstehen und viele Leute
 278 damit net umgehen können (.) ahm was i net so schlecht find is wenn ma wenn ma des
 279 Leistungsspektrum angibt was sozusagen derjenige anbietet aber des machen im Endeffekt
 280 ah fast alle

1 **Interview von Ärztin 11 am 11.07.2013**

2 Interviewleitfaden Version 3

3 Turnusärztin zum Arzt für Allgemeinmedizin

4 Seit 2 Jahren als Arzt tätig

5 I = Interviewer

6 A = Interviewpartner

7 I Ganz allgemein gefragt, wie sehen Sie das Internet als Informationsquelle für
8 medizinische Fragen?

9 A Ahm also wir findens eigentlich in es gibt ja in jeder Koje bei uns is ein Computer wir
10 können jederzeit ins Internet gehen und nachschauen wenn uns irgendwas unklar is und i
11 find des is echt praktisch wenn man jetzt schnell a Medikamentendosis sucht weil ma net
12 sicher weiß wie und wos oder Höchstdosierungen oder irgenda Fremdwort des ma net kennt
13 also i verwends eigentlich schon täglich muss i sagen meine Kollegen auch schnell kurz
14 amol schnell was nachschaun oder oder irgendwas Anatomisches also i finds für uns wenn
15 ma si auskennt sag i amol sehr praktisch ja

16 I Und für Patienten?

17 A Wir haben heute schon drüber gredet weils ja jetzt die Radiowerbung gibt net ahm
18 und also für jo es is irgendwie schwierig das die die Leut wenn sie sich diese Berichte dann
19 im Internet durchlesen das sie sich dann nachher auskennen net das wissen des is jetzt was
20 Wichtiges oder was Häufiges und des is was Seltenes i glaub des oder wenns die ganzen
21 Risikofaktoren lesen das sie do vielleicht Angst kriegen ne weil die ganzen schlechten
22 Sachen merkt man sie doch meistens besser als die guten aber (.) i weiß net ob's gscheit is
23 wenn wenn Laien unter Anführungszeichen des nutzen (.) weils jo

24 I Und wenn jetzt Patienten mit Information aus dem Internet kommen- kommt das vor?

25 A Also do jetzt in der Notaufnahme net wirklich beim Hausarzt wo ich vorher gearbeitet
26 hab war's scho öfter der Fall und de also wenn ein Patient nachliest dann die interessieren
27 sich dann speziell dafür ne und die haben dann oft so punktuell Spezialwissen wo i als
28 Turnusarzt oft no aussteig weil (.) da muss i mi dann oft a bissl drüber retten und sagen jo::
29 müsst ma nachlesen und so aber des is oft schwierig weil die dann mit so Halbwissen halt
30 daherkommen is es als Arzt auch a bissl schwer zum zum arbeiten damit weil oft i überfragt
31 bin also weil gewisse Sachn ausm Internet stimmen sicher aber andere san wahrscheinlich a
32 Blödsinn und oft weiß ichs halt einfach net aber is halt immer schwierig als Arzt zum
33 Patienten zu sagen jo mei das weiß i net ne

34 I Und dass Sie da selber mal nachgeschaut haben?

35 A Schon sicher dann immer wieder nachgelesen

36 I Auch mit dem Patienten?

37 A Eigentlich net na de Zeit de Zeit war eben net und und a obwohl i dann halt immer jo
38 irgend a Idee hot ma als Arzt dann immer na moch ma amol des oder probier ma amol des
39 aber es kommt a auf seinen eigenen Charakter drauf an wenn ma so auf spezielle
40 Heilmethoden sensibel ist dann schaut ma da eher mal nach

41 I Wenn jetzt so ein vorinformierter Patient kommt, wie gehen Sie damit um?

42 A Jo i lass ihn halt amol ausredn hörs mir an und wenn i selber auch scho mei
43 Erfahrung damit gmacht hab kann ma's eh ausbessern oder oder sagen na des is a Blödsinn
44 oder mein Gott jo hab i selber no nie ghört aber kann sein des is ja eh manchmal geht ma da
45 nach Hausverstand also garnet so nach Wissen sondern ma denkt si jo des klingt gscheit
46 oder na des wird a Blödsinn sein (.) aber ernst nehmen tun wir's schon weil wir schau a
47 selber oft auf bestimmte Seiten also es kommt schon drauf an muss ma halt auch
48 nachfragen wo die des her haben von welcher Seiten weil es gibt es ja (.) gibt scho vü
49 Blödsinn a drinnen net

50 I Angenommen es kommt ein Patient mit anderer Muttersprache, hat sich auf
51 ausländischen Seiten informiert, sprich Sie könnens nicht kontrollieren, wie gehen Sie damit
52 um oder wie würden Sie damit umgehen?

53 A Also des (.) kummt drauf an wie i dann mit ihm kommunizieren kann ne des is dann
54 sowieso schwer mein da im Krankenhaus kann man einen Dolmetscher verlangen des wird a
55 selten schätz i mal vorkommen das da jemand sie schert ((unverständliche Aufnahme)) i
56 glaub da würd i net wirklich drauf eingehen ganz ganz ehrlich gsagt des wär mir glaub i des
57 wär mir glaub i wurscht @(.)@ weil so ernst nehmen wennst bei uns die do herkommen zur
58 Notaufnahme dann brauchens dringend irgendwas für die akuten Verletzungen aber für
59 mehr (.) Jo::: Kontrollambulanz jo gewisse Tipps ausm Internet wo ma weiß des kann net
60 schaden da sagt man dann eh jo probierens des vielleicht hilfts ne (.) weil wenn der Patient
61 dran glaubt das das was bringt dann hilfts eh schon

62 I Und dass Sie selber Seiten empfehlen?

63 A Dafür bin i dann selber wieder zu weniger im Netz oder am Computer aber es is a
64 gute Idee wenn ma weiß weil Bücher kommen eh scho aus der Mode do is eh scho vielleicht
65 gscheiter wenn ma sogt lesens do amol noch oder wos

66 I Angenommen es kommt ein Patient der sich schwer ausdrücken kann, seine
67 Symptome nicht richtig beschreiben kann, wie gehen Sie damit um?

68 A Jo::: des hot jetzt eh mitm Internet eigentlich net vü was zu tun (.) Jo:: muss ma halt
69 genau hinschaun auf die Region wo er weh hat oder nachfragen amol eine Therapie
70 probieren eine Milde vielleicht des is je noch Dings i mein bei uns im Haus macht ma im
71 Zweifelsfall a Röntgen wo ma schaut he is da wirklich was oder Labor kann ma abnehmen
72 amol irgendwas Diagnostisches auf jeden Fall also irgenda Bildgebung, Labor oder so
73 irgendwas

74 I Also man schaut da schon nach?!

75 A Ja sicher auf jeden Fall umsonst denk i mir kommens ja net i man viele haben zwar
76 ganz kleine Wehwehchen aber umsonst kommt keiner (.) und viele Ältere sind halt a mal a
77 bissl tratschen halt bei uns kommen auch sehr viele Alte de halt stürzen im Heim do san
78 ganz viele also de kommen halten da her zum ersten Abklären (.) die schauen dann eher
79 weniger ins Internet @(.)@

80 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass Patienten eine andere Behandlung gemacht
81 haben weil sie im Internet was gelesen haben was ihnen mehr zugesagt hat?

82 A Jo also es gibt immer wieder welche die anfoch ((Telefonat)) jo also es is oft das
83 Patienten extreme Angst vor Medikamenten haben überhaupt vor Antibiotika speziell also die
84 Antibiotika san glaub i ziemlich verschrien wegen weiß i net Nebenwirkungen und so weiter
85 und das holt die Medikamente net nehmen des gibts oft oder das sie net zur Nachkontrolle
86 kommen (.) ah:: dass dann die Fäden teilweise viel später raus kommen oder das:: jo was i
87 net das das wenn ma irgendwo a Fraktur hat das die dann schon komplett verschoben ist
88 und da kommt man dann erst viel später drauf aber des mit der Medikamenteneinnahme des
89 is wirklich ganz oft und da glaub i schon das das das do vom Internet her is weil das vom
90 Antibiotika hört man überall jo Antibiotika sind so schlecht und so weiter (.) man muss halt
91 abwägen weil wegen jedem kleinen Infekt Antibiotika nehmen is sicher a Blödsinn aber wenn
92 ma do so Wunden a große Schnittverletzung hat und ma ma läuft Gefahr das ma a Sepsis
93 kriegt braucht ma einfach eins da san die Nebenwirkungen sollten egal sein nur viele
94 nehmens dann net ein (.) des is also die Angst vor Medikamenten des find i des is scho des
95 is oft jo

96 I und wenn die dann wieder kommen und sagen sie habens nicht gemacht?

97 A Jo:: also irgendwie ärgert man sich schon einmal und denkt sich super zerst will er
98 Hilfe und dann tu er's net fühlt ma si a bissl persönlich beleidigt obwohl des is auch a
99 Blödsinn dann schaut ma amol wie schaut's lokal aus is die Wunde eh trotzdem schön wenn
100 ja hat er Glück ghabt oder so wie heute einer kommen is muss ma halt nochmal alles
101 komplett aufschneiden aber des is dann derjenige hat zwar sicher auch net im Internet
102 gschaut do is es is ja dann auch oft so das das anfoch sie denken net dran es hilft ihnen
103 keiner beim Tabletteneinnehmen net des sind dann ganz andere Faktoren die dann da
104 beteiligt sind ((Gemurmel)) jo muss ma halt schaun was ma da retten kann oder aufnehmen
105 und Infusionen geben des wird halt so eigentlich gmacht

106 I Ist es schon einmal vorgekommen, dass Sie und der Patient von was anderem
107 gesprochen haben weil er sich durch seine Vorrecherchen ein Bild von dem was er hat
108 gemacht hat und Sie aufgrund seiner Symptome usw. auch ein Bild gemacht haben?

109 A Jo::: also des hats beim Hausarzt hat's das öfter geben das sie sagen jo könnt's net
110 des sein oder mei i hab da nachglesen vielleicht is es sowas und meistens is es dann

111 irgendwas ganz was anderes also a ganz a andere Diagnose auf die wir als Arzt nie
 112 kommen würden einfach weil wir a gewisse a gewisses Grundwissen haben (.) und i glaub
 113 wenn ma i mein i kanns schwer nachvollziehen wenn man's hat aber wenn man's glaub i net
 114 hat dann glaubt ma bald einmal jo des hob i als als Erkrankung (.) aber als Arzt weiß ma bald
 115 amol das geht jetzt in eine ganz falsche Richtung

116 I Also sind die Rechercheergebnisse eher falsch gewesen?

117 A Eher jo:: eher schon auf jeden Fall (.) na ma wird einfach in falsche Bahnen gelenkt
 118 des is a mei mei Freundin die hat zum Beispiel ah::: a kleines Mäderl da war anfangs net
 119 sicher ob sie irgendwas bei der Lunge hat irgend so eine angeborene Lungenerkrankung
 120 und die hat auch gesagt das sie im Internet wenn sie da Sachen nachgelesen hat do des war
 121 so schiarch weil do so viele negative Sachen und die ärgsten Erkrankungen halt und im
 122 Endeffekt war dann a garnix aber natürlich wenn jetzt da die Ärztin gibt dir irgendeinen
 123 Symptomenkomplex oder sagt jo des und des könnt's sein und du liest dann daheim nach
 124 natürlich kriegst die Krise ne (.) wo die Chance ja so gering ist aber des do denkst dann in
 125 dem Moment net dran also i find schon das a bissl Angst gmacht wird durch das Internet jo
 126 auf jeden Fall

127 I Also ist es jetzt eigentlich gut oder schlecht dass sie nachschauen?

128 A I würd also i ja es is schwierig (.) prinzipiell also wenns wissen was sie fix haben so
 129 zu Zusatztherapien wo wärs klass wenns nachschauen würden und si a bissl besser weil da
 130 würd i mi dann a oft besser auskennen so mit mit weiß i net Physiotherapie was ma da
 131 selber machen kann oder ja so so Alltagstipps also das find i eh ganz super weil da find i
 132 kennen wir uns als Ärzte a net so gut aus aber sonst wenn wenns anfoch selber eh schon
 133 Panik haben die Leut und dann schauns im Internet noch nach des verschlimmerts oft (.) des
 134 is so a Mitteldings irgendwie was i net (.) bei mir für uns da is super klass wenn ma oft eini
 135 schau können aber die Patienten weiß i net

136 I Wenn man diesen vorinformierten Patienten beschreiben würde, ist der aktiver,
 137 diskutiert der mehr, selbstbewusster...

138 A Jo auf jeden Fall oft sinds eh Lehrer also die selber Wissen weiter geben Akademiker
 139 sehr oft also des was i halt sagen kann und die wollen schon dann drüber diskutieren dann
 140 schon und sagen na i hob was anderes glesen die san dann schon sehr aktiv weil a passiver
 141 der denkt si jo wird schon passen aber de san scho oft schwier- oft sind das auch die
 142 schwierigen Patienten ehrlich gsagt die so a bissl a Halbwissen haben und oft sehr
 143 anstrengend

144 I Brauchen die dann auch mehr Zeit?

145 A Auf jeden Fall jo weil dem andern sagst ja bitte einschmieren und diese Tabletten
 146 nehmen und der sagt ja ok aber die tun das dann halt oft net weil sie selber glauben sie
 147 wissen halt was zu tun wäre

148 I Wenn man die E-Patienten jetzt einteilen würde, sind die eher jünger, eher älter,
149 männlich, weiblich?

150 A Also i würd sagen so mittel mittel so zwischen Dreißig und Vierzig männlich oder
151 weiblich könnt i keinen nja vielleicht vielleicht bissl mehr die weibliche Seite is do a bissl mehr
152 find i jo also die älteren garnicht und die ganz jungen a net die san a no ((Gemurmel))

153 I Gibt es einen typischen Gesprächsverlauf mit einem E-Patienten? Sagen sie eher am
154 Anfang oder im Laufe des Gesprächs, dass sie sich informiert haben?

155 A Meistens schon meistens sagen sie's glei einmal das so und so und i hob do eh glei
156 nachglesen und meistens jo die wollen das scho meistens glei amol klarlegen das sie da
157 schon a bissl vorinformiert sind die bleiben do net lang die halten da net lang zrück @(.)@

158 I Wenn man das prozentuell ausdrücken würde, wie häufig kommt ein E-Patient?

159 A Boah des is halt immer wo man arbeitet aber do jetzt do hob ich's minimal ein Prozent
160 die wenigstens also do beim praktischen Arzt waren's vielleicht fünf Prozent also net wild viel
161 aber schon es hat's scho immer wieder geben da hat ma schon gwusst also wenn die und
162 die kommt die hat sicher schon wieder was nachgelesen und da sind die meisten Patienten
163 ja unbekannt die kennt ma ja net das is es ganz minimal

164 I Kommt es auch vor, dass sich die Patienten selbst medikamentieren vor allem weil
165 sie's im Internet gelesen oder sogar was bestellt haben?

166 A Jo schon aber des is eher des sind da bei der Apotheke und gehen sich was holen
167 und da was im Internet muss i sagen hab i da wenig von von den Internettabletten habens
168 glaub ich schon no a bissl Angst weil da doch immer wieder kursiert das da bissl so
169 gepunscht wird aber selber in der Apotheke was gholt das ist schon oft (.) da fragens dann
170 den Apotheker und sagen das und das tut mir weh (.) so Mittelchen pflanzliche oder so aber
171 do das sie do vom Internet bestellen des is glaub i weniger außer vielleicht nachher die
172 Generika das die günstiger sind das könnt i mir vorstellen aber da hab i dann eh dadurch das
173 die Rezeptgebühr gibt und viele sind eh gebührenbefreit

174 I Das sie zum Beispiel vom Dr.Ed, diesem Internetdokter sich Rezepte bestellen?

175 A Also meine Schwester ist Pharmazeutin die arbeitet in einer Apotheke und die hat
176 gsagt das des schon das des arg is das dieser Dr. do Rezepte ausstellt und so was aber i
177 persönlich

178 I Also kommen schon Leute mit den Rezepten?

179 A Sie sagt schon ja des halt nachglesen haben also in der Apotheke is das ganz oft
180 kommen ohne Rezept und dann sagen sie haben das und das glesen und so weiter also mei
181 Schwester berichtet das sehr oft (.) das anfoch aber die gehen dann ja garnet zum Arzt weil
182 sie glauben sie haben eh im Internet gschaut des gibts schon (.) jo i weiß net do herinnen ist
183 jetzt net viel in dem Bereich aber prinzipiell wird scho sein jo und ganz arg is sicher auch bei

184 die bei die Krebspatienten im Endstadium oder was weil die klammern sich an alles was gibt
185 net bei denen wird sicher richtig Geld abgecashed nocheinmal

186 I Die chronischen Krankheiten, das die sich öfter informieren?

187 A Auf jeden Fall ganz sicher aber die sehen wir eben hier net aber das wird ganz sicher
188 sein die klammern sich an jeden Strohhalm weil (.) is seh kloar und die Versprechungen

189 I Hier jetzt wahrscheinlich weniger aber beim Hausarzt vielleicht sind dort Patienten
190 gekommen, die gesagt haben sie haben was gelesen und sie haben sicher das und sie
191 wollen dieses Medikament verschrieben bekommen weil das hilft ihnen sicher?

192 A Gibts jo gibts schon und manchen geb ich's dann auch da weiß i einen Patienten er
193 hat einen zu hohen Blutdruck er möchte jetzt die Tabletten und da die Halbe nehmen und da
194 hab i mir gedacht i würd jetzt no keine Tabletten geben sondern einmal a bissl Blutdruck
195 messen und schau aber bei dem hab i gwusst der will jetzt des halbe Tablette haben und
196 do bin i dann drauf eingangen also der hot von seiner Frau die nimmt auch die Tabletten und
197 keine Ahnung es war halt so a Halbwissen (.) aber in so einem Fall wenn er jetzt klipp und
198 klar sagt i möcht das haben und ma denkt sie jo ok schaden tut's nicht aber es wär noch net
199 notwendig i glaub da is ma gut beraten wenn ma dann dem Wunsch nachgibt und sag na der
200 will des jetzt und sonst kommt er eh nie mehr

201 I Also man geht schon auf die

202 A Ma geht dann schon ma muss scho an Weg finden weil wenn ma glei sagt ma so a
203 Blödsinn des is dann a nix weil dann sinds auch net zufrieden aber wenss prinzipiell ka
204 schlechte Idee is kann man ja mal sagen ok in dem Fall Selbsttherapie is ok jo (.) also i würd
205 sagen dass ma net gänzlich sagt is alles a Blödsinn des is alles a Schmarrn also des also i
206 tu's net und i glaub des tut kaner do is ma sicher net gut beraten wenn ma da glei sagt Nein
207 nur was i sag stimmt des is jo a solls ja a net sein

208 I Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass ein Patient Ihren Therapieversuch nicht
209 ernst genommen hat?

210 A Jo:: gibts a

211 I Und wie ist das dann?

212 A Es is net angenehm also i ma predigt sich da immer mehr in an Strudel eini kommt
213 mir vor weil ma unsicher wird einfach also wenn i jetzt zu einem sog jo so und so machens
214 des und der und du merkst jo ok des kommt gut an dann is es klass aber wenn i jetzt scho
215 merk ok der vertraut mir sowieso net und dann will ma immer no ma redet dann immer weiter
216 und weiter und weiter des is oft schwierig also Patienten können i mein i bin no net so lang
217 Arzt da lasst ma si scho leichter verunsichern aber sie können einen dann scho oft ziemlich
218 verunsichern das ma dann halt sagt ok der wird des jetzt net mochn es war ka gutes
219 Gespräch aber vielleicht täuscht ma sich a oft oder ich hoffe ma täuscht und si da Patient
220 vielleicht eh nix dabei gedacht hat aber es is also wenn wenn die Kommunikation zwischen

221 Arzt und Patienten net passt dann is es unangenehm i mogs net weil is unbefriedigend
 222 einfach und a schlechtes Gfühl dabei

223 I Wie sehen Sie generell die Zukunft des Arztes im Hinblick auf Internet, auf E-
 224 Patienten?

225 A I schätz also das no vü mehr wird mit Internet und dem Ganzen i glaubs fast net i
 226 glaub ma geht vielleicht eher wieder zrück aufs aufs Prä- ich hoffe (.) weil i jo net so der
 227 Internetmensch bin mir kommt a vor das die Leut scho immer mehr wieder davon abkommen
 228 und und wirklich wieder gern mit jemanden reden und also wär scho klass wenns net
 229 Überhand nehmen würde weil da Computer kann einen net therapieren

230 I Aber das sich vielleicht in der Gesprächsführung oder in der Aufklärungsarbeit was
 231 ändern muss?

232 A Also noch daweil also i finds das es no daweil net so is das es so stark Überhand
 233 nimmt aber i hob net net den Vergleich vielleicht wenn jetzt a alter Arzt weiß i net der scho
 234 vierzig Jahre arbeitet das der vielleicht sagt na jetzt mitm Internet des is a Wahnsinn kann
 235 sein net aber i kann sagen momentan is es no ok des haltet sich in Grenzen

236 I Vielleicht kann das Internet aber für den Arzt eine Erleichterung darstellen, weil die
 237 Plattformen so gut ausgebaut werden dass die meisten Patienten schon mit einem gewissen
 238 Grundwissen kommen?

239 A Des schon jo des wär sicher net schlecht aber is halt immer schwierig weil so viele
 240 Seiten gibt des kann ma sicher net zentral steuern irgendwie mit den ganzen Foren wo die
 241 Leute dann untereinander tratschen dann schaukelt sich das auf i weiß net i glaub das die
 242 Gerüchteküche dann auch ziemlich geschoren wird weil wenns dann heißt da darfst ja nicht
 243 hingehen das ist voll der Schmorrn das is sicher schwer

244 I Und das sich der Arzt selber im Internet repräsentiert, sprich Chatfunktionen hat..

245 A Ja mhm ja es gibt also so Homepage wenn ma sich do gewissen Seiten von Ärzten
 246 anschaut de geben sie do scho recht Mühe das gut präsent san aber i find des Reden ma
 247 muss den Patienten ja immer anschauen es reicht ja net wenn ma nur Symptome beschreibt
 248 des die klinische Untersuchung de muss ma einfach mochn ohne die Blickdiagnose des hilft
 249 nichts des über a Kamera i weiß net des also i kanns mir net vorstellen vielleicht bin i
 250 altmodisch aber @(.)@ i kanns mir garnet vorstellen das das hinhauen kann so richtig
 251 @(.)@

Abstract

Verfasserin	Cornelia Kurzmann, Bakk. phil.
Titel	Der dritte Akteur: Zur veränderten Arzt-Patienten-Kommunikation aufgrund von Gesundheitsinformationen im Web
Umfang	114 Seiten
Typ	Magisterarbeit am Institut für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft der Universität Wien
Ort, Jahr	Wien, 2013
Begutachter	Ao. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Roland Burkart
Schlagwörter	Arzt-Patienten-Kommunikation, E-Patient, Wahrnehmungsveränderung, Verständigungsorientierung, Theorie öffentlichen Vertrauens, Experteninterview, Leitfadeninterview, Inhaltsanalyse nach Mayring

Untersuchungs-gegenstand Im Zentrum der Arbeit steht die Arzt-Patienten-Kommunikation und die Veränderung aufgrund von Gesundheitsinformationen im Web. Durch die leichte Zugänglichkeit der Gesundheitsinformationen im Web, ist die Zahl jener, die dieses Angebot auch nutzen ständig im steigen. Sogenannte E-Patienten sind charakteristisch gesehen aktiver, selbstbewusster und diskussionsfreudiger. (vgl. Klemperer 2003: 12; vgl. Rademacher 2010: 42) Dadurch ergibt sich ein veränderter Patient für den Arzt was auch unweigerlich zu einer veränderten Kommunikation führen muss. Wie dies die Ärzte erleben, wurde mit den empirischen Ergebnissen erforscht.

Die Ergebnisse der Untersuchung, welche durch Leitfadeninterviews evaluiert wurden, zielten auf Faktoren ab, die die Kommunikation beeinflussen. So wurde untersucht, ob der Patient eine für den Arzt psychisch unangenehme Situation erzeugt welche dieser dann versucht zu reduzieren. Außerdem wurden auf den Grund gegangen, wie verständnisorientiert die Arzt-Patienten-Kommunikation abläuft und wie das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und E-Patient ausgeprägt ist.

Theorie Als theoretischer Rahmen wurden insgesamt drei Ansätze gewählt. Als erstes wurde die Wahrnehmungsveränderung, welche ein Auszug der Dissonanztheorie ist, untersucht. Die wesentliche Hypothese die hier zur Anwendung kam war jene, das Dissonanz psychisch als unangenehm empfunden wird, was den Arzt dazu nötigt diese zu reduzieren. (vgl. Schenk 2007: 150) Mit den Möglichkeiten der Dissonanzreduktion nach Festinger wurden die empirischen Ergebnisse untersucht. (vgl. Schenk 2007:151) Dieser Bezug ist deshalb für die Arbeit interessant, da so die Situation zwischen Arzt und E-Patient, aus dem Blickwinkel des Arztes, am besten beschrieben werden kann.

Als zweiter theoretischer Ansatzpunkt wurde die Verständigungsorientierung nach Burkart gewählt. Ob Verständigung

im eigentlichen Sinne zwischen Arzt und E-Patient zu Stande kommt, soll mit diesem theoretischen Rahmen auf den Grund gegangen werden. Jene Variablen, die hier zur Anwendung kamen sind Verständlichkeit, Wahrheit, Wahrhaftigkeit und Legitimität. (vgl. Burkart 2007: 42)

Der dritte und letzte theoretische Rahmen, der für die Arbeit verwendet wurde, ist die Theorie öffentlichen Vertrauens nach Bentele. Nach Bentele gibt es mehrere Faktoren, die je nach Ausprägung und Intensität Vertrauen oder Misstrauen erzeugen. (vgl. Bentele 1994:145) Insgesamt wurden vier Faktoren ausgewählt, die nach der Meinung der Autorin am besten auf die Untersuchung angewendet werden können. Diese sind Sachkompetenz, Problemlösungskompetenz, kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit. (vgl. Bentele 1994: 145) Anhand dieser Faktoren konnte in der untersuchen werden, ob E-Patienten beim Arzt Vertrauen oder eher Misstrauen verursachen und wie das Vertrauensverhältnis allgemein zwischen Arzt und den E-Patienten aussieht.

**Ziel,
Fragestellung,
Hypothese**

Als Ziel der Arbeit war es, jene Faktoren deutlich zu machen, welche die veränderte Kommunikation zwischen Arzt und E-Patienten beeinflussen. Dies sollte vor allem aus dem Blickwinkel des Arztes betrachtet werden. Dieses Ziel wurde deshalb gewählt, da sich durch die Veränderung der Patienten durch das Angebot der Gesundheitsinformation im Netz auch naturgemäß eine Veränderung beim Arzt ergeben muss. Inwieweit dies wirklich eine Rolle in der Arzt-Patienten-Kommunikation spielt und welche Faktoren hier maßgebend sind, ist weitgehend unerforscht, da die meisten Studien sich auf den E-Patienten und weniger auf die Sicht des Arztes beziehen. Die zentrale untersuchungsleitende Forschungsfrage ist: „Welche Faktoren beeinflussen die Kommunikation zwischen Arzt und „E-Patient“?

Forschungsdesign

Um zu den empirischen Daten zu gelangen, wurde das Leitfadeninterview/ Experteninterview gewählt. Insgesamt wurden elf Ärzte und Ärztinnen unterschiedlicher Arztlaufbahn und aus unterschiedlichen Tätigkeitsgebieten persönlich befragt. So konnten eventuelle Zusatzfragen gestellt und mögliches neues Datenmaterial generiert werden. Die Transkription erfolgte angepasst an die Regeln TiQ-Methode. (vgl. Przyborski 2010:166)

Ausgewertet wurden die Daten dann nach den Richtlinien der Inhaltsanalyse nach Mayring. (vgl. Steigleder 2008:822ff) Die Kategorienbildung erfolgte als Wechselwirkung der Forschungsfragen mit den theoretischen Rahmen. Durch die Anzahl von elf Befragten konnte die Auswertung der Kategorien dann händisch mit Hilfe von Notizen und Farbmarkierungen durchgeführt werden.

Ergebnisse

Jene Faktoren, die Einfluss auf die Arzt-Patienten-Kommunikation, nachstehend kurz beschrieben werden.

Unter dem theoretischen Mantel der Wahrnehmungsveränderung, ist klar zu sagen, dass E-Patienten eine psychisch unangenehme Situation beim Arzt erzeugen. Verdeutlicht wird dies vor allem durch die Reaktionen des Arztes auf den E-Patienten. So sind die meisten Ärzte grundsätzlich sehr skeptisch gegenüber E-Patienten, den auf der

einen Seite schreiben sie den E-Patienten nicht genügend Kompetenz zu die Informationen aus dem Netz richtig deuten zu können und auf der anderen Seite sind sie der Meinung, dass durch zum Beispiel fehlende Quellenangaben und die Einfachheit Informationen ins Netz stellen, die Information im Netz selbst oft nicht richtig ist. Außerdem begeben sich die Ärzte selbst auf die Suche im Netz um so gegenüber dem Patienten kompetenter dar zu stehen und in weiterer Folge auch diese davon überzeugen zu können, dass es besser ist sich auf den Arzt als auf die Informationen im Netz zu verlassen.

Unter dem theoretischen Rahmen der Verständigungsorientierung ist die Variable der Legitimität bei den meisten am schwächsten ausgeprägt was bedeutet, dass die meisten Ärzte es nicht oder nur bedingt legitim finden, dass sich Patienten im Netz zu Gesundheitsthemen informieren. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen, die bei der Wahrnehmungsveränderung zu Stande gekommen sind.

Die Faktoren kommunikative Transparenz und kommunikative Offenheit aus den Vertrauensfaktoren sind bei den meisten am geringsten ausgeprägt. Das Vertrauen zwischen Arzt und E-Patient scheint also da zu schwächeln, dass Patienten ihrem Arzt erst später im Gespräch oder gar nicht sondern nur in Form von Fragen offen legen, dass sie sich bereits im Netz informiert haben. Das Patienten die Ratschläge des Arztes nicht ernst nehmen, liegt laut den meisten Ärzten am Patiententyp und nicht am E-Patienten. Hingegen das Gefühl, dass Patienten den Arzt abprüfen wollen, haben manche Ärzte durchaus. Dies führt unweigerlich zu Misstrauen gegenüber dem E-Patienten.

Literatur

Bentele, Günter (1994): Öffentliches Vertrauen – normative und soziale Grundlage für Public Relations. In: Wolfgang Zabel / Ulf Armbrrecht (Hg.): Normative Aspekte der Public Relations. Grundlegende Fragen und Perspektiven. Eine Einführung. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 131–157.

Burkart, Roland/ Lang Alfred (2007): Die Theorie des kommunikativen Handelns von Jürgen Habermas - Eine kommentierte Textcollage. In: Burkart Roland/ Hömberg Walter (Hg.): Kommunikationstheorien. Ein Handbuch zur Einführung. 4. Aufl. Wien: Wilhelm Braumüller Universitäts-Verlagshandbuchsammlung Ges.mb.H, S. 42–71.

Klemperer, David (2003): Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Online verfügbar unter <http://hdl.handle.net/10419/47383>, zuletzt aktualisiert am 15.03.2013.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Przyborski, Aglaja/ Wohlrab-Sahr, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3. Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH

Rademacher, Lars/ Remus, Nadine: (2010) Kommunikationsmanagement im Gesundheitswesen. Zur Notwendigkeit differenzierter Kommunikationsstrukturen und –routinen im Web 2.0 Zeitalter. In: Koch, Christoph: Achtung: Patient online! Wie Internet, soziale Netzwerke und kommunikativer Strukturwandel den Gesundheitssektor transformieren. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 41 – 61

Schenk, Michael (2007): Medienwirkungsforschung. 3. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.

Abstract

The main question within this paper deals with the variables that have an effect on the communication between a physician and a patient, when the patient informed himself/herself about health issues through the WWW before.

As procedure the author choose the guided interview with experts, namely physicians, and the content analysis by Mayring.

The main results are, that in most cases, the e-patients create a physical and mental disagreeable situation to their physicians. Understanding in it's classical meaning by Burkart, fall through five physicians. Therefore the most frequent denial lays on the factor of legitimacy. Three of the physicians clearly state that they do not think it is legitimate, that patients inform themselves via the internet concerning health issues. The strongest bond of trust between physicians and e-patients are the factors „professional qualification“ and „problem-solving-competence“. Hence most of the physicians think, that e-patients have enough competence to look for health-informations via the internet and interpret them wright. The aspects of „communicative-transparency“ and „communicative-openness“ stay in contrast to the other weak pronounced. Often patients do not tell their physicans that they have informed themselves through the web about health issues. Further some of the physicians have the feeling, that their patients do not respect their advice but instead trust the suggestions that were recommended online.

In a nutshell, e-patients create an uncomfortable feeling for their physicians. On the one hand, physicians try hard to understand their patients and make them understand, as well as they long for more trust. On the other hand, they affect their understanding and also the trust, if they do not see it as legitimate, that their patients inform themself through the WWW.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Vorname	Cornelia
Nachname, Titel	Kurzmann, Bakk. phil.
Geburtsort	Graz
Nationalität	Österreich

Schulausbildung:

09/2003 – 06/2008	Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe Schrödinger, Graz Schwerpunkt: Gesundheits- und Freizeitmanagement
-------------------	--

Studienverlauf:

Seit 10/2011	Magisterstudium der Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Universität Wien
10/2008 – 09/2011	Bakkalaureatsstudium Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Universität Wien Schwerpunkte: • TV-Journalismus • Multimediajournalismus • Feministische Medienforschung Titel der Bakkalaureatsarbeit 1: „Sind Weblogs heute der Journalismus von morgen?“. eine wissenschaftstheoretische Arbeit Titel der Bakkalaureatsarbeit 2: „Berufsbild der Journalistinnen“. Karrierechancen im Onlinejournalismus

Wissenschaftliche Berufserfahrung:

08/2012 – 12/2012	freie wissenschaftliche Mitarbeiterin Netzwerkanalyse, Studie: Serious Beats Universität Wien
-------------------	---