



Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

**Evaluation des Informationsbedarfs von PatientInnen zur
Qualität in der hausärztlichen Leistungserbringung**

Peter Neuenschwander & Matthias Riedel

Bern, den 31. März 2009



Im Interesse der leichteren Lesbarkeit wird in diesem Schlussbericht zum Teil die männliche, zum Teil die weibliche Bezeichnung von Personen verwendet.

Diese Studie fokussiert auf die Hausarztmedizin. Gemäss Definition der FMH sind Hausärzte Ärzte im ambulanten Sektor mit den Hauptfachgebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und praktische Ärzte.

Bei der Realisierung dieser Evaluation haben verschiedene Personen aktiv mitgewirkt. Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bedanken bei:

- Iris Stucki, Dr. Patrick Bovier, Dr. Hans-Anton Vogel sowie Martina Hersperger und Lea Schläpfer (FMH-DDQ/AGQ), die als Mitglieder der Arbeitsgruppe die Durchführung der Evaluation mitgestaltet haben;
- Prof. Philipp Schneider (Leiter Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement, BFH), der uns fachlich beraten und Kontakte zu Ärzten zwecks Organisation der Fokusgruppen hergestellt hat;
- Mirajet Limani (BFH), die bei der Organisation der Fokusgruppen mitgeholfen und deren Diskussion zu Papier gebracht hat.



Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
2	Ausgangslage	9
2.1	Evaluationszweck und Fragestellungen	10
3	Methodisches Vorgehen	11
3.1	Fokusgruppen im Rahmen dieser Evaluation	13
3.1.1	Diskussionsleitfaden	14
3.1.2	Rekrutierung der Teilnehmenden	16
3.1.3	Durchführung der Fokusgruppen	16
3.1.4	Die Zusammensetzung der Fokusgruppen	17
3.1.5	Die Auswertung der Fokusgruppen	19
4	Ergebnisse	20
4.1	Information: Was wollen Patienten von ihrem Hausarzt erfahren?	21
4.1.1	Wie Patienten zu ihrem Hausarzt gekommen sind	22
4.1.2	Informationskanäle, die Patienten bei der Hausarztsuche nutzen	24
4.1.3	Informationen, die Patienten von ihrem Hausarzt erwarten	27
4.2	Qualität: was macht einen guten Hausarzt aus?	31
4.2.1	Qualität von Hausärzten aus Sicht der Patienten	31
4.2.2	Was passieren muss, damit ein Hausarzt gewechselt wird	38
4.3	Beziehung Patient-Hausarzt: mehr als ein Dienstleistungsverhältnis?	42
5	Beantwortung der Fragestellungen	45
	Literatur	49
	Anhang	50



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht	9
Tabelle 2: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe	13
Tabelle 3: Diskussionsleitfaden	14
Tabelle 4: Zusammensetzung der Fokusgruppen	17

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Alter der Teilnehmenden an den Patienten-Fokusgruppen	18
Abbildung 2: höchster Bildungsabschluss	18
Abbildung 3: Frequenz der Hausarztbesuche	18
Abbildung 4: Ausschnitt einer Gesprächsverlaufsanalyse	19



Zusammenfassung

Die vorliegende Evaluation gibt Antworten auf folgende Fragen: Wie gehen Patienten bei der Suche nach einem Hausarzt vor, welche Informationskanäle nutzen sie? Welche Kriterien wenden Patienten bei der Beurteilung der Qualität von Hausärzten an? Wie wird das Verhältnis Arzt/Patient eingeschätzt?

Die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse beruhen auf sieben Fokusgruppen (Gruppendiskussionen), die im Zeitraum vom 11. September 2008 bis 2. Dezember 2008 von der Berner Fachhochschule (BFH) durchgeführt und ausgewertet wurden. Die Fokusgruppen wurden in einem zweistufigen Verfahren ausgewertet: zunächst erfolgte eine Gesprächsverlaufsanalyse, anschliessend eine Inhaltsanalyse. Im Folgenden werden die wichtigsten Resultate kurz zusammengefasst. Dabei ist auf den qualitativ-explorativen Charakter der Untersuchungsanlage hinzuweisen. Das heisst, die Ergebnisse stellen Aussagen und Tendenzen dar, die es in einer grösser angelegten repräsentativen Erhebung zu validieren gilt.

Aspekte zum Thema Information

Am häufigsten wenden sich Patientinnen bei der Suche nach einem neuen Hausarzt an persönlich näher bekannte Personen; allen voran an Verwandte, Freunde, Bekannte sowie Arbeitskolleginnen, teilweise aber auch an die früheren Hausärzte. Als weitere wichtige Informationsquelle bei der Suche nach einem neuen Hausarzt werden zudem Institutionen des Gesundheitswesens – allen voran Spitäler und Krankenkassen – aber auch Gemeindeverwaltungen genannt. Vor allem in Fällen, in denen rasch und eher notfallmässig ein Hausarzt benötigt wird, wird zudem das Telefonbuch als Informationsmedium angegeben. Im Gegensatz zu diesen von den Diskussionsteilnehmenden als wichtig erachteten Informationskanälen, besitzt das Internet bei der Hausarztsuche für viele Patientinnen nur eine geringe Relevanz. Diese Tatsache kann u.a. damit erklärt werden, dass der Nutzen des Internets für diesen Zweck in Frage gestellt wird, während dieses Medium für die Suche nach allgemeinen Gesundheitsinformationen (z.B. zu Krankheitsbildern oder Behandlungsmethoden) durchaus grosse Akzeptanz besitzt.

Die meisten Patienten bekunden grosse Mühe damit, die bestehenden Möglichkeiten, sich über die Qualität von Hausärzten zu informieren, zu beurteilen. Viele haben sich noch gar nie mit der Frage befasst, welche Informationsmöglichkeiten es im Einzelnen gibt und in welchen Bereichen zusätzliche Informationen wünschenswert sein könnten. Auch weiss man nicht recht, wie man bei der Suche vorgehen müsste, sei dies im Internet, aber auch bei anderen Informationsquellen. Insofern können die von Patienten georteten Schwierigkeiten bei der Suche nach Qualitätsinformationen auch damit erklärt werden, dass die allermeisten Diskutanten (sowohl jüngere wie auch ältere) ausgesprochen schlecht über Informationsangebote zur Qualität von Hausärzten informiert sind. Trotz diesen Vorbehalten scheint bei den Patienten grundsätzlich ein diffuses Bedürfnis nach mehr Qualitätsinformationen über Hausärzte zu bestehen, jedoch keine rechte Vorstellung, wie diese neuen Angebote aussehen könnten.

Sollten entsprechende Informationen – zum Beispiel im Internet – greifbar gemacht werden, ist es für Patienten wichtig, dass Informationen zu Hausärzten von einer seriösen, vertrauenswürdigen Quelle stammen. Wird diese Voraussetzung nicht erfüllt, würde entsprechenden Informationen mit grossen Vorbehalten begegnet. Entsprechend erachten viele Fokusgruppenteilnehmende eine durch Patienten vorgenommene Bewertung von Hausärzten als äusserst problematisch. Deshalb wünschen sich Patienten – wenn überhaupt – im Internet hauptsächlich „handfeste“ Informationen (z.B. Alter und Sprachkenntnisse des Hausarztes, Lage und



Erreichbarkeit der Praxis etc.). Eine Website mit Informationen zur Qualität von Hausärzten und anderen Aspekten sollte möglichst einfach und übersichtlich gestaltet sein.

Aspekte zum Thema Qualität

Auf die offen gestellte Frage, was einen guten Hausarzt ausmacht, wird am häufigsten geantwortet, dass sich ein guter Hausarzt Zeit nehmen und die Anliegen seiner Patienten ernst nehmen sollte. Ein guter Hausarzt zeigt also Interesse an den Sorgen seiner Patienten, hört aufmerksam zu und spricht offen und verständlich mit seinen Patienten, insbesondere über die Art der Erkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten und allfällig damit verbundene Risiken und Nebenwirkungen. Eine transparente, auf gegenseitigem Vertrauen basierende Interaktion und Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient stellt also in den Augen der Patienten *das* zentrale Qualitätskriterium in der Allgemeinmedizin dar.

Daneben wird von den Patienten auch die Art und Weise, wie die Behandlung erfolgt, auf qualitative Aspekte hin beurteilt. Das in diesem Zusammenhang am häufigsten genannte Kriterium für einen guten Hausarzt ist interessanterweise das Anliegen, dass der Hausarzt rechtzeitig einen Facharzt konsultiert bzw. eine entsprechende Überweisung veranlasst. Ein fachlich als gut befundener Hausarzt ist zudem jemand, der bei der Behandlung eine ganzheitliche Perspektive einnimmt und bei der Verabreichung von Medikamenten eine gewisse Zurückhaltung walten lässt. Einzelne sprechen dann von einem guten Hausarzt, wenn er über langjährige Erfahrung und ein breites Fachwissen verfügt.

Ein Hausarztwechsel wird vor allem aufgrund einer Fehldiagnose und/oder einer fehlerhaften bzw. wirkungslosen Therapie erwogen. Allerdings fällt auf, dass eine solche „Fehlleistung“ seitens des Hausarztes als ziemlich gravierend eingestuft werden muss, bevor ein Wechsel effektiv stattfindet. Weiter würden Patienten ihren Hausarzt auch dann wechseln, wenn dieser nicht mehr zuhören oder das Gefühl vermitteln würde, seine Patienten nicht mehr ernst zu nehmen.

Allgemein kann konstatiert werden, dass viele Patienten die Fachlichkeit der Hausärztin anscheinend stillschweigend voraussetzen und dementsprechend unerwähnt lassen. Der Durchschnittspatient hat Vertrauen in die Ausbildung und die dadurch erworbenen Qualifikationen der Hausärzte und geht davon aus, dass diese etwas von ihrem Handwerk verstehen.

Aspekte zum Thema Verhältnis Arzt/Patient

Der Grundtenor in den Patienten-Meinungen ist eindeutig: Das Hausarzt/Patient-Verhältnis reicht aufgrund verschiedener Aspekte deutlich über ein reines Dienstleistungsmodell hinaus. Die Patienten-Einstellung zum Hausarzt ist dabei abhängig von der Häufigkeit der Hausarztbesuche, der Art der vorliegenden Erkrankung sowie der Dauer des Kontaktes zur Hausärztin. Personen, die ihre Hausärztin nur alle zwei Jahre kurz wegen einer Erkältung konsultieren, tendieren folglich eher zum Dienstleistungsmodell. Zudem bestätigt sich die Annahme eines Generationsunterschieds in den Diskussionen nicht: jüngere Patienten nehmen ihre Hausärztin nicht häufiger als Dienstleisterin wahr als ältere.

Besonders deutlich wird der Unterschied zu einem „normalen“ Dienstleistungsverhältnis in Notfällen, die mit starken Schmerzen verbunden sein können. Patienten müssen hierbei in einer körperlichen Verfassung über die Inanspruchnahme „ärztlicher Dienstleistungen“ entscheiden, in der Personen gemeinhin keine weitreichenden „Geschäfte“ tätigen würden. Aber auch ausserhalb von Notsituationen besitzt das Arzt/Patient-



Verhältnis aufgrund des hohen Intimitätsgrades der ärztlicher Behandlung und der Preisgabe von persönlichen Informationen im Beratungsgespräch einen besonderen Charakter.

Die Behauptung, das bis anhin vorherrschende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sei unterdessen von einem Vertragsverhältnis abgelöst worden, in dem der Patient den Part des Kunden und der Arzt den Part des Dienstleisters übernimmt, greift demnach zu kurz. Für die grosse Mehrheit der Patienten stellt das Verhältnis zu ihrem Hausarzt nach wie vor etwas Besonderes dar.



1 Einleitung

Die Arbeitsgruppe Qualität (AGQ) hat innerhalb der Verbindung Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) zum Ziel, Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns zu erfassen und sichtbar zu machen. Bei diesem Unterfangen wird sie von der Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) unterstützt. Die AGQ vermittelt Qualitätsinitiativen und wissenschaftliche Grundlagen im Bereich Qualität und hat in den letzten Monaten ein *Netzwerk Qualität* als Austauschplattform der Qualitätsverantwortlichen der kantonalen und Fachgesellschaften der FMH aufgebaut. In periodisch stattfindenden Treffen werden dabei wichtige Aspekte zum Thema Qualität in der medizinischen Versorgung im breiten Kreis diskutiert. Die dabei erzielten Resultate sollen als Basis für den Dialog gegen Aussen dienen. Die AGQ schafft gleichzeitig Voraussetzungen für die Akzeptanz bei Partnerorganisationen, indem sie den Kontakt mit Koproduzenten vertieft, zum Beispiel über die Beteiligung im Strategieprojekt Qualität des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) oder anhand der Qualitätsdiskussion mit der Arbeitsgruppe Qualität der Santésuisse.

Vor diesem Hintergrund wurde anfangs Mai 2008 das Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement, das im Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule (BFH) angesiedelt ist, angefragt, eine Offerte für eine Evaluation zum Thema „Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten zur Qualitätstransparenz in der ärztlichen Leistungserbringung“ auszuarbeiten. Ende Mai 2008 wurde von der Abteilung Forschung & Entwicklung des Fachbereichs Soziale Arbeit eine Offerte zur Durchführung des besagten Evaluationsvorhabens eingereicht. Darin wurde vorgeschlagen, die die FMH interessierenden Fragestellungen in einem ersten Schritt mittels qualitativer Verfahren anzugehen. Gleichzeitig wurde der FMH in Aussicht gestellt, auf der Grundlage der in diesem ersten Schritt gewonnenen Ergebnisse eine repräsentative Befragung zu diesem Thema durchzuführen.

Der Vertrag zur Durchführung der Evaluation wurde von den beiden Vertragsparteien Ende Juli, Anfang August 2008 unterzeichnet. Darin wurde u.a. vereinbart, erste Zwischenergebnisse anlässlich des zweiten Treffens der Qualitätsverantwortlichen der Ärzteschaft, das am 13. November 2008 in Bern stattfand, zu präsentieren. Im vorliegenden Schlussbericht werden nun die aus der Evaluation gewonnenen Ergebnisse detailliert erläutert.

Der Schlussbericht gliedert sich in fünf Kapitel. Im ersten Kapitel (Ausgangslage) wird zuerst ein kurzer Blick auf die Bestrebungen in einzelnen europäischen Ländern geworfen. Danach werden der Evaluationszweck und die zu beantwortenden Fragestellungen erläutert. Im dritten Kapitel wird das methodische Vorgehen beschrieben, das wir gewählt haben, um die einzelnen Fragestellungen zu beantworten. Im vierten Kapitel werden die in den Datenauswertungen erzielten Ergebnisse detailliert beschrieben und kommentiert. In Kapitel fünf werden die Evaluationsfragen auf der Grundlage der im vierten Kapitel dargestellten Ergebnisse beantwortet. Im Anhang ist schliesslich ein erster Entwurf eines Fragenkatalogs enthalten, der als Grundlage für eine allfällige im Anschluss dieser Evaluation durchzuführende repräsentative Befragung eingesetzt werden kann.



2 Ausgangslage

In vielen westlichen Ländern wurden in den letzten Jahren in Sachen Transparenz im stationären Bereich des Gesundheitswesens grosse Anstrengungen unternommen. So können sich zum Beispiel in Grossbritannien, Holland und Dänemark Patientinnen und Patienten im Internet über Angebot und Qualität von Krankenhäusern informieren. In Frankreich werden für alle Krankenhäuser Daten über den Kampf gegen Klinikinfektionen veröffentlicht. Und in den USA wird die bereits bestehende Transparenz über medizinische Fehler und deren Quellen genutzt, um mittels einer gross angelegten Präventionskampagne durch medizinische Fehler verursachte Todesfälle zu vermeiden. Transparenz im Gesundheitswesen bedeutet, dass in der Öffentlichkeit mehr Informationen über die medizinische Versorgung verfügbar sind. Die Frage, wer im Bedarfsfall eine optimale beziehungsweise den individuellen Bedürfnissen entsprechende Versorgung anbietet, wird damit für Patientinnen und Patienten leichter zu beantworten. Zudem hat die Forderung nach mehr Transparenz im Gesundheitswesen u.a. zum Ziel, die Gesundheitsversorgung effektiver auszugestalten und national, europäisch und international vergleichbar zu machen (vgl. Amhof & Galkowski 2007).

Doch was bedeutet überhaupt Qualität aus Sicht der Patienten? Die auf diese Frage am häufigsten genannten Qualitätsmerkmale sind in der folgenden Tabelle aufgeführt. Es fällt auf, dass die aus Patientensicht relevanten Merkmale vorwiegend die Prozessqualität tangieren (vgl. Brinkmann et al. 2007: 39).

Tabelle 1: Qualitätsmerkmale in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht

Qualitätsdimension	Qualitätsmerkmale
Strukturqualität	<ul style="list-style-type: none">- Einrichtung (Geräte, Ausstattung, Räumlichkeiten, etc.)- Fachliche Kompetenz des Arztes- Erreichbarkeit (Lage der Praxis, Verkehrsanbindung, etc.)
Prozessqualität	<ul style="list-style-type: none">- Vertrauen- Arzt/Patient-Verhältnis- Psychosoziale Betreuung- Information und Aufklärung- Organisation- Auftreten des Praxispersonals
Ergebnisqualität	<ul style="list-style-type: none">- Behandlungsergebnis- Gesamtzufriedenheit

Eine weitere Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist die, wie Informationen über die Qualität von Hausärzten zu den Patientinnen und Patienten gelangen? In Deutschland hat eine von der Bertelsmann Stiftung im Rahmen des Gesundheitsmonitors in Auftrag gegebene Studie gezeigt, dass in Bezug auf diese Frage Handlungsbedarf besteht. Denn die dortigen Möglichkeiten, sich über die Qualität von Ärztinnen und Ärzten zu informieren, werden von beinahe zwei Dritteln der Befragten als nicht ausreichend oder sogar völlig unzureichend eingeschätzt (vgl. Marstedt 2007). Es erstaunt deshalb kaum, dass sich fast die Hälfte der Befragten bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Hausarzt auf Empfehlungen aus dem Freundes- und



Kollegenkreis stützen. An zweiter und dritter Stelle spielen bei der Hausarztsuche Empfehlungen von Familienangehörigen sowie Adressen aus dem Telefonbuch bzw. Branchenverzeichnis eine Rolle. Im Gegensatz zu den genannten Quellen spielen Informationen von Krankenkassen oder Ärztevereinigungen, Ärzteverzeichnisse und -suchmaschinen im Internet sowie von Medien bereitgestellte Informationen bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Hausarzt nur eine untergeordnete Rolle.

Laut „Bertelsmann-Studie“ hätte rund ein Viertel der Befragten bei der Suche nach einer neuen Hausärztin oder einem neuen Hausarzt gerne mehr Informationen gehabt. Im Vordergrund stehen dabei allen voran Informationen über Komplikationen und Behandlungsfehler, die Erfahrungen anderer Praxisbesucherinnen und -besucher mit einer bestimmten Ärztin oder einem bestimmten Arzt sowie die Frage, ob er oder sie sich ausreichend Zeit für die Patientinnen und Patienten nimmt. Als wichtig eingestuft wurden auch die Berufserfahrung der Ärztin oder des Arztes, die Regelmässigkeit der Fortbildung sowie Beurteilungen durch Fachkolleginnen und Fachkollegen.

Allerdings gilt es bei der Interpretation dieser Ergebnisse zu berücksichtigen, dass bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes die Sichtweise der Patientinnen und Patienten (sowie der Ärztinnen und Ärzte) nicht ausreichend einbezogen wurde. Zudem enthält der Fragenblock zur Transparenz in der gesundheitlichen Versorgung keinen Raum für offen gestellte Fragen. Insofern besteht der begründete Verdacht, dass durch diese Erhebungsmethode die Sichtbarmachung der Patientenperspektive nur teilweise gelingt oder sogar Artefakte entstanden sind.

Für die Schweiz liegen bisher keine detaillierten Daten zum Patienten-Informationsbedarf in Bezug auf die Qualitätstransparenz von ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten vor! Diese Lücke soll durch diese Evaluation geschlossen werden. Die im oberen Abschnitt aufgezeigten neuralgischen Punkte im Forschungsdesign der „Bertelsmann-Studie“ sind dabei zu vermeiden. Es sollen nicht nur harte, medizinische Indikatoren (z.B. fachliche Qualifikation und Fortbildung des Arztes, technische Ausstattung der Praxis, Wartezeiten auf Termine, Behandlungserfolge, Komplikationsraten), sondern auch weiche Faktoren wie etwa die in einer Arztpraxis vorherrschende Atmosphäre, die Freundlichkeit des Personals, die soziale Kompetenz der Ärztin oder des Arztes etc. berücksichtigt werden.

2.1 Evaluationszweck und Fragestellungen

Gemäss Ausschreibung dient die vorgesehene Evaluation insbesondere der Generierung von Grundlagen, indem der Bedarf von Patientinnen und Patienten bezüglich Qualitätstransparenz der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung aufgezeigt werden soll. Diese Grundlagen sollen von der Arbeitsgruppe Qualität der FMH dazu verwendet werden, Überlegungen anzustellen, welche Qualitätsdaten der Öffentlichkeit in welcher Form zugänglich gemacht werden sollen. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass der Zweck der vorgesehenen Evaluation mit dem Begriff ‚Wissensmanagement‘ umschrieben werden kann. Bei diesem Evaluationszweck steht die systematische Aufbereitung und Verbreitung von (neuem) Wissen im Vordergrund, das von den Auftraggebenden für die zielgerichtete und effiziente Steuerung von daraus abgeleiteten Massnahmen verwendet werden kann. Weiter impliziert dieser Evaluationszweck den Einbezug von Mitarbeitenden der



auftraggebenden Institution, die insbesondere bei der Konzipierung der Evaluation, nicht jedoch bei der Datenerhebung und -auswertung, mit Informations-, Beratungs- und Leitungsaufgaben betraut werden.

Welche Fragestellungen sollen mit der vorliegenden Evaluation bearbeitet werden? Generell steht die Frage im Vordergrund, welchen Informationsbedarf Patientinnen und Patienten bezüglich der Suche nach einer Ärztin oder einem Arzt haben. Dabei soll der Fokus vorerst auf Hausärztinnen und Hausärzten gelegt werden, da in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung noch kaum Ergebnisse zu dieser Frage vorliegen. Im Speziellen sollen mit der Evaluation folgende Fragestellungen beantwortet werden:

1. Wie gehen Patientinnen bei der Suche nach einer Hausärztin vor? Welche Informationskanäle nutzen sie?
2. Welche Kriterien wenden Patienten bei der Beurteilung der Qualität von Hausärzten an?
3. Wie schätzen Patientinnen die derzeitigen Möglichkeiten, sich über die Qualität von Hausärztinnen zu informieren, ein?
4. Welche zusätzlichen Informationen wünschen sich Patienten bezüglich der Qualität von Hausärzten?
5. Welche Anforderungen sollen Qualitätsinformationen für Patienten erfüllen? In welcher Form sollen sie zugänglich gemacht werden?

3 Methodisches Vorgehen

Um die in Kapitel 2.1 genannten Fragestellungen auf einer gesicherten Datengrundlage beantworten zu können, ist ein Mix von qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden unabdingbar. Auf Wunsch der FMH konzentrierten wir uns in einem ersten Schritt auf eine qualitative Vorgehensweise mittels Fokusgruppen. Dieses Vorgehen wurde deshalb gewählt, um zu erwartende methodische Mängel einer singulär quantitativen Erhebung auszuschliessen. Denn nur eine umfassende qualitative Herangehensweise erlaubt eine breite Exploration der Patienten- und Ärzte-Sicht, die nicht durch einschränkende Antwortvorgaben eines standardisierten Fragebogens eingeengt wird. Die durch die Durchführung mehrere Fokusgruppen gewonnenen Ergebnisse stehen also für sich. Gleichzeitig liefern sie wertvolle Ergebnisse für ein erst in einem zweiten Schritt zu erstellendes Erhebungsinstrument, das allenfalls in einem zweiten Schritt für eine repräsentative Befragung in der Deutsch- und Westschweiz eingesetzt werden kann. Im Anhang findet sich ein erster Entwurf eines Fragenkatalogs, der als Grundlage für eine repräsentative Befragung zum Einsatz gelangen könnte.

Die Beantwortung der genannten Fragestellungen erfolgt also in der vorliegenden Evaluation ausschliesslich auf der Grundlage von Fokusgruppen. Dabei handelt es sich um moderierte und strukturierte Gruppendiskussionen zu einem vorgegebenen Thema, die aufgezeichnet, transkribiert und anhand vorher formulierter Fragestellungen systematisch ausgewertet werden. Aufgrund der spezifischen Dynamik in Gruppendiskussionen ermöglichen Fokusgruppen die Exploration und vertiefte Beschreibung/Analyse von Meinungen und Standpunkten, gerade auch bei bisher gering evaluierten Themengebieten.

Gruppendiskussionen bzw. Fokusgruppen als qualitative Methode der Datengewinnung wurden bereits in



früheren Studien zur Beantwortung ähnlich gelagerter Fragestellungen eingesetzt. Im Rahmen einer Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen (Picker Institut 2006) wurde beispielweise folgenden zwei Kernfragen nachgegangen:

- Welche Informationen benötigen Patientinnen und Patienten, um sich für einen Leistungserbringer zu entscheiden?
- Wie gross ist der (objektive) Bedarf an Informationen zur Ergebnisqualität von Leistungserbringern?

Dabei wurde der Informationsbedarf von vier Leistungserbringungsbereichen erhoben: ambulante Pflegedienste, Hausärztinnen und Hausärzte, Krankenhäuser sowie Rehabilitations-Kliniken. Zu jedem der vier Leistungserbringer wurde allerdings nur eine Fokusgruppe mit jeweils acht Teilnehmenden durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie stützen sich demnach auf eine sehr kleine Datengrundlage. Die wichtigsten Erkenntnisse lauten wie folgt (vgl. Picker Institut 2006: 16-24):

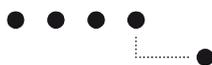
- der Entscheidungsprozess für einen neuen Hausarzt verläuft in der Regel mit geringem Engagement der Patientinnen und Patienten;
- als Hauptinformationsquelle dienen Familie, Freunde und Bekannte;
- zum Teil werden aufgrund des geringen Anspruchs an Hausärztinnen und Hausärzte gar keine bzw. nur wenige Informationsquellen genutzt;
- wichtig ist die medizinische Kompetenz, die an korrekter Diagnose und Überweisung an den richtigen Facharzt festgemacht wird;
- es besteht nur eine geringe Bereitschaft, für den Besuch von Hausärztinnen und Hausärzten weite Wege zurückzulegen;
- die Erwartungen an Hausärzte fallen geringer aus als diejenigen an Fachärztinnen;
- soll das Internet als Informationsquelle genutzt werden, sollten die Informationen einfach und schnell verfügbar sein, da die Suchbereitschaft gering ist.

Auch in der Schweiz gelangte die Methode der Fokusgruppe bei einer gesundheitspolitischen Fragestellung bereits zur Anwendung. Im Rahmen eines europäischen Projektes mit dem Titel „The Future Patient“ wurden neun Fokusgruppen (fünf in der Westschweiz, vier in der Deutschschweiz) zu folgenden Themenkreisen durchgeführt (vgl. SGGP 2003: 63):

- Ansichten über das Gesundheitssystem im allgemeinen;
- Reaktionen auf fünf Szenarien potentieller Entwicklungen im Gesundheitssystem;
- Vertrauen in verschiedene Quellen von Gesundheitsinformationen;
- die Rolle der medizinischen Leistungserbringer und der Alternativmedizin;
- Selbstbehandlung und Patientenverantwortung.

In Bezug auf die unserer Fragestellung am nächsten kommende Frage nach dem Vertrauen in verschiedene Quellen von allgemeinen Gesundheitsinformationen lautet das Fazit der Autorinnen und Autoren so: „Obwohl die Teilnehmer Information als notwendig erachteten, reagierten sie sehr empfindlich auf ein Überangebot. Sie betrachteten es als weniger wichtig, Informationen an sich zu erhalten, sondern betonten die Bedeutung der fachlichen Beratung durch Experten. Das Internet benötigt ein vertrauenswürdiges Portal und regelmässige Qualitätskontrolle, um in grösserem Ausmass in Anspruch genommen zu werden.“ (SGGP 2003: 69).

Diese Erläuterungen zeigen, dass sich Fokusgruppen zur Exploration spezifischer – in unserem Fall gesundheitspolitisch relevanter – Fragestellungen bestens eignen. Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, wie diese



Methode in der vorliegenden Evaluation eingesetzt wurde.

3.1 Fokusgruppen im Rahmen dieser Evaluation

Im Rahmen dieser Evaluation wurden sechs Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten sowie eine Fokusgruppe mit Hausärzten durchgeführt. Die erste Fokusgruppe fand am 11. September 2008, die letzte am 2. Dezember 2008 statt. Die Organisation und Moderation der Fokusgruppen sowie die Auswertung des damit erzielten Datenmaterials erfolgte durch das BFH-Evaluationsteam. Die methodische Unabhängigkeit gegenüber dem Auftraggeber konnte somit in allen Phasen der Evaluationsdurchführung gewahrt bleiben.

Die Fokusgruppen wurden in drei Wellen durchgeführt. Durch diese zeitliche Staffelung wurde ein Rückkopplungsverfahren zwischen den durch die Fokusgruppen erzielten Zwischenergebnissen und einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern von der FMH und der BFH ermöglicht. Die in der ersten Welle gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse wurden in die Arbeitsgruppe eingespeist, dort intensiv aufgearbeitet und für die Konzeption der 2. Fokusgruppenwelle fruchtbar gemacht. Konkret hatte diese Aufarbeitung der ersten Fokusgruppen-Welle zur Folge, dass die Rekrutierung der Teilnehmenden systematisiert und der für die Fokusgruppen verwendete Diskussionsleitfaden leicht angepasst wurde. Da sich nach Abschluss der zweiten Welle zeigte, dass bis zu diesem Zeitpunkt jüngere Patientinnen und Patienten in den Fokusgruppen untervertreten waren, wurde auf Wunsch der Arbeitsgruppe eine dritte Welle mit einer Fokusgruppe speziell mit jungen Patientinnen und Patienten durchgeführt.

Wie bereits erwähnt, setzte sich die Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der FMH und der BFH zusammen. Die beteiligten Personen sind in der nachstehenden Tabelle aufgelistet.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

FMH	BFH, Fachbereich Soziale Arbeit
Martina Hersperger, DDQ (ab 1.1. 2009)	Prof. Philipp Schneider, Kompetenzzentrum Qualitätsmanagement
Iris Stucki, DDQ (bis 31.12. 2008)	Prof. Dr. Peter Neuenschwander, Abt. Forschung & Entwicklung
Lea Schläpfer, DDQ (ab 1.1. 2009)	Dr. Matthias Riedel, Abt. Forschung & Entwicklung
Dr. Patrick Bovier, AGQ	
Dr. Hans-Anton Vogel, AGQ	

In den folgenden Teilkapiteln wird detailliert erläutert, wie wir bei der Organisation, Moderation und Auswertung der Fokusgruppen vorgegangen sind.



3.1.1 Diskussionsleitfaden

Der für die Moderation der Fokusgruppen verwendete Diskussionsleitfaden wird in der nachstehenden Tabelle dargestellt. Darin wird neben den in der Diskussion konkret gestellten Fragen abgebildet, in welchem Themenfeld die jeweiligen Fragen angesiedelt sind und welchen Fragetypen (Einstiegs- und Abschlussfrage, Kernfragen und Nachfragen) sie entsprechen. Zudem wird aufgezeigt, welchen Bezug die einzelnen Fragen zu den verschiedenen Evaluationsfragestellungen (EF) (vgl. Kapitel 2.1) aufweisen und welche inhaltlichen bzw. methodischen Funktionen sie innerhalb der Gruppendiskussion erfüllen.

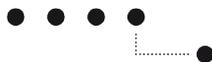
Tabelle 3: Diskussionsleitfaden

Thema	Fragetyp	Frageformulierung	EF	Inhaltliche/methodische Funktion
Themenfeld 1: Auswahl des Hausarztes	Einstiegsfrage	Wie lange sind Sie bereits bei Ihrem heutigen Hausarzt?		Leichte, alle Teilnehmende betreffende Fragestellung, bewirkt, dass alle bereits am Anfang eine kurze Wortmeldung haben. Wichtig für zurückhaltende Personen. Fragestellung ermöglicht zudem den unmittelbaren Einstieg in die zentralen Themenfragen.
	Kernfrage 1 (KF1)	Wie sind Sie zu Ihrem Hausarzt gekommen? Was sind die Gründe gewesen, dass Sie Ihren derzeitigen Hausarzt gewählt haben?	EF2	Retrospektive Bestandesaufnahme relevanter Faktoren für die bereits früher erfolgte Auswahl des derzeitigen Hausarztes. Da die Sammlung von Faktoren offen erfolgt, werden nur die subjektiv als sehr wichtig erachteten Faktoren erfasst.
	Beispiele zu 1	Allfällige Beispiele: Empfehlung von Verwandten und Bekannten; räumliche Nähe zum Wohnort etc.		Beispiele werden nur erwähnt, falls Diskussion nicht in Gang kommt.
	Kernfrage 2 (KF2)	Stellen Sie sich vor, Sie ziehen an einen anderen Ort, wo Sie noch niemanden kennen und müssen sich einen neuen Hausarzt suchen: Wie gehen Sie vor? Wie und wo informieren Sie sich? Was wollen Sie über den neuen Hausarzt wissen?	EF2 bis EF6	Die Antworten ermöglichen einerseits die Gegenüberstellung von Angaben aus einer retrospektiv (KF1) und prospektiv-hypothetisch formulierten Frage (KF2) zur Hausarztwahl. Andererseits sind Angaben zu nahezu allen Fragestellungen zu erwarten.
	Nachfragen zu 2	Sind die bestehenden Informationsmöglichkeiten ausreichend? Wie werden neue Informationskanäle (Internet) bewertet?		Vertiefung von als zentral erachteten Aspekten, falls diese im vorgängigen Diskussionsverlauf nicht oder nur kurz thematisiert wurden.



Themenfeld 2: Qualitätsmerkmale des Hausarztes	Kernfrage 3a	Was macht für Sie einen guten Hausarzt aus?		Offen gestellte Frage zu Qualitätskriterien, die von den Patienten als wichtig erachtet werden.
	Nachfragen zu 3a	Fachlichkeit (Eindruck von fachlicher Qualifikation) Atmosphäre (z.B. Freundlichkeit von Arzt und Praxispersonal) Infrastruktur (z.B. Praxisausstattung) Service (z.B. einfache Terminvereinbarungen)	EF1, EF3	Vertiefung von als zentral erachteten Aspekten, falls diese im vorgängigen Diskussionsverlauf nicht oder nur kurz thematisiert wurden.
	Zusatzfrage	Wie würden Sie das Verhältnis Arzt/Patient beschreiben? Sind Sie als Patient ein Kunde, der beim Hausarzt eine Leistung einkauft? (Dienstleistungsverhältnis)	Er- gän- zung zu EF	(im Hinblick auf eine repräsentative Befragung von Interesse)
	Kernfrage 3b	Was müsste Negatives passieren, damit Sie Ihren Hausarzt wechseln?	EF1, EF3	Negative Zuspitzung von Kernfrage 3a, um Hinweise auf den Stellenwert der unter 3a genannten hausärztlichen Qualitätsmerkmale zu erhalten
Themenfeld 3: Informationsanforderungen	Abschluss- frage	Welche Informationen erwarten Sie von Ihrem Hausarzt? (vor, während und nach einer Behandlung)	Er- gän- zung zu EF	Nicht Informationen über, sondern vom Hausarzt sollen bewertet werden (im Hinblick auf eine repräsentative Befragung von Interesse).
	Nachfragen	Mündliche/schriftliche Informationen Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung Kostenübernahme durch Krankenkasse Behandlungs-/Medikamentenkosten		Vertiefung von als zentral erachteten Aspekten, falls diese im vorgängigen Diskussionsverlauf nicht oder nur kurz thematisiert wurden.

Für die Fokusgruppe mit Hausärzten und einer Hausärztin wurde derselbe Diskussionsleitfaden verwendet. Allerdings wurden die Teilnehmenden dabei – im Sinne einer Perspektivenübernahme – nach ihrer Einschätzung des Antwortverhaltens der Patientinnen und Patienten gefragt. Somit lautete also beispielsweise die Kernfrage 3a bei der Ärztefokusgruppe: „Was denken Sie macht für eine Patientin oder einen Patienten einen guten Hausarzt, eine gute Hausärztin aus?“ Oder Kernfrage 3b: „Was müsste Negatives passieren, damit eine Patientin oder ein Patient den Hausarzt oder die Hausärztin wechselt?“



3.1.2 Rekrutierung der Teilnehmenden

Die Rekrutierung der Diskussionsteilnehmenden wurde von der BFH organisiert. Dabei wurden wir von Hausärzten, einer Patientenorganisation sowie zwei Bildungsinstitutionen unterstützt. Die Teilnehmenden der ersten Fokusgruppe wurden über einen in Olten praktizierenden Arzt rekrutiert (kleinstädtisches Milieu). Die Patientinnen und Patienten waren entweder in Olten selbst, oder in der näheren Umgebung ansässig. Für die zweite Fokusgruppe rekrutierten wir Teilnehmende aus einem ländlichen Kontext. Zwei im Kanton Zug praktizierende Hausärzte wiesen uns interessierte Patientinnen und Patienten zu. Für die dritte Fokusgruppe wurden Patientinnen und Patienten einer in der Stadt Zürich ansässigen Gruppenpraxis rekrutiert (Gruppenpraxis, grossstädtisches Milieu). Die Teilnehmenden der vierten Fokusgruppe wurden über den Dachverband Schweizerischer Patientenstellen in Zürich rekrutiert. Die fünfte Fokusgruppe wurde mit zweisprachigen (deutsch/französisch) Teilnehmenden durchgeführt (Westschweizer Perspektive). Das Ziel der sechsten Fokusgruppe bestand explizit darin, möglichst junge Teilnehmende zu gewinnen. Deshalb wurden sie über die BFH sowie die Berufs-, Fach- und Fortbildungsschule Bern rekrutiert.

Erfolgte die Rekrutierung der Teilnehmenden über die Hausärzte, wurden diese angewiesen, jeweils vier Patientinnen und Patienten möglichst nach folgenden vier Kriterien auszuwählen:

- 1 jüngerer Patient (unter 30-jährig), der erst seit Kurzem beim Hausarzt ist
- 1 älterer Patient (über 40-jährig), der erst seit Kurzem bei seinem aktuellen Hausarzt ist
- 1 jüngerer Patient (unter 30-jährig), der bereits seit einigen Jahren bei seinem aktuellen Hausarzt ist
- 1 älterer Patient (über 40-jährig), der bereits seit einigen Jahren bei seinem aktuellen Hausarzt ist.

Zudem wurden die Hausärzte gebeten, nach Möglichkeit zwei Frauen und zwei Männer für die Teilnahme an den Fokusgruppen zu motivieren.

3.1.3 Durchführung der Fokusgruppen

Mit Ausnahme derjenigen Fokusgruppe, die mit zweisprachigen Patientinnen und Patienten durchgeführt wurde, fanden die Gruppendiskussionen auf schweizerdeutsch statt. Die Fokusgruppen wurden immer vom gleichen Moderator geleitet. Er wurde dabei von einem Assistenten unterstützt, der selber nur sporadisch in die Diskussion eingriff. Ausserdem war eine studentische Mitarbeiterin anwesend, die sich Notizen machte, sich an der Diskussion aber nicht beteiligte.

Die sieben Fokusgruppen wurden alle am frühen Abend (zwischen ca. 18.15 und 20.00 Uhr) durchgeführt. Den Teilnehmenden wurde eine Aufwandsentschädigung von 100 Franken entrichtet. Vor und während der Diskussion wurden verschiedene Getränke und eine einfache Verpflegung (Sandwichs, Canapés) bereitgestellt.

Der Diskussionsverlauf wurde auf zwei digitale Aufnahmegeräte aufgezeichnet. Anschliessend wurden von den Diskussionen anonymisierte Gesprächsprotokolle angefertigt. Diese dienten als Grundlage für die anschliessende Gesprächsverlaufs- und Inhaltsanalyse, welche mittels der für die Auswertung qualitativer Daten



spezialisierten Software Atlas.ti erfolgte.

3.1.4 Die Zusammensetzung der Fokusgruppen

An den sechs Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten und der einen Fokusgruppe, die mit Hausärzten und einer Hausärztin durchgeführt wurden, nahmen insgesamt 41 Personen teil. Aus der nachfolgenden Tabelle wird ersichtlich, wann und wo die Fokusgruppen durchgeführt wurden, aus welchem Kontext die Teilnehmenden stammten, wie viele Personen an den jeweiligen Fokusgruppen teilnahmen und in welchem Altersspektrum sie anzusiedeln sind.

Tabelle 4: Zusammensetzung der Fokusgruppen

Datum	Ort	Kriterien	Alter	weibl. TN	männl. TN
11. 9. 2008	Olten	kleinstädtisch	48 – 72	5	3
16. 10. 2008	Zug	ländlich	19 – 72	2	3
23. 10. 2008	Zürich	Gruppenpraxis, grossstädtisch	28 – 86	1	3
29. 10. 2008	Zürich	Patientenorganisation	17 – 79	3	4
26. 11. 2008	La Neuveville	zweisprachig, welsche Perspektive	27 – 85	4	5
2. 12. 2008	Bern	junge PatientInnen	19 – 27	7	1
15. 9. 2008	Biel	Hausärzte	45 – 61	1	5

Aus den folgenden Abbildungen werden einige weitere Angaben zur Zusammensetzung der Fokusgruppen ersichtlich.

So kommt zum Beispiel aus der nachstehenden Abbildung 1 zum Ausdruck, dass an den Gruppendiskussionen, die mit Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden, Personen unterschiedlichsten Alters teilnahmen. Die meisten Teilnehmenden waren zwischen 40- und 59-jährig. Drei Teilnehmende waren 80-jährig oder älter, vier Teilnehmende waren jünger als 20 Jahre alt. Insgesamt kann also die Altersdurchmischung der durchgeführten Fokusgruppen als sehr zufriedenstellend beurteilt werden.



Abbildung 1: Alter der Teilnehmenden an den Patienten-Fokusgruppen

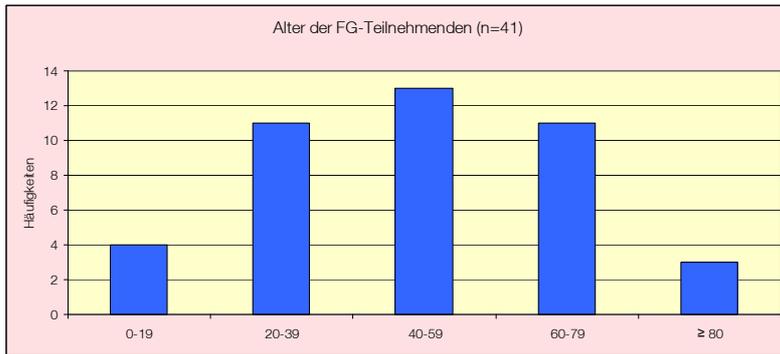
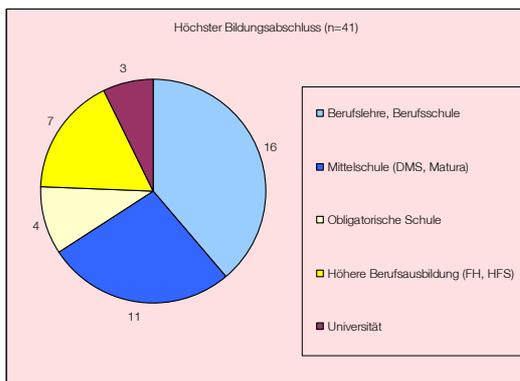


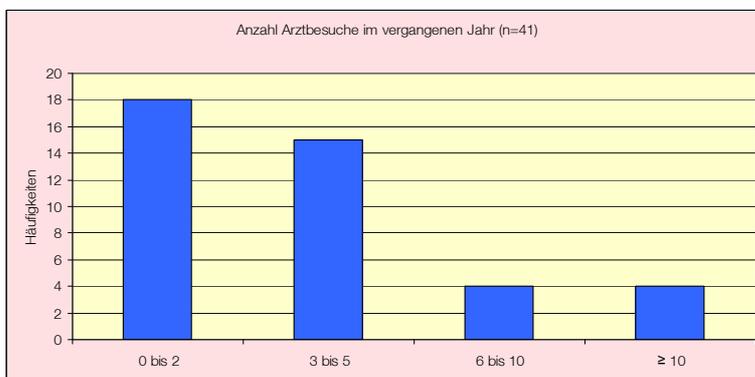
Abbildung 2 verdeutlicht, dass die Fokusgruppenteilnehmenden aus allen gesellschaftlichen Schichten stammten. Die meisten Teilnehmenden verfügten als höchsten Bildungsabschluss über eine Berufslehre oder eine abgeschlossene Berufsschule.

Abbildung 2: höchster Bildungsabschluss



Schliesslich wurden die Teilnehmenden gefragt, wie oft sie im vergangenen Jahr ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin aufgesucht hätten. Aus der nachstehenden Abbildung 3 wird ersichtlich, dass fast die Hälfte der Teilnehmenden nie oder höchstens zweimal bei ihrem Arzt oder ihrer Ärztin waren. Nur vier Teilnehmende gehören nach eigenen Angaben zur Kategorie von Patientinnen und Patienten, die ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin sehr häufig aufsuchen müssen.

Abbildung 3: Frequenz der Hausarztbesuche



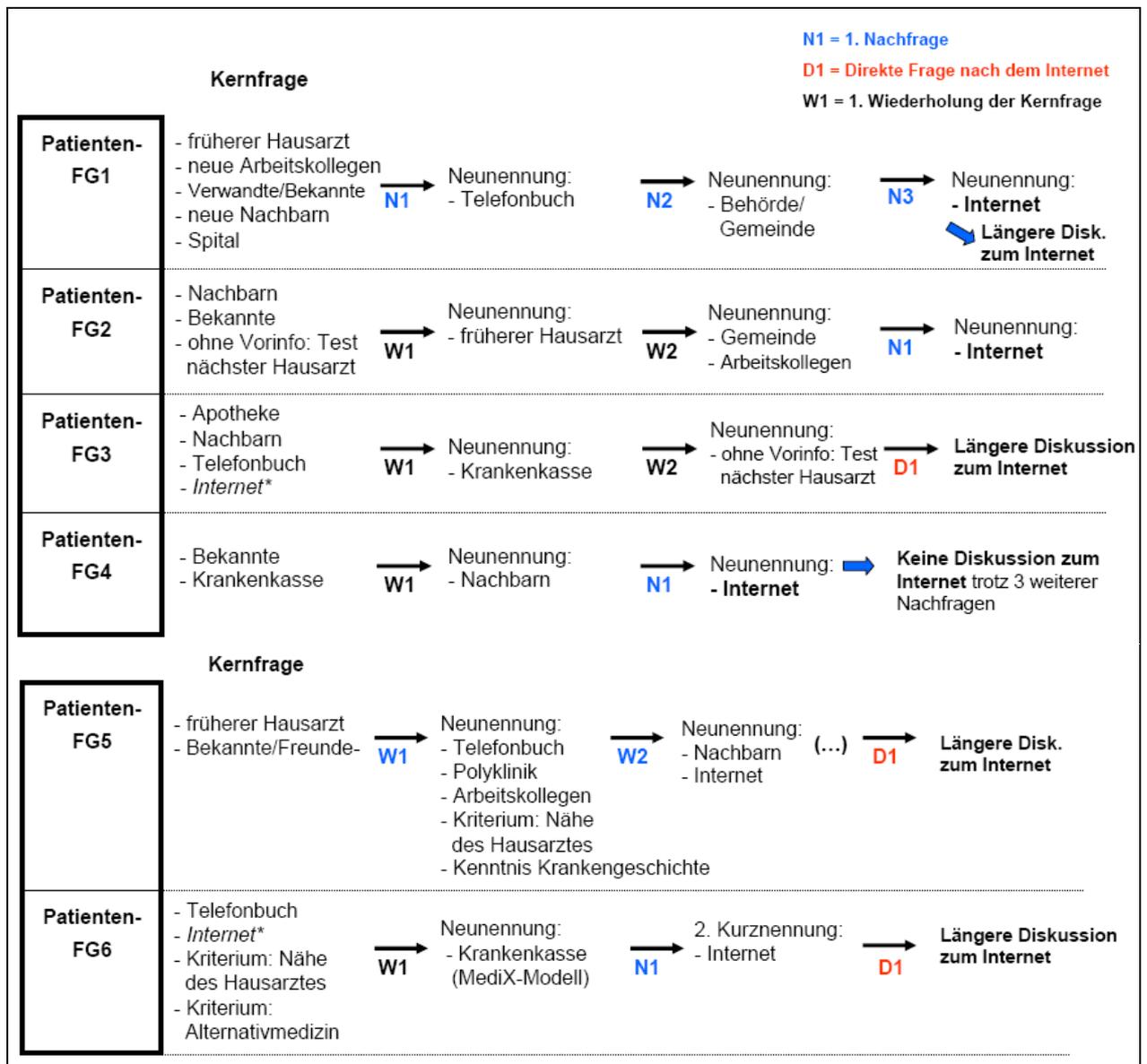


3.1.5 Die Auswertung der Fokusgruppen

Wie bereits erwähnt, wurden von allen Fokusgruppen Gesprächsprotokolle angefertigt. Um das umfangreiche Datenmaterial effizient bewältigen zu können, verwendeten wir die für die Auswertung qualitativer Daten spezialisierte Software Atlas.ti.

Die Auswertung der Gesprächsprotokolle erfolgte in einem zweistufigen Verfahren mittels einer Gesprächsverlaufs- und anschließenden Inhaltsanalyse. In der folgenden Abbildung wird die Gesprächsverlaufsanalyse anhand eines konkreten Beispiels (Kernfrage 2) demonstriert. Zur Erinnerung: Die Kernfrage 2 lautete folgendermassen: „Stellen Sie sich vor, Sie ziehen an einen anderen Ort, wo Sie noch niemanden kennen und müssen sich einen neuen Hausarzt suchen. Wie gehen Sie vor? Wie und wo informieren Sie sich? Was wollen Sie über den neuen Hausarzt wissen?“

Abbildung 4: Ausschnitt einer Gesprächsverlaufsanalyse





In den Zeilen der obenstehenden Abbildung sind die Angaben aufgelistet, die in den jeweiligen Patienten-Fokusgruppen (FG1 bis FG6) auf die Kernfrage 2 genannt wurden. In der Spalte Kernfrage ist aufgelistet, welche Informationskanäle von den Teilnehmenden spontan – also ohne weiteres Zutun des Moderators – genannt wurden. In der ersten Fokusgruppe wurden also beispielsweise genannt: der frühere Hausarzt, die neuen Arbeitskollegen, Verwandte und Bekannte, die neuen Nachbarn sowie das (nächstgelegene) Spital.

In Abhängigkeit von der Länge und dem Verlauf dieser ersten, offenen Antwortrunde (z.B. stockende Diskussion, Diskussion nicht fragerrelevanter Themen, etc.), wurde die Kernfrage durch den Moderator entweder ein- oder mehrmals wiederholt (W1, W2), oder es wurde eine allgemein formulierte Nachfrage (N1, N2, etc.) zu bereits genannten bzw. weiteren Informationskanälen gestellt, oder als letzte Variante, eine direkte Nachfrage (D1) zur Relevanz des Internets als Informationskanal gestellt.

Beim Auswertungsverfahren der Gesprächsverlaufsanalyse wird unter kognitionspsychologischen Gesichtspunkten davon ausgegangen, dass bei offenen formulierten Einstellungs-/Meinungsfragen (z.B. KF2, KF3a) bereits die Reihenfolge der genannten Aspekte und der Detaillierungsgrad der jeweiligen Nennungen für sich genommen eine relevante Aussage darstellen. Subjektiv als sehr wichtig erachtete Aspekte werden von den Diskussionsteilnehmenden zu einem früheren Zeitpunkt und zumeist detaillierter in die Diskussion eingebracht als Aspekte, die von geringem persönlichem Stellenwert sind. Die Analyse des Textmaterials greift diesen Mechanismus auf, indem – bei den offenen formulierten Einstellungs-/Meinungsfragen – vor der eigentlichen Inhaltsanalyse eine Auswertung des Gesprächsverlaufs vorgenommen wird.

In einem zweiten Schritt wurden die von den Teilnehmenden genannten Aspekte mittels einer auf einem codierenden Verfahren beruhenden Inhaltsanalyse genauer untersucht. In Bezug auf das Internet als Informationskanal wurde beispielsweise analysiert, welche Anforderungen die Teilnehmenden an das Internet stellen, welche Schwierigkeiten sie beim Internet sehen, usw.

Nachdem nun die einzelnen Schritte der methodischen Vorgehensweise erläutert wurden, werden im nächsten Kapitel die aus den Fokusgruppen erzielten Ergebnisse detailliert erläutert.

4 Ergebnisse

Der Ergebnisteil dieser Evaluation gliedert sich in drei thematische Schwerpunkte. Im ersten Unterkapitel wird der Frage nachgegangen, welche Informationen Patientinnen von ihren Hausärzten wünschen, und über welche Informationskanäle diese Informationen vermittelt werden sollen. Im zweiten Unterkapitel beschäftigen wir uns mit der Frage, welche Kriterien Patientinnen bei der Qualitätsbeurteilung von Hausärzten heranziehen. Im dritten Kapitel schliesslich geht es um die Frage, wie das Verhältnis Arzt/Patient von den Diskussionsteilnehmenden beurteilt wird. Konkret: wird die Beziehung des Patienten zu seinem Hausarzt in erster Linie als Dienstleistungsverhältnis wahrgenommen, oder geht es darüber hinaus?



4.1 Information: Was wollen Patienten von ihrem Hausarzt erfahren?

In der vorliegenden Evaluation steht die Frage im Vordergrund, welchen Informationsbedarf Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer Hausärztin oder einem Hausarzt haben. Um diese zentrale Evaluationsfragestellung in ihren verschiedenen Dimensionen erfassen zu können, wurde dieses Thema in den Gruppendiskussionen durch mehrere Fragen abgebildet. Einerseits interessierten wir uns dabei für jene Informationen, die PatientInnen *über* Hausärzte erhalten wollen, andererseits für die Informationen, die PatientInnen *von* Ärztinnen bekommen.

a) Informationen über den Hausarzt

Der Informationsbedarf von Patienten über Hausärztinnen wurde über die beiden Kernfragen 1 (retrospektiv) und 2 (prospektiv) abgefragt (vgl. Tabelle 3).

Die Kernfrage 1 („Wie sind Sie zu Ihrem Hausarzt gekommen? Was sind die Gründe gewesen, dass Sie Ihren jetzigen Hausarzt gewählt haben?“) bezweckt eine kurze Bestandesaufnahme, welche Kriterien und Umstände sowie Informationen über den Hausarzt oder die Hausärztin rückblickend als relevant für die Auswahl des derzeitigen Hausarztes betrachtet werden. Da die Sammlung von Faktoren völlig offen erfolgt (ohne Antworthinweise oder -vorgaben wie beispielsweise eine Liste möglicher Auswahlkriterien), werden bei dieser Frage nur subjektiv als sehr wichtig erachtete Faktoren genannt.

Die Kernfrage 2 („Stellen Sie sich vor, Sie ziehen an einen anderen Ort, wo Sie noch niemanden kennen und müssen sich einen neuen Hausarzt suchen: Wie gehen Sie vor? Wie und wo informieren Sie sich? Was wollen Sie über den neuen Hausarzt wissen?“) hat die Funktion – losgelöst von den faktischen Umständen einer früher erfolgten Auswahl des derzeitigen Hausarztes – Aussagen darüber zu gewinnen, welche Informationskanäle bei der Hausarztsuche präferiert und welche Informationen gewünscht werden. Die prospektiv angelegte Kernfrage 2 bietet somit, durch den Vergleich mit Kernfrage 1, eine direkte Gegenüberstellungsmöglichkeit von „Wunsch und Wirklichkeit“ bei der Hausarztsuche. Mit ihr kann die Diskrepanz von realen Kriterien in der Hausarztwahl (z.B. „ich bin beim Hausarzt meiner Eltern geblieben“) und idealtypischen Vorstellungen (z.B. „mein Hausarzt sollte nach Möglichkeit Alternativmediziner sein“) aufgezeigt werden. In einem Nachfrageteil konnten wenn nötig als zentral erachtete Aspekte, die im vorgängigen Diskussionsverlauf nicht oder nicht ausreichend thematisiert wurden, ergänzt bzw. vertieft werden (Nachfragen zu Kernfrage 2: „Sind die bestehenden Informationsmöglichkeiten ausreichend? Wie werden neue Informationskanäle (Internet) bewertet?“)

b) Informationen vom Hausarzt

Der Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten von ihren Hausärztinnen und Hausärzten wurde über die offen gestellte FG-Abschlussfrage („Welche Informationen erwarten Sie von ihrem Hausarzt; vor, während



und nach einer Behandlung?“ vgl. Tabelle 3) erhoben.

Falls von uns als wichtig erachtete Aspekte von den Patientinnen nicht von selbst genannt wurden, stellte der Moderator gezielt Nachfragen zum Stellenwert folgender Informationsbereiche:

- mündliche und/oder schriftliche Informationsvermittlung;
- Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung;
- Kostenübernahme durch Krankenkassen;
- Behandlungs- und Medikamentenkosten.

4.1.1 Wie Patienten zu ihrem Hausarzt gekommen sind

Im Anschluss an die hauptsächlich zwecks Gesprächsauflockerung eingesetzte Einstiegsfrage wurden die Diskutanten in einer bewusst kurz gehaltenen Gesprächssequenz gefragt, wie sie zu ihrem Hausarzt gekommen seien und welches die Gründe gewesen seien, dass sie ihren derzeitigen Hausarzt gewählt hätten.

Die inhaltsanalytische Auswertung der Diskussionsprotokolle zeigt auf, dass in den Retrospektiverzählungen der Patientinnen *allgemeine Kriterien* (Nähe der Arztpraxis, Sympathie zum Hausarzt etc.) sowie nicht zu beeinflussende *Umstände bzw. Ereignisse* (Ruhestand der bisherigen Hausärztin, neue Hausärztin bei einer Ferienvertretung kennengelernt), eng miteinander verworben sind.

Aus analytischen Überlegungen werden in den folgenden Erläuterungen zuerst die Umstände bzw. Ereignisse geschildert, die die Patientinnen zur Suche nach einer neuen Hausärztin veranlasst haben. Anschliessend werden die wichtigsten Kriterien genannt, die bei der Auswahl der derzeitigen Hausärztin eine entscheidende Rolle spielten. Umstände bzw. Ereignisse sowie Kriterien, die in der Gruppendiskussion nur ein einziges Mal genannt wurden, werden aufgrund ihres rein singulären Charakters nicht aufgelistet.

Als äussere Umstände, weshalb sich die Diskutanten gezwungen sahen, eine neue Hausärztin zu suchen, wurden am häufigsten drei Situationen geschildert. So führte in elf Fällen ein **Umzug** dazu, dass sich die Befragten einen neuen Hausarzt suchen mussten. Oder aber die Wahl eines neuen Hausarztes erfolgte aufgrund des **Ruhestandes** bzw. **Todesfalles** des früheren Hausarztes. Drei Fokusgruppenteilnehmende erwähnten, dass sie aufgrund eines **Notfalls** eher zufällig eine Hausärztin konsultierten und seit diesem Ereignis bei dieser Hausärztin geblieben seien.

Mit 22 Nennungen mit Abstand am häufigsten kam die Wahl des aktuellen Hausarztes aufgrund einer **persönlichen Empfehlung** zustande. Wie wir noch sehen werden (vgl. folgendes Kapitel), stellen Empfehlungen von persönlich bekannten Personen bei der Hausarztwahl denn auch die wichtigste Informationsquelle dar.

„Dann habe ich das mal systematisch angeschaut und dann habe ich eben gedacht, ja, jetzt gehe ich mal in der Apotheke fragen. Dann habe ich gedacht, wenn der Apotheker auch zu dem geht, dann ist es sicher ein guter Hausarzt. Und zu dem bin ich dann auch gegangen.“ (FG4, S. 2).



Verschiedentlich kam die Wahl eines Hausarztes eher pragmatisch zustande. Vier Diskutanten wählten ihren Hausarzt deshalb aus, weil bereits die **Eltern** oder andere **Verwandte** zu diesem Hausarzt gingen. In drei Fällen hielten die Patientinnen der **Nachfolgerin** ihres früheren Hausarztes die Treue.

Die inhaltsanalytische Auswertung der Fokusgruppen bringt eine weitere interessante Erkenntnis. So führten nur zwei Diskussionsteilnehmende die Unzufriedenheit mit ihrem ehemaligen Hausarzt als Grund für ihren Wechsel zu einem neuen Hausarzt an:

„Also mein Hausarzt ist einfach altersmässig...ich hatte mit der Zeit das Gefühl, als hätte er ein wenig abgegeben. Und er wurde auch mit den Patientendossiers nachlässig und als Persönlichkeit, also...es hatte komische Facetten.“ (FG5, S. 3).

„Der letzte Hausarzt hat eine schlechte Diagnose gegeben und dann durch eine Kollegin von der Spitex, sind wir zu diesem Arzt gekommen.“ (FG5, S. 2).

Betrachtet man die Angaben der Diskussionsteilnehmenden in der Zusammenschau, so spielten bei der Wahl des momentanen Hausarztes hauptsächlich drei Kriterien eine entscheidende Rolle: die Nähe der Arztpraxis zur eigenen Wohnung, die Verfügbarkeit des Hausarztes sowie die Tatsache, dass die ganze Familie denselben Hausarzt konsultieren kann.

- **Nähe der Arztpraxis:** dieses Kriterium war bei der Wahl des aktuellen Hausarztes in allen Fokusgruppen von grosser Bedeutung. Auch die Hausärzte sind sich durchaus bewusst, dass dieses Kriterium bei ihren Patienten hohe Priorität besitzt:

„Ich denke ein Stückweit ist es geographisch bedingt. Also ich habe z.B. viele Leute aus der Umgebung, die nächste Strasse oder so.“ (FG Hausärzte, S. 2).

- **Verfügbarkeit des Hausarztes:** für viele Diskutanten stellt die Disponibilität ein weiteres wichtiges Kriterium für die Wahl ihres derzeitigen Hausarztes dar. Wenn die Öffnungszeiten der Arztpraxis an die Arbeitszeiten der Patientinnen angepasst sind, wenn in den Ferien Vertretungen organisiert werden, dann handelt es sich dabei um Kriterien, die bei der Auswahl der Hausärztin eine wichtige Rolle spielen. Dies wird übrigens auch von den Hausärzten so wahrgenommen. Gerade von Patientinnen von Gruppenpraxen wurde dieses Kriterium für die Wahl ihrer momentanen Hausärztin häufig vorgebracht:

„Ich bin hierhergezogen, habe unregelmässig gearbeitet, hier ein Stockwerk weiter unten und habe eigentlich niemanden gekannt. Es waren alle Ärzte neutral. Bedingung war, dass er möglichst nahe ist, dass er wirklich flexibel auf meine Arbeitszeit eingehen kann. Und was es damals noch hatte, das war ideal, er hatte noch einen Partner. Das heisst, er hatte nie Ferien in der Praxis. Also ganz rationale Gründe.“ (FG1, S. 2).

„Ja, sicher in erster Linie die Disponibilität. Also das erlebe ich immer wieder, dass das ein Punkt ist. Wie lange hat man offen, wann ist man erreichbar? Wann hat man Sprechstunde? Das ist wichtig, vor allem für die die arbeiten.“



Randstunden offerieren, am Morgen früh anfangen und so. Das sind Punkte, die sehr positiv aufgenommen werden.“ (FG Hausärzte, S. 6).

- **Ganze Familie kann zum gleichen Hausarzt:** auch dieses Kriterium wird in einigen Voten als wichtig erachtet. Die Diskutanten schätzen es, wenn sämtliche Familienangehörigen zum selben Hausarzt gehen können. Dies hat den Vorteil, dass der Hausarzt nach einer gewissen Zeit die (Kranken-) Geschichte der ganzen Familie kennt.

Neben diesen drei zentralen Kriterien wurde in drei Gruppendiskussionen zusätzlich das Angebot von **Hausbesuchen** als wichtig für die Auswahl des momentanen Hausarztes genannt. Offenbar hat dieses Kriterium gerade bei älteren Personen eine gewisse Bedeutung.

„Vor allem wenn er auch nachhause käme, wenn etwas nicht gut ist. Also dass muss man ja auch schauen heute, oder. Vielleicht die jungen Leute noch nicht so, aber...“ (FG5, S. 3).

Weitere Kriterien, die in den Patienten-Fokusgruppen – allerdings nur jeweils einmal – genannt wurden, waren: Gewissenhaftigkeit, gute Ausbildung, sympathischer Eindruck, Geschlecht.

Dass das **Geschlecht** bei der Auswahl der Hausärztin eine gewisse Rolle spielen kann, wurde auch in der Ärzte-Fokusgruppe vermutet:

„Bei mir ist es vielleicht noch ein wenig spezieller, weil ich eine Frau bin. Also es sind ja wahrscheinlich etwa 65% Frauen und der Rest sind Männer.“ (FG Hausärzte, S. 2).

Zusätzlich wurde in der Ärzte-Fokusgruppe auf die **Sprachkompetenz** als potentiell Auswahlkriterium für eine Hausärztin hingewiesen.

4.1.2 Informationskanäle, die Patienten bei der Hausarztsuche nutzen

Die wichtigsten Ergebnisse der Gesprächsverlaufsanalyse wurden in Abbildung 4 bereits dargestellt. Zusammenfassend kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass **Empfehlungen von persönlich bekannten Personen** – allen voran Verwandte, Bekannte und Freunde – bei der Informationsbeschaffung über einen neuen Hausarzt die wichtigste Informationsquelle darstellen. Auch Empfehlungen von **Institutionen** wie Apotheken, Spitäler, Krankenkassen und kommunale Verwaltungsstellen werden sehr bald im Gesprächsverlauf in Betracht gezogen. Ein grosser Stellenwert kommt auch der „klassischen Informationsquelle“, dem **Telefonbuch**, zu.

Das **Internet** wird zwar in zwei von sechs Patienten-Fokusgruppen früh im Diskussionsverlauf erwähnt, jedoch bleibt es bei einer blossen stichwortartigen Nennung. Umfangreiche Wortmeldungen mit Angaben darüber, wie das Internet als Informationskanal zur Hausarztsuche genutzt wird bzw. genutzt werden könnte oder welche Relevanz diesem Medium zugeschrieben wird, fehlen gänzlich. Erst nach Wiederholen der Kern-



frage oder (mehrmaligen) Nachfragen kommt in vier von sechs Fokusgruppen eine längere Diskussion zu Rolle, Stellenwert und Anspruch an Internetangebote bei der Hausarztsuche in Gang. Offenbar genießt also das Internet als Informationsgewinnungsinstrument bei der Hausarztsuche nur einen geringen Stellenwert. Eine Einschätzung, die auch von den befragten Ärzten vertreten wird:

„Es hatte mal so einen einzelnen der gesagt hat, er sei auf meiner Internetseite gewesen, aber das ist dann schon die grosse Ausnahme.“ (FG Hausärzte, S. 3).

Die inhaltsanalytische Betrachtung der sieben Fokusgruppen korrespondiert mit den durch die Gesprächsverlaufsanalyse gewonnenen Ergebnissen. Am häufigsten wenden sich Patientinnen und Patienten bei der Suche nach einer neuen Hausärztin an **persönlich näher bekannte Personen** (allen voran an Verwandte, Freundinnen, Bekannte sowie Arbeitskolleginnen, zum Teil aber auch an die frühere Hausärztin). Interessanterweise fällt die inhaltliche Bewertung dieser Informationsmöglichkeit fast durchweg neutral aus. Das heisst, die Aussagen enthalten keine expliziten Qualifizierungen im Sinne von z.B. „am meisten würde ich der Empfehlung von XY vertrauen“.

Auch in der Ärzte-Fokusgruppe überwiegt die Einschätzung, dass Patienten bei der Hausarztsuche auf persönliche Empfehlungen vertrauen. So äussern sich fünf der sechs an der Diskussion beteiligten Hausärzte z.T. länger über den Stellenwert der Mund-zu-Mund-Propaganda als Informationsquelle:

„Ich denke gerade am Arbeitsplatz: kennst du jemanden, zu wem gehst du, kennst du jemanden der gut ist? Also wieder Mund-zu-Mund-Propaganda, aber nicht über Verwandte, sondern halt über Arbeitskollegen.“ (FG Hausärzte, S. 4).

Als weitere Informationsquelle bei der Suche nach einem neuen Hausarzt wurden häufiger genannt **Institutionen des Gesundheitswesens** (Spitäler, Krankenkassen) sowie das Telefonbuch. An die Krankenkassen wenden sich die Patienten hierbei nicht unbedingt deshalb, weil sie diese Institution als besonders vertrauenswürdig erachten, sondern vielmehr aus Kostenüberlegungen. Drei von vier Patienten, die sich bei der Suche nach einem neuen Hausarzt an ihre Krankenkasse wenden würden, sind Mitglied eines Hausarztmodells oder haben die Absicht, Mitglied zu werden.

„Also ich weiss dass bei uns, bei einer Krankenkasse gibt es zur Auswahl auch Ärzte, die...irgend etwas ist dann günstiger, wenn man die nimmt, die sie aufgelistet haben. Also dann würde ich sicher auch dort mal nachfragen, ob jetzt vielleicht einer von dieser Liste in meiner Nähe ist. Falls nicht, käme einer der in der Nähe ist eher in Frage, als einer der auf der Liste ist. (FG7, S. 6).

In mehreren Fokusgruppen wurde bereits früh im Diskussionsverlauf das **Telefonbuch** als potentielle Informationsquelle genannt. Jedoch wurde dieser Informationsträger meist mit gewissen Einschränkungen attribuiert. So wurde etwa auf die geringe Informationstiefe dieses Mediums hingewiesen. Das Telefonbuch wird eher in einem akuten Notfall konsultiert, wenn „auf die Schnelle“ und eher zufällig ein Hausarzt benötigt wird.



„Also ich würde das Telefonbuch nehmen und dann schauen, aha, normaler Arzt, also Allgemeinarzt...ja, klingt sympathisch, würde ich schon noch gehen, ja...Ja, was will man machen, wenn man keine andere...“ (FG3, S. 9)

Die **geringe Relevanz- und Vertrauenszuschreibung an das Internet** bei der Suche nach einer neuen Hausärztin hat sich bereits in der Gesprächsverlaufsanalyse angedeutet. In der Inhaltsanalyse wird dieser Trend auf mehreren Ebenen sowohl inhaltlich wie auch sprachlich akzentuiert. So finden sich in allen Fokusgruppen zahlreiche Diskussionsbeiträge, die durch sprachliche Marker (insbesondere durch Ausdrücke wie „vielleicht“, „irgendwie“, etc.) und/oder explizite inhaltliche Aussagen Unsicherheit bzw. Skepsis in Bezug auf das Internet zum Ausdruck bringen. Diese Unsicherheit wird an verschiedenen Aspekten festgemacht:

- Nutzen des Internets bei der Hausarztsuche: generell wird der Nutzen des Internets bei der Suche nach einer neuen Hausärztin in Frage gestellt. Wenn, dann würden die Teilnehmenden im Internet eher eine Fachärztin denn eine Hausärztin suchen wollen:

„Also wenn ich jetzt einen Spezialisten für irgendwas bräuchte, wenn ich schlimm krank wäre und sagen würde, ich lasse das nicht hier in X behandeln sondern hier, ich weiss nicht, nach Deutschland oder sonst wohin, dann würde ich schon im Internet suchen. Aber für den Hausarzt nicht. Das wäre mir irgendwie nicht...weiss nicht, wäre mir persönlich wahrscheinlich nicht wichtig genug. Also, ich habe immer den Eindruck, zum Hausarzt geht man ja nicht mit irgendwas, also wirklich schlimmem.“ (FG6, S. 6)

Zudem erwarten die Befragten vom Internet zunächst nicht wesentlich mehr als von einem Telefonbuch; im Gegensatz zu diesem in elektronischer Form und mit zusätzlichen Angaben über den Praxisstandort.

- Kenntnis der bestehenden Internetangebote: Die allermeisten Diskussionsteilnehmenden sind ausgesprochen schlecht darüber informiert, welche Internetangebote bei der Hausarztsuche überhaupt genutzt werden könnten. Nur eine einzige Person nannte explizit das entsprechende Angebot der FMH. Der geringe Kenntnisstand – auch bei jüngeren Diskutanten – hat zur Folge, dass oft unklar ist, wie bei der Hausarztsuche im Internet überhaupt vorgegangen werden könnte:

„Ja, würde ich vielleicht unter Umständen auch mal schauen und ich weiss nicht, vielleicht mal bei google eingeben oder so. Ob man dort irgend etwas findet. Ob es da halt irgendeine Seite gibt, wo andere Personen Ärzte bewerten oder ob man vielleicht irgend so etwas findet. Das könnte ich mir noch vorstellen.“ (FG5, S. 5).

- Seriosität bzw. Zuverlässigkeit der Angebote: viele Diskussionsteilnehmende zweifeln daran, dass die im Internet vorzufindenden Informationen von einer seriösen, zuverlässigen Quelle stammen und begegnen deshalb den entsprechenden Informationen mit gewissen Vorbehalten:

„Also ich würde es, glaube ich, eher anschauen um mich zu amüsieren. Aber nicht, um mich darauf zu verlassen. Weil, also auf „Comparis“ kann man ja z.B. Krankenkassen-Bewertungen anschauen und das ist immer so undifferenziert beschrieben, dass das für mich dann wie keine Bedeutung hat.“ (FG7, S. 8).



Als Ergänzung zu diesen recht allgemeinen Beurteilungen des Internets wurden die Teilnehmenden aller sechs Patienten-Fokusgruppen in einem speziellen Nachfrageteil gebeten, nähere Angaben zum Internet zu machen. Ziel war es auf diese Art und Weise eine Art grobes Wunschbild guter und hilfreicher Internetangebote (unabhängig, ob diese bereits existieren und nur nicht bekannt sind oder neu zu entwickeln wären) zu zeichnen. Dabei zeigte sich, dass sich Patientinnen und Patienten im Internet hauptsächlich Informationen zu „facts and figures“ wünschen. Durch Patienten vorgenommene Bewertungen der Hausärzte werden von einer Mehrheit der Diskutanten hingegen als problematisch erachtet.

„Also ich finde, es kommt auch darauf an, wie es aufgebaut ist. Also, nach welchen Kriterien und wer es bewertet hat. Und wenn man das nicht sieht, dann wäre es kein Thema für mich, mich auf diese Bewertungen zu verlassen. Also wenn da dann einer zehn Mal sagen kann, der sei schlecht gewesen oder der sei super gewesen...Also, ich glaube ich würde das nicht ernst nehmen. Vielleicht anschauen, so aus Neugier, aber nicht im Sinn von...auf der Suche. Weil, ich weiss ja auch nicht, was für Leute das gewesen sind und ob die das gleiche wie ich gesucht haben oder nicht.“ (FG7, S. 8).

„Aber dort [im Internet] könnte man ja auch nur Fakten hineintun. Da kann man ja nicht sagen, er ist besonders einfühlsam oder so. Da kann man nicht wie eine Hotelbewertungsseite machen oder so. [...] Von dem her finde ich das Internet für Fakten tiptop aber eben für das das man spüren will, oder? Für das nützt es vielleicht weniger, oder?“ (FG1, S. 8).

Zusammengefasst sind es lediglich sechs Merkmale bei denen Patientinnen einen Informationsbedarf ausmachen, der im Internet abgedeckt werden könnte: das Alter des Hausarztes; dessen Sprachkenntnisse; Angaben zum Praxisteam; die Lage und Erreichbarkeit der Praxis (z.B. ÖV-Anbindung, Anzahl Parkplätze); die Öffnungszeiten und Verfügbarkeit sowie das Angebot von Hausbesuchen.

Die Diskussionsteilnehmenden äusserten zudem den Wunsch, dass eine mit den oben beschriebenen Informationen ausgestattete Website möglichst einfach und übersichtlich gestaltet sein sollte.

4.1.3 Informationen, die Patienten von ihrem Hausarzt erwarten

Die zunächst offen gestellte Frage, welche Informationen Patientinnen vor, während und nach einer Behandlung von ihren Hausärztinnen erwarten, bildete die Abschlussfrage in den sieben Fokusgruppen. Die im offenen Diskussionsteil auf diese Frage genannten Aspekte können folgendermassen zusammengefasst werden: Patienten wünschen eine schnelle (sobald Untersuchungsergebnisse vorliegen), ehrliche, offene und verständliche Aufklärung zur gestellten Diagnose sowie zu den Wirkungen und allfälligen Risiken vorgesehener Behandlungen und Medikationen. Patientinnen erwarten von ihrer Hausärztin, dass sie Behandlungsalternativen aufzeigt und zur Entscheidung stellt. Zudem wollen Patientinnen über den Behandlungszeitraum und den nächsten Arzttermin informiert werden.

„Einfach genau informiert werden, ich will wissen, was für eine Krankheit dass ich habe. Wenn man mich weiter-schickt will ich wissen, warum dass ich zu einem Spezialisten gehen muss. Was die Folgen sind, wenn ich nicht zu



ihm gehe, oder? Ich will die Wahl haben, ob ich weitermachen will oder nicht. Und darum muss mir der Hausarzt genau sagen, du gehst zum Spezialisten aus diesem und diesem Grund. Wenn du nicht gehst, könnte das oder das passieren. Kontrollieren wir zuerst...usw. Also die bestmögliche Information.“ (FG6, S. 18).

Die Auswertung der Ärzte-Fokusgruppe macht deutlich, dass die Informationsbedürfnisse und die daran geknüpften Erwartungen der Patienten den Hausärzten durchaus bewusst sind. Jedoch gehen die Hausärzte davon aus, dass sie diese Erwartungen nicht immer zu befriedigen vermögen.

„Sie erwarten eigentlich klar eine Beurteilung, also Diagnose, Beurteilung und dann erwarten sie einen Behandlungsplan. [...] Also es tönt sehr banal, aber wenn man unter Zeitdruck ist, vergisst man manchmal mitzuteilen was sie haben und ist schon beim Behandlungsplan. Und dann wenn sie draussen sind fragen sie bevor sie gehen, was habe ich eigentlich?“ (FG Hausärzte, S. 21).

Von einem Patienten kommt der interessante Hinweis, dass die Hausärztin ihre Informationen durch Zeichnungen oder anhand eines Modells veranschaulichen sollte. Dieser Hinweis wird auch in der Ärzte-Fokusgruppe gegeben:

„Man muss sie jetzt wirklich auch aufklären über...je nach dem was für eine Diagnose das man hat, über das Krankheitsbild. Also man macht halt irgendeine Zeichnung oder gibt eine Broschüre ab oder zeigt etwas. Also dass sie sich auch etwas vorstellen können. Und man sollte vielleicht etwas mitgeben. So in der Sprechstunde nimmt man ja sehr wenig auf oder? Das ist auch bekannt. Wir haben ja immer das Gefühl, wir erklären ja alles und so. Und das wird so „fotorisiert“ die sind selber in so einem Stress, dass sie sehr wenig aufnehmen. Und wir haben immer das Gefühl, wir haben es ja erklärt.“ (FG Hausärzte, S. 21).

Im Anschluss an den offen gehaltenen Diskussionsteil wurden gezielt Nachfragen zu folgenden Aspekten gestellt:

- mündliche/schriftliche Informationen;
- Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung;
- Kostenübernahme durch Krankenkassen;
- Behandlungs- und Medikamentenkosten.

Der Aspekt, ob Informationen durch die Hausärztin mündlich oder schriftlich vermittelt werden, besitzt für eine Mehrheit der Teilnehmenden keinen besonderen Stellenwert. In den Wortbeiträgen werden die Vor- und Nachteile einer schriftlichen Information gegeneinander abgewogen. Ausserdem differenzieren die Patienten in ihrer Einschätzung, ob schriftliche Informationen wünschenswert seien, je nachdem welche Erkrankung vorliegt und, ob es sich um Informationen seitens eines Haus- oder Facharztes handelt.

„Auch schriftlich, das hängt von der Krankheit ab, aber besonders wenn man über diesen zu einem Spezialisten gegangen ist. Da finde ich es gut, wenn man die Information von dem Spezialisten vom Hausarzt zurückerhält. Es gibt sicher Details, die nicht wichtig sind, also die man mündlich nicht erhält.“ (FG6, S. 18).



Als Selbstverständlichkeit wird erachtet, dass die Hausärzte das Patientendossier aushändigen, wenn beispielsweise ein Umzug erfolgt oder ein Auslandsaufenthalt geplant ist.

Auch in der Ärzte-Fokusgruppe wurde die Art und Weise der Informationsvermittlung nur kurz behandelt. Zwei Hausärzte berichten davon, dass sie zunehmend um Kopien von Laborwerten und (seltener) auch Arztberichten gebeten werden. Dies hat wohl auch damit zu tun, dass die Patienten im Internet weitere Nachforschungen zu ihrer Erkrankung unternehmen wollen. Wie wir bereits in Kapitel 4.1.2 aufzeigten, nutzen Patienten das Internet eher als Informationsmedium zu Krankheiten und deren Behandlungsmöglichkeiten denn zur Suche nach einem Hausarzt.

In Bezug auf Kostenfragen erwarten Patientinnen von ihren Hausärzten hauptsächlich eine **Aufklärung über entstehende Kosten** (insbesondere, was den Eigenanteil betrifft) und ein gewisses **Kostenbewusstsein**. Gerade bei Medikamenten, die von der Krankenkasse nicht oder nur zu einem Teil übernommen werden, wird ein Hinweis auf bzw. das Verschreiben von Generika von den meisten begrüsst.

„Die Krankenkasse zahlt ja viele Medikamente nicht mehr, zumindest nicht viel, wenn man nicht Generika nimmt, oder. Und darum finde ich es schon wichtig, wenn der Arzt das sagt, oder. Und dass man wirklich nur diese Medikamente...wenn er sagt, du musst das haben...und ich weiss nicht...Die Offenheit vom Arzt muss einfach da sein. Und dass er auch das vom Preis sagt.“ (FG3, S. 38).

„Ich muss sagen, bei mir ist der Preis auch wichtig, weil, wir müssen zehn Prozent davon bezahlen. Und 10% von zehn Franken oder von hundert ist nicht das gleiche. Und auch die anderen Sachen, für mich ist das Wichtigste, werden diese Medikamente von der KK erkannt, oder nicht? Das heisst, werden mir die 90% von der Krankenkasse bezahlt oder muss ich alles alleine bezahlen? Nicht dass ich dann die Überraschung erst mit der Rechnung erhalte.“ (FG6, S. 19).

In Bezug auf die Medikamentenkosten wird aber von zahlreichen Patienten betont, dass sie im Zweifelsfalle durchaus bereit sind, für Medikamente auch mehr Geld auszugeben, gerade für solche aus dem komplementärmedizinischen Bereich, die von der obligatorischen Grundversicherung nicht übernommen werden:

„Und jetzt bei alternativer Medizin ist es meistens so, dass die Krankenkasse solche Medikamente nicht übernimmt, das ist mir auch bewusst. Aber mir ist dann wichtig, dass dann schlussendlich das Endresultat stimmt. Und um so schneller dass ich meine Krankheit weg habe, um so weniger Kosten habe ich auch beim Arzt. Also dann gebe ich lieber mal für eine Tablette 50 Fr. aus anstatt 12 Fr. und dafür nützt es dann auch. Aber es kommt dann auch immer ein wenig darauf an. Aber ich finde es auch noch schlau, wenn der Arzt eben irgendwie Vergleiche machen kann, eben, entweder können Sie das nehmen, das kostet so viel, wir haben ein Generika, das so, oder wir haben die chinesische Medizin z.B. und da sind die Preise halt vorgegeben, oder. Weil die einfach nicht übernommen werden von der Krankenkasse oder allgemein so Alternativmedizin. Behandlungen auch. Das finde ich eigentlich auch ein wenig schade. Also meine Krankenkasse zahlt jetzt einen Teil, aber ich finde, es wäre eigentlich schön, wenn Komplementärmedizin eigentlich wieder in der obligatorischen KK drin wäre.“ (FG7, S. 23).



Diese Ausführungen zeigen, dass sich Patienten durchaus Gedanken über die Kostenfolgen ihrer gesundheitlichen Versorgung machen. Im Gegensatz zur Selbsteinschätzung der Patienten halten die befragten Hausärzte das allgemeine Kostenbewusstsein ihrer Patienten als viel geringer. Zudem wird teilweise auch die Konsumhaltung der Patienten kritisiert, die offenbar bei Patienten mit einer tiefen Franchise und entsprechend hohen Prämien stärker ausgeprägt ist als bei anderen.

„Aber genau was du gesagt hast, das Kostenbewusstsein ist...ich denke dass wir sechs, die da sitzen ziemlich bewusst mit Geld umgehen und Gesundheitskosten und das den Leuten auch so kommunizieren. Aber ich empfinde es auch so. Ich bin es immer, der anfängt, vom Geld zu sprechen. Eben gerade wenn teure Untersuchungen wie eine Magnetresonanz, Tomographie und so verlangt werden, wo schnell mal 1000 Franken kosten und so. Und das ist den Leuten eigentlich ein wenig egal.“ (FG Hausärzte, S. 22).

Da die Transparenz der Kostenaufstellung bei der Rechnungsstellung in keiner Fokusgruppe von selbst angesprochen wurde, hat der Moderator in der fünften Fokusgruppe dieses Thema explizit zur Diskussion gestellt. Mit dem interessanten Ergebnis, dass die Kostenaufstellung als kaum überprüfbar geschildert wird. Diese Einschätzung führt jedoch nicht zu Unzufriedenheit. Die Patienten vertrauen vielmehr den abrechnenden Ärzten und gehen davon aus, dass die Rechnungen von den Krankenkassen überprüft werden.

„Es ist wenig transparent, da sind irgendein paar Codenamen und sonst ein paar Codes, mit denen ich nichts anfangen kann. So dass eigentlich diese Arztrechnung immer ein wenig undurchsichtig ist, für mich.“ (FG5, S. 18).

„ich schaue die Rechnung eigentlich auch nicht gross an. Vielleicht ein wenig naiv, aber ich vertraue dem Arzt vielleicht...ich weiss es nicht.“ (FG5, S. 19).

Die Informationsbedürfnisse der Patienten hinsichtlich der Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten wurden nur in drei Fokusgruppen zur Diskussion gestellt. Dabei wurde kritisiert, dass nicht alle Hausärztinnen zu den Risiken und Nebenwirkungen aufklären würden. Zahlreiche Patienten berichteten, aus Angst Packungsbeilagen gar nicht erst zu lesen. Deshalb sei es wichtig, dass der Hausarzt auf der Grundlage seines Erfahrungsschatzes **über relevante Nebenwirkungen informiere**. Aus Patientensicht wird Aufklärung insbesondere dann zentral, wenn mehrere Krankheitsbilder vorliegen und eigentlich nur die Hausärztin Interaktionen zwischen den verschriebenen Medikamenten und anderen Erkrankungen bzw. anderen Medikamenten abschätzen kann.

„wenn ja ein Patient zum Hausarzt geht und er ist vielleicht auf verschiedene Art...also er hat Asthma und hat dann auch noch ein Herzproblem. Da sollte er schon wissen, dass das Medikament nicht gut ist, wenn er Asthma hat oder so. Auf solche Sachen sollte er schon ein wenig schauen, finde ich, oder. Also nicht dass ich, wenn ich dann zuhause bin, lese, ja, ich bin ja Asthmatiker und das ist ja schlecht für Asthmatiker, oder. Dann muss ich ihn anrufen und sagen....also, solche Sachen sollte er eigentlich...er kennt ja den Patienten, also er sollte ja wissen, was drin liegt, oder.“ (FG5, S. 16).

Ein Diskutant schliesslich erachtet es als wünschenswert, wenn der Hausarzt auch über die Möglichkeit des Einsatzes von alten Hausmitteln informieren würde.



4.2 Qualität: was macht einen guten Hausarzt aus?

Um in Erfahrung zu bringen, was Patienten unter einem guten Hausarzt verstehen, wurden den Diskussions teilnehmenden im Verlaufe des Gesprächs zwei Fragen gestellt. Dabei bezweckte die Kernfrage 3a („Was macht für Sie einen guten Hausarzt aus?“) eine aktive Nennung von Merkmalen und Kriterien für eine gute Hausärztin. In der Kernfrage 3b („Was müsste Negatives passieren, damit Sie Ihren Hausarzt wechseln?“) wurde die Fragerichtung umgekehrt. Durch die Vorgabe eines möglichst allgemeine formulierten „Worst Case Scenario“ sollte eruiert werden, welche konkreten Anlässe oder allgemeinen Kriterien erfüllt sein müssen, damit Patienten das Vertrauen in die Qualität der hausärztlichen Behandlung verlieren.

In den beiden folgenden Unterkapiteln werden die Antworten, die in den Fokusgruppen auf diese beiden Fragen gegeben wurden, analysiert.

4.2.1 Qualität von Hausärzten aus Sicht der Patienten

Die Frage, was einen guten Hausarzt ausmacht, wurde den Diskussionsteilnehmenden zunächst offen gestellt. Erst im Anschluss an diesen offenen Diskussionsteil wurden gezielt Nachfragen zu den vier Kriterien Fachlichkeit, Atmosphäre, Infrastruktur sowie Service gestellt (vgl. Tabelle 1). Im Folgenden werden zuerst diejenigen Qualitätsmerkmale aufgeführt, die auf die offen gestellte Frage genannt wurden.

Mit Abstand am häufigsten (elf Nennungen) bezeichneten die Patientinnen den Aspekt, **sich Zeit nehmen** als ein sehr wichtiges Qualitätskriterium. Dieses Ergebnis korrespondiert mit der Gesprächsverlaufsanalyse, mit der aufgezeigt werden kann, dass dieses Kriterium von vielen Patientinnen häufig gleich zu Beginn dieses Diskussionsteils genannt wurde.

„Also für mich wäre der wichtigste Punkt, dass er sich auch Zeit nehmen kann! Also was für mich ein sehr schlechter und negativer Punkt wäre, wäre ein Massenbetrieb. Also dass das Wartezimmer schon voll ist, dass dann der Dr. quasi in zwei drei Zimmer wie gleichzeitig operiert und mal ist er bei einem Patienten und dann muss er rasch weg zum nächsten und so. Das heisst, dass man das Gefühl bekommt, der drückt so viele Patienten wie nur möglich durch den Tag durch. Das wäre für mich ein Grund den Arzt wieder zu wechseln. Also, dass ich das Gefühl habe, ich komme als Individuum dorthin und er kann sich die Zeit nicht nehmen, mich individuell zu behandeln.“ (FG4, S. 9).

Auch in der Ärzte-Fokusgruppe wurde von allen Ärzten vermutet, dass das Kriterium des „sich Zeit Nehmens“ bei den Patienten einen sehr grossen Stellenwert besitzt. Allerdings wurde in dieser Diskussionsrunde darauf hingewiesen, dass für Patienten womöglich weniger die für sie eingesetzte absolute Zeit, als vielmehr die ihnen entgegengebrachte **Aufmerksamkeit** und die **Präsenz** des Hausarztes bei der Behandlung des Patienten von Relevanz sei:



„Das mit der Zeit muss man vielleicht gar nicht mal so absolut sehen. Man muss sich nicht nur einfach Zeit nehmen. Man muss einfach in dem Moment, wo der Patient bei einem ist, muss man voll für ihn da sein. Und ob es dann fünf Minuten ist oder zehn, das ist dann vielleicht weniger wichtig. Man muss dann einfach ein wenig auf den Patienten eingehen können und so. Und nicht dieses und jenes machen und Telefon und so.“ (FG Hausärzte, S. 8).

Dass der Zusammenhang zwischen zur Verfügung gestellter Zeit und entgegengebrachter Aufmerksamkeit von grosser Bedeutung ist, wird auch in den Patienten-Fokusgruppen evident. Mehrfache Nennungen von Aspekten wie *Interesse haben* oder *vor allem zuhören*, aber auch *sich zwischenmenschlich wohl fühlen* und *miteinander reden können* weisen darauf hin, dass eine gute **Interaktion** zwischen Hausarzt und Patient in den Augen der Patienten ein zentrales Qualitätsmerkmal darstellt.

„Bis jetzt war ich immer zufrieden, sie hören zu, was man sagt, sie nehmen sich Zeit, sie schauen nicht auf die Uhr...jetzt muss der nächste kommen. Sie hören zu...keine Abfertigung, der nächste kommt schon wieder raus. Sie müssen sich Zeit nehmen und zuhören, Interesse haben, an dem was man sagt.“ (FG4, S. 9).

„Ja, das ist eben schon wichtig. Eben, dass man mit ihm reden kann und dass er sich Zeit nimmt und eingeht. Nicht einfach nur gerade schnell untersucht und macht und gerade ein Medikament gibt, sondern, dass man miteinander redet.“ (FG3, S. 12).

Patienten verlangen also von ihrer Hausärztin, dass sie sich Zeit nimmt, dass sie präsent ist und dass sie die Anliegen ihrer Patienten ernst nimmt. Dieser letzte Aspekt wurde sechsmal erwähnt.

„Also für mich ist es sicher das Gefühl ernst genommen zu werden sehr entscheidend. Also, dass...auch wenn man mal etwas hat, das halt etwas Kleines oder vielleicht etwas Komisches...dass man das Gefühl hat, man kann das trotzdem erzählen und man wird nicht blöd angeschaut und es wird ernst genommen. Das finde ich sehr wichtig.“ (FG7, S. 7).

Während mit den als wichtig erachteten Kriterien der zur Verfügung gestellten Zeit, der entgegengebrachten Aufmerksamkeit und dem Wunsch, ernst genommen zu werden, gleichsam der Rahmen angesprochen wird, in dem die Hausarzt-Patient-Interaktion nach Möglichkeit stattzufinden hat, verweist eine andere Gruppe von Nennungen eher auf das aktive (sprachliche) Handeln der Hausärztin, also auf ihre Kompetenzen im Bereich der **Kommunikation**.

Sechsmal wurde in diesem Zusammenhang von den Patienten darauf hingewiesen, wie wichtig es für sie sei, Informationen und Beratungen über Erkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und allfällig damit verbundene Risiken und Nebenwirkungen zu erhalten:

„Sonst denke ich, ein Kriterium ist die Information, die wir vom Arzt über die Behandlung erhalten. Das heisst, er muss uns informieren, über die Wirkung, über alle Nebenwirkungen, Folgen der Behandlung.“ (FG6, S. 11).



In drei Voten wurde auf die Bedeutung einer direkten, klaren Kommunikation hingewiesen:

„Also mir ist auch wichtig, wenn ich dann beim Arzt bin, dass es ein Arzt ist, der Klartext mit mir redet. Also der mir wirklich, nicht durch die Blume, sondern der mir sagt was los ist und ob ich jetzt übertreibe mit dem Theater das ich veranstalte oder ob sich das lohnt, Medikamente zu nehmen. Der einfach direkt ist und sagt was er denkt oder auch was ich habe.“ (FG7, S. 11).

Eine Person merkte an, dass die von Hausärzten vermittelten Informationen auch für Laien verständlich sein sollten:

„Also für mich ist auch noch wichtig, dass der sich bei seinen Erklärungen, die ich also auch sehr wichtig finde...dass man erklärt bekommt, was eigentlich gemacht wird. Dass der sich da auf das Niveau seines Gegenübers einstellen kann. Weil, also, es gibt Ärzte, die können das nicht so erklären, dass alle Personen das verstehen, was sie sagen.“ (FG6, S. 12).

Von zwei Patienten wurde zudem angemerkt, dass sie in die Entscheidung über die zu verfolgende Therapie eingebunden werden wollen:

„Für mich ist wichtig, dass er sich Zeit nimmt, dass er zuhört, dass er hört, was ist. Und eben, dass er gut erklärt, wie schon gesagt wurde, die Nebenwirkungen, die Konsequenzen und die Möglichkeiten. Und dass der Patient schlussendlich wählen kann, was er will.“ (FG6, S. 11).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass aus der Sicht der Patienten die zwischen Hausarzt und Patient stattfindende Interaktion und Kommunikation als zentrales Qualitätskriterium identifiziert wird. Die Frage „Was macht für Sie einen guten Hausarzt aus?“ wird also – wenn sie offen und ohne Nachfragen gestellt wird – zunächst hauptsächlich mit der Prozessqualität in Verbindung gebracht.

Daneben werden häufig auch Aspekte, die eher die **Art und Weise der Behandlung** und damit das Kriterium der Fachlichkeit betreffen, erwähnt. Das diesbezüglich am häufigsten genannte Kriterium für einen guten Hausarzt – mit acht Nennungen überwiegend gleich zu Beginn der Fokusgruppen – ist interessanterweise der von Patienten explizit geäußerte Wunsch, dass der Hausarzt, wenn er nicht mehr weiter weiss, rechtzeitig einen Facharzt konsultiert bzw. zu diesem überweist.

„Dass einem ein Hausarzt, wenn er nicht mehr weiter weiss, zu einem Spezialisten schickt. Und nicht noch x Wochen oder Monate daran herumbastelt und dann muss man trotzdem noch zum Spezialisten gehen.“ (FG5, S. 5).

Sechsmal wurde von den Diskussionsteilnehmenden der Wunsch nach einer **ganzheitlichen Perspektive** seitens der behandelnden Hausärztin geäußert.



„Für mich ist es ziemlich wichtig, dass ich als Mensch behandelt werde und nicht nur als defektes Organ oder Krankheit. Ich bin eine Person die erklären kann, was sie hat und es ist nicht nur die Untersuchung, die sagen wird, was ich habe. Das Spüren, was geht, das kommt von innen.“ (FG6, S. 11).

„Was bei mir wichtig ist, bei einem Allgemeinpraktiker, dass er jeweils wirklich das Gesamte anschaut. Also, wenn man jetzt vielleicht etwas hat, dann sicher auch auf das eingehen, aber dass er auch generell den Zustand von mir erhebt.“ (FG4, S. 9).

Fünf Personen erachten eine Hausärztin dann als gut, wenn sie eine gewisse **Zurückhaltung bei der Verabreichung von Medikamenten** an den Tag legt. Diesen Personen ist es wichtig, dass ihnen nicht vorschnell und ohne vorgängig erfolgte gründliche Untersuchung Medikamente verschrieben werden.

„Ich finde es gut, wenn er einem nicht all zu schnell so viele Medikamente gibt. Also mein Hausarzt hat z.B. zu mir gesagt, als ich eine Entzündung hatte, also im Rachen mit Husten, da hat er gemeint, ja, du könntest noch das nehmen, das würde gegen den Husten gut tun. Aber wenn du es nicht regelmässig nimmst, nützt es nichts und du müsstest es auch nicht nehmen, wenn du nicht willst.“ (FG7, S. 10).

Drei Personen sprechen dann von einem guten Hausarzt, wenn er über **langjährige Erfahrung** und ein **breites Fachwissen** verfügt.

In diesem zunächst offen gehaltenen Teil der Diskussion wurde weiter zweimal darauf hingewiesen, dass es als wichtig erachtet wird, dass sich **Hausärzte weiterbilden**. Ebenfalls zweimal wurde erwähnt, dass eine gute Hausärztin ihre Patienten und deren **Krankengeschichte kennen** sollte.

Schliesslich wurden von jeweils nur einem Diskutanten noch folgende Aspekte erwähnt: der Behandlungserfolg sowie eine gute Anamnese, wenn man sich an einen neuen Hausarzt wendet.

Zu den anderen drei Bereichen (Atmosphäre, Infrastruktur, Service), die im Nachfrageteil vertieft wurden, finden sich im unstrukturierten Diskussionsteil hauptsächlich Voten betr. Service. Nur je eine Aussage bezieht sich auf die Atmosphäre sowie die Infrastruktur.

Fünf Diskutanten halten einen Hausarzt dann für gut, wenn er sich um seine Patienten kümmert. Dieses **„sich um Patienten kümmern“** geht weit über ein reines Dienstleistungshandeln hinaus und steht im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit, der Wartezeit auf einen Termin und dem Angebot von Hausbesuchen:

„Ich habe einmal beim Arzt angerufen, er war nicht zuhause. Dann hat er mich zurückgerufen, er war abwesend, irgendwo im Berneroberrand oder ich weiss nicht wo. Aber er hat es gemacht und gesagt, um was ging es? Weil er weiss, dass ich schwere Herzkrisen habe. Und das ist doch ein Zeichen von Menschlichkeit! Das ist nicht nur ein Arzt, er ist ein Mensch! Und das ist wichtig! Sehen Sie, das rührt mich zu Tränen, weil, ich finde das so wichtig, dass man diese Beziehung spürt. Dass da ein Mensch ist.“ (FG6, S. 11).



„Also ich finde es gut, wenn man dann einmal in der Nacht wirklich etwas hat, wenn man ihn dann doch einmal anrufen kann. Oder wenn er nur einige Informationen vom Patienten hat, dass er sagen kann, ja, da müssen wir das Krankenauto haben oder da kann ich nicht helfen. Aber einfach, damit man eine Frage stellen könnte. Oder halt ein Hausbesuch, was je länger je schwieriger wird.“ (FG3, S. 16).

Ebenfalls fünfmal wurde in den Diskussionsrunden auf die Wichtigkeit des **Praxispersonals** bei der Qualitätsbeurteilung hingewiesen, wobei nur zwei Voten aus Patienten-Fokusgruppen stammen. Dass dieser Aspekt in der Ärzte-Fokusgruppe gleich drei Mal zur Sprache kam zeigt, welche Bedeutung Hausärztinnen ihrem Personal beimessen:

„Also ich denke, was ganz wichtig ist, was uns jetzt nicht direkt betrifft ist natürlich der Empfang, oder? Die Praxisassistentinnen. Wie freundlich dass sie ist...Wie schnell dass sie das Telefon abnimmt oder so.“ (FG Hausärzte, S. 9).

Das Praxispersonal spielt auch bei der Beurteilung der in einer Arztpraxis vorherrschenden **Atmosphäre** – zumindest in den Augen eines Diskutanten – eine entscheidende Rolle.

„Für mich ist auch noch wichtig, so die Atmosphäre in der Praxis. Also so der Umgang mit den Angestellten, mit den medizinischen Praxisassistentinnen. Also ich habe da schon verschiedenstes erlebt. So wie man einander anspricht, wie man etwas fragt und so, das finde ich, ist schon noch wichtig. Also so die allgemeine Atmosphäre unter dem Team, so.“ (FG7, S. 10).

Die in der Hausarztpraxis vorhandene **Infrastruktur** wird als Qualitätsmerkmal nur einmal angesprochen, und zwar in der Ärzte-Fokusgruppe.

„Ich denke, von der technischen Seite schon. Die Patienten schätzen es, wenn du für die Blutentnahme, das EKG, Röntgenbilder und so Sachen alles in deiner Praxis machen kannst, oder. Das ist schon ein Kriterium denke ich.“ (FG Hausärzte, S. 9).

Weiter wurden im offenen Diskussionsteil – allerdings jeweils nur von einer Diskutantin – folgende Qualitätskriterien genannt, die sich jedoch nur schwer einem der vier von uns vertieft befragten Themenfeldern zuordnen lassen. So halten die Patienten einen Hausarzt dann für gut, wenn ...

- das Arztgeheimnis gewahrt bleibt, auch wenn noch andere Familienmitglieder zum gleichen Arzt gehen;
- er sich rechtzeitig um eine geeignete Nachfolgerin kümmert;
- eine Einsicht in die eigene Krankenakte ohne Aufhebens gewährt wird;
- Informationen von anderen Behandlern gesammelt und koordiniert werden;
- er mit seinen Kollegen und mit anderen Gesundheitsorganisationen gut vernetzt ist.

Im Anschluss an die offen zur Diskussion gestellte Frage, was unter einer guten Hausärztin zu verstehen ist,



wurden gezielt Nachfragen zu den vier Qualitätskriterien Fachlichkeit, Atmosphäre, Infrastruktur sowie Service gestellt. Hierbei wurde eine aktive Nachfragetechnik angewandt, um möglichst viele Fokusgruppenteilnehmende zu einer Stellungnahme zu ermuntern. Dementsprechend macht es keinen Sinn, in den folgenden Ausführungen die genannten Aspekte aufgrund der Häufigkeit der Nennungen zu gewichten.

Eigentlich sollte man annehmen, dass Aspekte, die unter dem Oberbegriff ‚Fachlichkeit‘ subsumiert werden, (also insbesondere Therapieerfolg, richtige Diagnosestellung, Fachwissen, etc.) gleich zu Beginn der Frage nach einer guten Hausärztin genannt werden. Dies war jedoch, wie unseren bisherigen Ausführungen zu entnehmen ist, nicht wirklich der Fall.

Neben dem Umstand, dass viele anscheinend die Fachlichkeit des Arztes stillschweigend voraussetzen und dementsprechend unerwähnt lassen, hat dieser Sachverhalt auch damit zu tun, dass die Fachlichkeit einer Hausärztin entweder gar nicht oder nur ungenau beurteilt werden kann.

„Das [die Fachlichkeit] kann man nicht feststellen“. (FG6, S. 10).

Interessanterweise wird diese Meinung auch in der Ärzte-Fokusgruppe vertreten:

„Was man vielleicht umgekehrt negativ sagen kann, was man wahrscheinlich am schlechtesten beurteilen kann, ist die fachliche Qualität. Das kann der Patient fast nicht, schlecht beurteilen. Je nach Auftreten vom Doktor, wenn er selbstsicher auftritt und so, macht er einen sehr guten Eindruck und unter Umständen das Gegenteil. Dann kann der Patient nicht rein fachlich entscheiden, wer ist jetzt in dem Sinn ein guter Doktor und wer nicht?“ (FG Hausärzte, S. 9).

Dieses Unvermögen, die Fachlichkeit einer Hausärztin beurteilen zu können, wird jedoch von den Patienten nicht als störend empfunden. Denn man hat Vertrauen in die Ausbildung und die entsprechenden Qualifikationen der Hausärzte und geht davon aus, dass diese etwas von ihrem Handwerk verstehen. Allgemein ist es so, dass Hausärzten, die man in der Regel längere Zeit kennt, mehr Vertrauen entgegengebracht wird als unbekanntem Fachärzten in einem Spital.

„Gut, ich habe schon das Gefühl, dass man hier in der Schweiz recht darauf vertrauen kann, dass der Arzt auch etwas von dem versteht, was er macht. Also wenn man jetzt irgendwie in Rumänien zu einem Arzt gehen würde, weiss ich nicht, ob man dort die gleiche Garantie hätte, für das was man erhält, wie jetzt hier in der Schweiz. Aber ich denke, die sind ja alle irgendwie durch diese Prüfungen gekommen und haben sich dafür qualifiziert. Also denke ich, muss man schon weniger skeptisch sein als an anderen Orten.“ (FG7, S. 17).

Parallel zur allgemeinen Frage nach der Fachlichkeit einer Hausärztin herrscht auch bei der Frage nach Kennzeichen einer guten Diagnose Skepsis vor, ob korrekte Diagnosestellungen von Patienten überhaupt beurteilt werden können:



„Ich glaube eine gute Diagnose heisst wahrscheinlich, das geht ins gleiche hinein, dass er es auch gut erklären kann. Dort geht die Diagnose wahrscheinlich so weit. Nicht nur für sich eine Diagnose erstellen, sondern plausibel darlegen können, dass jetzt das von dem kommen kann usw. Das ist eine gute Diagnose.“ (FG3, S. 26).

In Bezug auf das Qualitätsmerkmal ‚Servicequalität‘ wurden in den Fokusgruppen insbesondere die Wartezeiten in der Praxis sowie die Flexibilität bei der Terminvergabe angesprochen.

Die zahlreichen Diskussionsbeiträge bei den Nachfragen zum Thema „**Wartezeiten in der Praxis**“ deuten darauf hin, dass dieser Aspekt bei den Patienten grössere Relevanz besitzt. Dies mag auch damit zu tun, dass dieser Aspekt viel einfacher beurteilt werden kann als beispielsweise die Fachlichkeit einer Hausärztin und jeder dazu etwas zu sagen weiss. Mitunter werden als zu lang empfundene Wartezeiten sogar als Zeichen einer schlechten Praxisorganisation gewertet:

„ich finde das ist unprofessionell. Also für mich ist das direkt ein Zeichen, dass er nicht professionell arbeitet. Das tut mir Leid, wenn ich da permanent warten muss. Einmal ist es OK, aber wenn das ein Dauerzustand ist, dann hat er es nicht im Griff. Das tut mir Leid. Ich meine, das ist der Kunde, der kriegt sein Honorar, das muss er im Griff haben. Ich muss doch die Arbeit auch im Griff haben. Das gibt's doch nicht, also! Und dann frage ich mich, wie macht er denn den Rest? Wenn das schon nicht klappt.“ (FG6, S. 14).

Angesprochen auf verkraftbare Wartezeiten wird häufig ein Zeitraum zwischen einer Viertel- und einer halben Stunde genannt, wobei die meisten Diskutanten je nach Umstand (wie z.B. das eigene Befinden, ob ein Notfall eingeschoben werden musste, etc.) bereit sind, länger zu warten.

Gerade für berufstätige Patienten sind zudem **Flexibilität und Entgegenkommen bei Terminvereinbarungen** ein weiteres wichtiges Qualitätskriterium eines Hausarztes.

„Das ist sicher relevant, wenn man arbeitstätig ist. Dass man, wenn ein Termin ist auch drankommt und nicht noch eine Stunde im Wartezimmer sitzen muss, oder. Die Arbeitgeber sind nicht mehr so grosszügig und sagen, ja, du kannst auch zwei Stunden beim Arzt sein. Heute ist es so...man muss Randzeiten nehmen und manchmal auch einen Teil von seiner Zeit hergeben, oder. Darum sollte der Arzt dann auch planen, dass...sagen wir mal, oder ich sage es jetzt, dass jetzt ältere Leute vielleicht tagsüber sind und die die noch arbeitstätig sind vielleicht an Randstunden gehen können. Am Morgen oder am Abend.“ (FG5, S. 8).

Aus der Sicht der Patienten wird die Servicequalität nicht unwesentlich vom Praxispersonal beeinflusst, das im übrigen auch eine grosse Mitverantwortung für die in einer Arztpraxis vorherrschende Atmosphäre trägt. Dieser Zusammenhang wurde bereits im offenen Diskussionsteil evident und zeigt sich im Nachfrageteil noch verstärkt. Nach Ansicht der Patienten sollte das Praxispersonal ...

- die Patienten beim Betreten der Praxis, aber auch am Telefon freundlich empfangen;
- hilfsbereit und einfühlsam sein (z.B. bei der Blutentnahme);
- die Patienten informieren, insbesondere wenn mit längeren Wartezeiten oder Verzögerungen zu rechnen



ist;

- eine gewisse Ruhe ausstrahlen und diskret sein.

„Und ich finde es eben auch wichtig, dass eine gewisse Atmosphäre von Ruhe ist. Also immer wenn das Telefon klingelt oder der auch im Gang noch mit dem Patienten weiterredet und seine Geschichte noch ein wenig...das finde ich dann auch irgendwie...die Anonymität auf einer Art oder die Zusicherung, dass man das jetzt...das ist jetzt so etwas Intimes, dass es jetzt nicht noch irgendwie der halbe Gang noch hört, ja, jetzt nehmen Sie die Pillen und...dann weiss vielleicht einer, ah ja, die hat das, wenn sie diese Pille nimmt. Also, einfach, dass es ein wenig diskret gehandhabt wird. Das ist mir schon noch wichtig.“ (FG4, S. 12f.).

Generell wirkt sich ein guter Umgang im Praxisteam nach Ansicht der Patienten positiv auf die Atmosphäre in einer Praxis aus.

In Bezug auf die Infrastruktur einer Hausarztpraxis wurde insbesondere die Ausstattung des Wartezimmers thematisiert. Ein **Wartezimmer**, in dem sich die Patienten wohl fühlen, sollte nicht zu klein, schön eingerichtet sein und aktuelle Zeitschriften und evtl. sogar Tageszeitungen zur Verfügung stellen.

„Und ich denke auch, wie das Wartezimmer auch eingerichtet ist. Also ich finde das schon noch wichtig. Und eben die Zeitschriften, vielleicht auch sogar Zeitungen, Tageszeitungen. Das wäre schon...ja, dann kann man gut noch eine halbe Stunde warten. Und auch wie die Sessel sind, es gibt also wirklich Sachen, das muss ich jetzt auch noch sagen, also da sitzt man dann nicht so gern so lang, oder. Da ist man dann froh, wenn man schnell man dran ist.“ (FG4, S. 14).

Weiter wird eine Praxisausstattung dann als gut bewertet, wenn die **Räume sauber** sind und die Praxis über eine **moderne technische Ausstattung** verfügt. Namentlich erwähnt wurden in diesem Zusammenhang Röntgenapparat, Ultraschall sowie ein Labor für Blutuntersuchungen. Zudem wünschen sich Patienten, dass sich ihr Hausarzt auf neuen Geräten fortbildet. Eine Patientin wies schliesslich darauf hin, dass sie Wert legt auf einen guten Geruch in der Praxis. Wenn es zu intensiv nach Desinfektionsmitteln riecht, dann weckt dieser Umstand bei besagter Patientin negative Assoziationen.

4.2.2 Was passieren muss, damit ein Hausarzt gewechselt wird

Die Frage, was Negatives passieren müsste, damit Patienten ihren Hausarzt wechseln, wurde im Anschluss an die Zusatzfrage nach dem Verhältnis Hausarzt/Patient gestellt. Auch diese Frage wurde in einem zweistufigen Verfahren ausgewertet. Betrachtet man zuerst den Gesprächsverlauf der Fokusgruppe, so fällt auf, dass der Themenkomplex **Fehldiagnose** sowie **fehlerhafte bzw. wirkungslose Therapie** fast durchweg eine der erst genannten Punkte war.

Aufgrund der offenen Fragestellung kann dieses Resultat als Indiz für die Wichtigkeit dieses Punktes gewertet werden, was in Anbetracht der möglichen Tragweite einer Fehldiagnose unmittelbar nachvollziehbar er-



scheint:

„Ich würde auch wechseln, wenn seine Behandlung jetzt nicht anschlagen würde, wenn es nichts nützen würde, wenn er mir nur Medikamente geben würde, die überhaupt nichts bringen oder es nur noch schlimmer machen. Ja, wenn er aus Routine halt Fehler macht.“ (FG7, S. 21).

„Oder wenn er eine Fehldiagnose stellen würde. Man wird gepflegt, gepflegt, gepflegt, und man wird nicht weitergeschickt zu einem Spezialisten. Und die Krankheit wird immer schlimmer. Dann würde ich den Hausarzt wechseln, wenn das Zeug nicht vorwärts geht.“ (FG6, S. 16).

Im zweiten Zitat deutet sich bereits an, dass viele Patientinnen von ihrem Hausarzt erwarten, dass er sie rechtzeitig an einen Spezialisten überweist, wenn er nicht mehr weiter weiss. Wenn dieser Zeitpunkt in der Wahrnehmung der Patientinnen verpasst wird, wird ein Wechsel des Hausarztes durchaus in Betracht gezogen.

„In so einer Situation habe ich eigentlich mal den Arzt gewechselt, weil, ich war irgendwie nie zufrieden mit dieser Behandlung die er gemacht hat und es ist irgendwie einfach nie angekommen. Und dann habe ich halt gewechselt. Aber das war nicht einfach nur nach dem ersten Mal, das war dann eigentlich über längere Zeit, wo es dann nicht angeschlagen hat und so. Schlussendlich ist es mein Geld, das flöten geht.“ (FG7, S. 21).

Die detaillierte inhaltsanalytische Auswertung bestätigt den Stellenwert des Themenkomplexes „Hausarztwechsel wegen Fehldiagnose bzw. fehlerhafter/wirkungsloser Therapie“ im Grundsatz. Mit Abstand die meisten und oft umfangreichsten Äusserungen betreffen dieses Themenfeld. Auffällig sind aber die zahlreichen Einschränkungen in den Patientenaussagen, die ein unserer Ansicht nach „verblüffendes Ausmass“ an Verständnis für ungenügende Leistungen des Hausarztes zum Ausdruck bringen. Dies äussert sich durch das Abwägen, wie gravierend ein Fehler ist:

„Ja, wenn er eine Situation einfach falsch einschätzen würde. Also, massiv falsch, wenn er irgendwie sagen würde, ja, es ist ein Husten und dabei ist es irgendeine gröbere Allergie oder irgend so etwas. Also einfach so...ja, wenn ich dann dadurch irgendwie Konsequenzen tragen müsste.“ (FG7, S. 22).

oder ob ein Fehler entschuldbar erscheint:

„natürlich auch eine falsche Diagnose oder so. Obwohl, das hängt immer davon ab, in welchem Sinn oder respektive, ob es Sachen sind, die man auch entschuldigen kann.“ (FG6, S. 16).

Zudem werden die Konsequenzen einer Fehldiagnose bzw. fehlerhaften oder wirkungslosen Therapie in Relation gesetzt zur Dauer des Kontaktes zwischen Hausarzt und Patient:

„Und da habe ich mir das lange überlegt, weil, das hätte ja unter Umständen schlimm werden können, oder? Und da habe ich mir das überlegt und habe dann einfach diese lange Zeit angeschaut, fast 30 Jahre, in denen einfach alles rund gelaufen ist. Und jetzt ist es halt einmal nicht...“ (FG1, S. 24).



Auch bei der Ärzte-Fokusgruppe wurde der Themenkomplex Fehldiagnose bzw. fehlerhafte oder wirkungslose Therapie gleich eingangs, wenngleich nur relativ kurz, diskutiert. Besonders interessant ist dabei die von zwei Hausärzten geteilte Auffassung, dass weniger ein Fehler an sich, als vielmehr der Umgang damit die Beziehung zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten gefährden kann:

„Also im Prinzip darf man einen Fehler machen, aber man sollte probieren, das halt wirklich offen zu kommunizieren. Und dann wenn man das macht, gibt es einige, die bleiben, für die ist die Vertrauensbasis dann manchmal erst recht gegeben und andere sagen einfach, ja, das geht halt einfach nicht. Und dann gehen sie halt auch. Aber ja, wir machen alle Fehler.“ (FG Hausärzte, S. 17).

Der hier aus Sicht der Hausärzte berichtete Stellenwert der **Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten** wird nahezu identisch auch von mehreren Patienten geschildert. Auf die Wichtigkeit dieses Aspektes wird sowohl speziell in Bezug auf Fehldiagnosen hingewiesen

„Also ich nehme da auch den Dr. X und wirklich, einfach ein absolut... er kam einfach nicht auf diese Diagnose. Und er hat dann gesagt, und das hat mich beeindruckt, ich habe es verschleppt! Und das finde ich irrsinnig.“ (FG1, S. 19).

wie auch – was häufiger der Fall war – in einem allgemeinen Sinn, hauptsächlich hinsichtlich der offenen Kommunikation von Behandlungsalternativen bzw. -risiken oder der zeitgerechten Information über Behandlungsergebnisse.

„Also mir ist das noch wichtig, auch offen kommuniziert, dass er sagt, da wisse er jetzt auch nicht mehr weiter und zu dem steht und nicht irgendwie das Gefühl haben muss, er müsse für alles eine Lösung haben. Dann lieber sagen, Sie, da habe ich jetzt probiert, das und das können wir probieren, auch vielleicht diese Alternativen aufzeigt, schauen Sie, da haben wir die und die Möglichkeiten, das ist der Vorteil von dem, da vielleicht der Nachteil, das ist von dem der Vorteil. Wie sehen Sie das, das sind die drei Möglichkeiten, die hätten wir. Und sonst muss ich Sie weiter zu einem Spezialisten verweisen. Und das ist mir ganz wichtig, dass das auch passiert.“ (FG4, S. 20).

„Also ich würde auch wechseln, wenn es z.B. immer extrem lange dauert, wenn jetzt irgendeine Untersuchung war und es kommen keine Resultate und nichts wird gemeldet oder es wird nicht gemeldet, dass es dann halt länger geht, weil jetzt noch etwas Anderes abgeklärt werden muss. Wenn man einfach nicht informiert werden würde. Also, das wäre für mich auch ein Grund, wo ich wechseln würde.“ (FG7, S. 22).

Weiter würden Patientinnen ihre Hausärztin auch dann wechseln wollen, wenn diese nicht mehr zuhören oder das Gefühl vermitteln würde, ihre Patientin nicht mehr ernst zu nehmen. Im weitesten Sinn kann auch dieser Aspekt, der sich in einer als mangelhaft empfundenen Empathie äußert, der Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin zugerechnet werden.



„Wenn ich das Gefühl habe, der nimmt mich jetzt nicht mehr ernst oder hört nicht mehr zu, oder. Und denkt einfach, ja, so kann ich sie ruhig stellen.“ (FG1, S. 26).

Für immerhin drei Diskussionsteilnehmende besitzt der, bereits in Kapitel 4.1.1 als wichtig bezeichnete Faktor **Zeit und Verfügbarkeit** der Hausärztin einen derartig hohen Stellenwert, dass sie bei Nichterfüllung dieses Kriteriums in Betracht ziehen würden, die Hausärztin zu wechseln. Dabei handelt es sich um ein Argument, das auch in der Ärzte-Fokusgruppe als potentieller Grund für einen Hausarztwechsel vermutet wird.

„Also wenn ich merken würde, dass ich ihn störe, wenn ich gehe, dass er keine Zeit hat für mich, dass er nicht zuhört, dass ich merke, dass er wirklich gestresst ist, dass er pressiert ist und schon an den nächsten Patienten denkt usw. Dann wäre es für mich wirklich sinnvoll, den Arzt zu wechseln.“ (FG6, S. 16).

Als weitere, nicht auf Erfahrung beruhende, rein hypothetische Gründe für einen Wechsel des Hausarztes wurden – allerdings jeweils nur von einem Diskutanten – genannt, wenn der Hausarzt eine Blutprobe verwechseln würde; das Arztgeheimnis verletzen würde; drogensüchtig wäre; ein unseriöses Privatleben führen würde; seiner Tätigkeit nicht mehr gewachsen wäre; Sprachprobleme hätte.

Als Gründe, die in der Vergangenheit in realiter zu einem Wechsel des Hausarztes bzw. der Hausärztin führte, wurden folgende genannt:

- der Hausarzt wurde als hochnäsiger und rechthaberischer wahrgenommen;
- die hygienischen Standards in der Arztpraxis wurden als ungenügend empfunden;
- die psycho-sozialen Kompetenzen der Hausärztin wurden als mangelhaft beurteilt;
- die Art des Hausarztes wurde als zu grob taxiert;
- die Hausärztin wurde im Gespräch zu persönlich;
- es wurden nicht die gewünschten Medikamente verschrieben.

Der letztgenannte Punkt in der Aufzählung – die nicht erfüllte Anspruchshaltung seitens der Patienten – wurde auch in der Ärzte-Fokusgruppe als Grund genannt, weshalb Hausärzte gewechselt werden:

„Also was ich immer noch so feststelle, das ist doch, dass die Ansprüche vom Patienten nicht erfüllt werden, oder? Also die Leute die ich von anderen Ärzten bekomme, die frage ich meistens, ja, warum haben Sie gewechselt? Ja, ich wollte das und das aber er wollte nicht, der Herr Dr. Also, oder? Wenn einfach irgendeiner halt fordert oder will wieder in die „Physio“ und will wieder ein wenig Massage und will jetzt noch ein MR und der macht ihm das nicht, dann wechselt er einfach den Doktor. Das sehe ich noch viel, dass man einfach wechselt, weil man nicht das bekommt was man will, oder?“ (FG Hausärzte, S. 17f.).

Schliesslich wurden in der Ärzte-Fokusgruppe (wenngleich jeweils nur von einem Teilnehmer) noch zwei weitere Gründe für einen Hausarztwechsel ergänzt. Ein Wechsel erfolgt nach Erfahrung dieser Hausärzte auch, weil keine Bestätigung einer Erkrankung bzw. Arbeitsunfähigkeit ausgestellt wurde oder weil ältere Patienten von ihren Kindern dazu angehalten wurden, den Hausarzt zu wechseln.



4.3 Beziehung Patient-Hausarzt: mehr als ein Dienstleistungsverhältnis?

Ein Beitrag aus dem im Jahre 2002 veröffentlichten Abschlussbericht zur Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ verdeutlicht:

„Medizinverständnis und Arzt-Patient-Beziehung befinden sich seit den 70er Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts im Wandel, wobei neben technologischen Errungenschaften gesellschaftliche Einflüsse und ökonomische Rahmenbedingungen als interferierende Elemente bedeutsam sind. (...)

Das alte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wird teilweise abgelöst von einem Vertragsverhältnis mit genau definiertem Leistungsumfang. Der Patient wird zum Kunden, der Arzt zum Dienstleister, Praxis und Krankenhaus zum "Profit-Center". Der Umgang miteinander entspricht dann häufig dem von misstrauischen Geschäftspartnern.

Das Spannungsfeld zwischen Kundendienst, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung, in dem die Medizin zunehmend agieren muss, erschwert die Identitätsfindung der Beteiligten ("Trilemma der modernen Medizin").“

Angeregt durch diesen in der Literatur vielfach postulierten gesellschaftlichen Wandel wurde eine Zusatzfrage zum Charakter des Verhältnisses zwischen Hausarzt und Patient in den Diskussionsleitfaden aufgenommen. Die rege Diskussion, die diese Frage in nahezu allen Fokusgruppen auslöste, deutet darauf hin, dass dieses Thema für Patientinnen tatsächlich von hohem Stellenwert ist.

Nur in einigen wenigen Ausnahmefällen wird kaum ein Unterschied zwischen den Dienstleistungen eines Hausarztes und denjenigen beispielsweise einer Garage gemacht:

„Gut, da muss ich noch vorausschicken, dass ich halt recht geprägt bin, von diesem Kunden- Dienstleistungsverhalten. Ich war immer in der Industrie, ich habe das ein wenig. Ich bin Kunde, ich bin selber aber auch Gegenüber. Und das schaue ich eben auch an. Wenn ich zu einem Zahnarzt gehe, dann bin ich der Kunde, wenn ich in die Garage gehe, bin ich der Kunde. Und man will auch entsprechend behandelt werden, als Kunde. Und nicht als irgendeiner der jetzt da das Auto ein wenig hinstellen will. Und das erwarte ich auch ein wenig von einem Arzt, einem mit einer weissen „Schübe“, oder. Weil, ich bin fast oder mindestens so lange in die Schule gegangen, nur weiss der das nicht, oder. Also ich erwarte nicht, dass ich jetzt gegenüber einem weisen Herren rede, der das Gefühl hat, er habe jetzt da einen jungen vor sich, der keine Ahnung hat. Ich will auch wie ein Kunde behandelt werden. Und ich habe ein Anrecht auf eine richtige Diagnose und auf eine Erklärung. Ja, er ist schlussendlich ein Dienstleister.“ (FG3, S. 26).

Ansonsten ist der Grundtenor in den Patienten-Meinungen eindeutig: Das Hausarzt-Patienten-Verhältnis reicht aufgrund verschiedener Aspekte deutlich über ein reines Dienstleistungsmodell hinaus. Dabei unter-



scheiden die Patienten bei dieser Einordnung zwischen verschiedenen Indikationen. So hängt die Einstellung zum Hausarzt von der Häufigkeit der Hausarztbesuche und der Art der Erkrankung sowie der Dauer des Kontaktes zum Hausarzt ab. Es ist also nicht so, dass jüngere Patienten ihren Arzt eher als Dienstleister, und ältere eher als etwas anderes betrachten.

„Ich würde vielleicht noch sagen, es kommt darauf an, wie lange und wie oft man einen Arzt braucht. Wenn Sie sagen, Sie brauchen den Arzt einmal im Jahr, dann ist es nicht das Selbe, wie wenn man alle vierzehn Tage, drei Wochen vorbeigehen muss. Das können Sie nicht mehr vergleichen. Dann ist die Beziehung einfach anders. Und ich glaube schon, da kommt es sehr darauf an, wie das spielt.“ (FG6, S. 15).

„Für mich ist das Wesentliche, das was du gesagt hast mit der Krankheit, also die Frage, was für eine Krankheit ist es? Ob ich jetzt eine Dienstleistung will oder ob es dann wirklich tiefer geht. Und ich meine, wenn er Fragen...im schlimmsten Fall, wenn es irgendwie um Lebens- und Sterbensfragen geht, dann ist dann keine Dienstleistung mehr, für mich, das ist ganz klar. Also, für mich kommt es wirklich sehr darauf an.“ (FG7, S. 19).

Wer keine ernsthaften Erkrankungen hat, betrachtet den Hausarzt also eher als Dienstleister. Eine Patientin weist zudem darauf hin, dass es nicht nur die Art der Erkrankung, sondern auch die Behandlungsmethode sein kann, die einen Unterschied im Verhältnis Arzt-Patient auslösen kann:

„Ich finde es kommt auf die Krankheit drauf an. Also wenn ich mir jetzt einen gebrochenen Arm zusammengipsen lassen muss, dann reicht mir in dem Sinn das Dienstleistungsverhältnis, weil ich das Gefühl habe, das kann ich mir irgendwo...also ein Gips ist für mich eine Dienstleistung. Aber wenn es dann irgendwie, eben in sonst eine Behandlung hineingeht, auch mit Alternativmedizin, dort habe ich das Gefühl braucht es dann ein Vertrauensverhältnis, weil das auf einer anderen Ebene arbeitet als die Schulmedizin.“ (FG7, S. 18).

In einer akuten Notsituation wandelt sich das Hausarzt-Patient-Verhältnis zu einem Verweisungsverhältnis, das aber ein besonderes Vertrauensverhältnis begründen kann:

„Ich bin in einer Notsituation, ich brauche einen Arzt. Und somit kann ich dann nicht sagen, ja, da ist die Dienstleistung nicht gerade in Vordergrund. Also dann habe ich eine Notsituation und bin auf den angewiesen, dass der mir hilft.“ (FG4, S. 19).

Gerade in Notsituationen, die mit starken Schmerzen verbunden sein können, zeigt sich somit der eklatante Unterschied zu einem „normalen Dienstleistungsverhältnis“ aufgrund der unmittelbaren körperlichen Betroffenheit („Prinzip der Eigenleiblichkeit“):

- Beim defekten Auto auf der nächtlichen Passstrasse liegt zwar auch ein unangenehmer Notfall vor, der jedoch nicht über Schmerzen direkt am eignen Leib angreift.
- Ein erkrankter und schmerzgeplagter Mensch gibt in einer solchen körperlichen Verfassung sein Einverständnis zu „ärztlichen Dienstleistungen“ (von unterschiedlich grosser Tragweite) in der er gemeinhin keinen anderen Dienstleistungsvertrag eingehen würde („Wer unterschreibt schon einen Kaufvertrag für ein Auto mit starken Zahnschmerzen“).



Diese doppelte Wehrlosigkeit des Patienten kann vielfach nur durch ein besonderes Vertrauen in den Arzt und dessen Handeln kompensiert werden. Wird dieses Vertrauen nicht enttäuscht, kann das oben erwähnte besondere Vertrauensverhältnis zum Hausarzt etabliert werden.

„Also ich denke ein Arzt sollte sich einfach auch bewusst sein, dass er vielleicht, ja, einen Körper auch zerstören kann, mit...je nachdem wie er behandelt. Und ich denke, das Bewusstsein das der Arzt eigentlich haben sollte, ist ja schlussendlich schon das Vertrauen.“ (FG7, S. 20).

Aber auch ausserhalb von Notsituationen besitzt das Arzt-Patient-Verhältnis aufgrund des besonderen Dienstleistungsgegenstandes, dem eigenen Körper, einen besonderen Charakter. In diesem Zusammenhang ist vor allem der hohe Intimitätsgrad zu nennen. Das heisst, man lässt Eingriffe direkt am Körper (auch in intimen Zonen) zu und gibt auch im Gespräch Dinge preis, die anderen Berufsgruppen nicht oder kaum zugänglich gemacht würden.

„Also ich finde das Verhältnis geht weit über das Verhältnis von einem Kunden, der einfach zur Reparatur kommt, oder. Also, das ist ein viel intimeres Verhältnis, im Grunde genommen, weil, man gibt ja dem Arzt auch viel Preis von sich, oder, notwendigerweise. Und darum, eben, so eine reine Reparaturwerkstatt ist das nicht, oder. Es ist also schon persönlicher. Und...ich meine, ich rede jetzt als alter Mann, natürlich ist es für uns noch wichtiger oder. Für junge Leute, die ganz selten krank sind...aber für Dauerpatienten, oder, ist das natürlich viel mehr als einfach eine Reparaturwerkstatt, oder.“ (FG5, S. 11).

Ein Fokusgruppenteilnehmende weist auf den interessanten Umstand hin, dass der Dienstleistungscharakter der Hausarzt-Behandlung zu wenig ins Bewusstsein rückt, da man nicht direkt im Anschluss an den Arztbesuch, sondern erst einige Wochen später bezahlt und zudem die Kostenzusammenstellung für die Patienten nicht transparent ist:

„ich finde es noch schwierig, irgendwie, das abzuschätzen. Ich könnte das besser beim Zahnarzt. Das mit den Zähnen kostet da zehntausend, da zweitausend, dann kann ich es irgendwie abschätzen und vergleichen. Aber bei so einer Dienstleistung, das ist noch schwierig. Und wenn ich jetzt eben direkt zahlen müsste, oder, wenn ich das Portemonnaie vorrücken müsste, dann hätte ich schon ein anderes Verhältnis dazu. Da müsste ich sagen, war es jetzt das wirklich Wert oder war jetzt das...hat er jetzt mit mir ein wenig...Ja, dann kommt vielleicht etwas Anderes hervor, ich wüsste es nicht, oder, wenn ich jetzt hundert Stutz geben müsste und der redet mit mir einfach sonst ein wenig über meine Familie oder weiss nicht was, dann wüsste ich dann auch nicht, ob ich ganz glücklich wäre.“ (FG4, S. 16f.)

Im obigen Zitat klingt zudem an, dass die meisten Teilnehmenden einen deutlichen Unterschied zwischen ihrem Verhältnis zu einem Hausarzt und demjenigen zu einem Facharzt erleben. Das Verhältnis zum Hausarzt wird als individueller, vertrauensvoller erlebt als dasjenige zur Fachärztin. Dies könnte zum Teil wohl auch auf die Besuchsfrequenz zurückzuführen sein.



„Ich bin von meinem Hausarzt zu einem HMO gegangen, der hat mir einiges versprochen, war dann eben enttäuscht, hatte dann den Eindruck, man ist dort eigentlich nur eine Nummer. Und sparen tut man nichts, sie machen es nur ein wenig anders. So dass ich dann wieder zu meinem Hausarzt zurückgegangen bin.“ (FG5, S. 11).

Einige Diskutanten sehen aber auch einen Unterschied zwischen Hausärzten, die in ländlichen Regionen und solchen, die in städtischen Gebieten praktizieren.

„ich bin halt in einem Dorf aufgewachsen und von dem her war das schon noch so ein wenig eine andere Beziehung zum Arzt. Also, dass man... [...] ich finde im Dorf ist es anders als in der Stadt, weil, da sieht man einander am Abend vielleicht noch im Laden und so und er weiss woher ich komme und wo ich wohne und hat die Schuluntersuchungen gemacht und viele Sachen. Dann ist es schon noch anders als so in einer Stadt, das ist klar. Dort ist ja alles anonymisierter.“ (FG7, S. 19).

Prägend für das Verhältnis zwischen Hausärzten und Patienten können auch spezielle biographische Erlebnisse sein: eine Patientin, die für die Invalidenversicherung ein Arztzeugnis benötigte, erlebte die Situation bei ihrem Hausarzt aufgrund der gutachterlichen Situation als Abhängigkeitsverhältnis.

„ich habe ja...ich musste ja da ziemlich nett bleiben, weil, ich habe ja nicht gewusst, was der dort schreibt. Also, verstehen Sie, sie sind in einer Abhängigkeitsverhältnis, Sie können gar nichts machen, Sie können wirklich gar nichts machen. Das ist einfach auf Gedeih und Verderben ausgeliefert. Das ist nicht so eine angenehme Sache.“ (FG4, S. 17).

5 Beantwortung der Fragestellungen

Im Folgenden werden die in Kapitel 2.1 aufgeworfenen Fragestellungen auf der Grundlage der in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse beantwortet.

1. Wie gehen Patienten bei der Suche nach einer Hausärztin vor? Welche Informationskanäle nutzen sie?

Rückblickend machten sich die Patienten hauptsächlich aus drei Gründen auf die Suche nach einem neuen Hausarzt. Erstens, weil sie umzogen sind. Zweitens, weil ihr bisheriger Hausarzt seinen Ruhestand antrat oder verstarb. Drittens, weil aufgrund eines Notfalls dringend ein Hausarzt benötigt wurde.

Bei der Wahl des derzeitigen Hausarztes spielten vornehmlich drei Kriterien eine entscheidende Rolle. So ist es für viele Patienten z.B. wichtig, dass sich die Arztpraxis in der Nähe der eigenen Wohnung bzw. des eigenen Hauses befindet. Ein zweites wichtiges Kriterium ist die Disponibilität des Hausarztes. Wenn die Öffnungszeiten der Arztpraxis an die Arbeitszeiten der Patienten angepasst sind, wenn in den Ferien Vertretungen organisiert werden, dann schätzen die Patienten diesen Service sehr. Ein drittes wichtiges Kriterium ist,



dass sämtliche Familienangehörige zum selben Hausarzt gehen können.

Am häufigsten wenden sich Patientinnen bei der Suche nach einem neuen Hausarzt an persönlich näher bekannte Personen; allen voran an Verwandte, Freunde, Bekannte sowie Arbeitskolleginnen, teilweise aber auch an die früheren Hausärzte. Als weitere wichtige Informationsquelle bei der Suche nach einem neuen Hausarzt werden zudem Institutionen des Gesundheitswesens – allen voran Spitäler und Krankenkassen – sowie Gemeindeverwaltungen genannt. Vor allem in Fällen, in denen rasch und eher notfallmässig ein Hausarzt benötigt wird, wird zudem das Telefonbuch als Informationsmedium angegeben. Im Gegensatz zu diesen von den Diskussionsteilnehmenden als wichtig erachteten Informationskanälen, spielt das Internet bei der Hausarztsuche keine wichtige Rolle. Diese Tatsache kann u.a. damit erklärt werden, dass der Nutzen des Internets für diesen Zweck generell in Frage gestellt wird.

2. Welche Kriterien wenden Patienten bei der Beurteilung der Qualität von Hausärztinnen an?

Auf die offen gestellte Frage, was einen guten Hausarzt ausmacht, wird am häufigsten geantwortet, dass sich ein guter Hausarzt Zeit nehmen und die Anliegen seiner Patienten ernst nehmen sollte. Ein guter Hausarzt zeigt also Interesse an den Sorgen seiner Patienten, hört gut zu und spricht offen und verständlich mit seinen Patienten. Eine offene, auf gegenseitigem Vertrauen basierende Interaktion und Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient stellt also in den Augen der Patienten *das* zentrale Qualitätskriterium in der Hausarztmedizin dar.

Daneben werden häufig auch Aspekte, die eher die Art und Weise der Behandlung und damit das Kriterium der Fachlichkeit betreffen, erwähnt. Das in diesem Zusammenhang am häufigsten genannte Kriterium für einen guten Hausarzt ist das Anliegen, dass der Hausarzt rechtzeitig einen Facharzt konsultiert bzw. eine entsprechende Überweisung veranlasst. Ein fachlich als gut befundener Hausarzt ist zudem jemand, der bei der Behandlung eine ganzheitliche Perspektive einnimmt und bei der Verabreichung von Medikamenten eine gewisse Zurückhaltung walten lässt. Drei Personen sprechen dann von einem guten Hausarzt, wenn er über langjährige Erfahrung und ein breites Fachwissen verfügt.

Ein Hausarztwechsel wird vor allem aufgrund einer Fehldiagnose und/oder einer fehlerhaften bzw. wirkungslosen Therapie erwogen. Allerdings fällt auf, dass ein solches „Vergehen“ seitens des Hausarztes als ziemlich gravierend eingestuft werden muss, bevor ein Wechsel effektiv stattfindet. Weiter würden Patienten ihren Hausarzt auch dann wechseln, wenn dieser nicht mehr zuhören oder das Gefühl vermitteln würde, seine Patienten nicht mehr ernst zu nehmen.

3. Wie schätzen Patientinnen die derzeitigen Möglichkeiten, sich über die Qualität von Hausärztinnen zu informieren, ein?

Die meisten Patienten bekundeten grosse Mühe damit, diese Fragestellung zu beantworten. Vielfach erfolgte der Hinweis, sich noch nie damit befasst zu haben, welche Informationsmöglichkeiten es im Einzelnen gebe und in welchen Bereichen zusätzliche Informationen wünschenswert sein könnten. Auch wisse man nicht



recht, wie man bei der Suche vorgehen müsste – sei dies im Internet, aber auch bei anderen Informationsquellen. Insofern können die von Patienten georteten Schwierigkeiten bei der Suche nach Qualitätsinformationen auch damit erklärt werden, dass die allermeisten Diskutanten (sowohl jüngere wie auch ältere) ausgesprochen schlecht darüber informiert sind, welche Angebote überhaupt bestehen. Vor diesem Hintergrund blieben die Äusserungen auf diese Frage entsprechend vage.

Dass es viele Patienten als schwierig erachten, sich über die Qualität von Hausärzten zu informieren, scheint auch darauf zurückzuführen zu sein, dass viele Patienten der Überzeugung sind, die Qualität eines Hausarztes nur schwerlich beurteilen zu können. Leicht zu bewertende Kriterien (wie zum Beispiel die Anzahl der besuchten Weiterbildungen) allein scheinen hier kaum ausreichend; wichtige Aspekte, wie zum Beispiel eine gute Diagnosestellung, hingegen für den Laien nur schwer messbar.

4. Welche zusätzlichen Informationen wünschen sich Patienten bezüglich der Qualität von Hausärztinnen?

So wie diese Frage formuliert ist, wird vorausgesetzt, dass Patientinnen darüber im Bild sind, welche Informationen bezüglich der Qualität von Hausärztinnen abrufbar sind und deshalb einschätzen können, welche zusätzlichen Informationen wünschenswert wären. Dass diese Voraussetzung kaum als gegeben betrachtet werden kann, wurde bereits aufgezeigt. Insofern kann diese Fragestellung nicht eindeutig beantwortet werden.

Grundsätzlich scheint ein diffuses Bedürfnis nach mehr Qualitätsinformationen über Hausärztinnen zu bestehen, jedoch keine rechte Vorstellung, wie diese neuen Angebote aussehen könnten. Wo derart wenig Vorüberlegungen seitens der Patienten bestehen, kann die stark strukturierte Methode einer standardisierten Erhebung (wie in der repräsentativen Anschlussuntersuchung geplant) durch die Vorgabe von auszuwählenden Antwortkategorien die nötigen Anhaltspunkte geben, um die diffusen Vorstellungen in eine Form zu bringen.

In Bezug auf das Internet sind es zusammengefasst lediglich sechs Merkmale, bei denen Patientinnen einen Informationsbedarf sehen, der durch das Internet abgedeckt werden könnte:

- Alter des Hausarztes;
- Sprachkenntnisse des Hausarztes;
- Angaben zum Praxisteam;
- Lage und Erreichbarkeit der Praxis (z.B. ÖV-Anbindung, Anzahl Parkplätze);
- Öffnungszeiten und Verfügbarkeit;
- Angebot von Hausbesuchen.

5. Welche Anforderungen sollen Qualitätsinformationen für Patienten erfüllen? In welcher Form sollen sie zugänglich gemacht werden?

Bei dieser Frage konzentrierten wir uns auf das Internet als für diesen Zweck prädestinierte Informationsplattform. Für Patienten ist es wichtig, dass Informationen zu Hausärzten von einer seriösen, vertrauenswürdigen



Quelle stammen. Wird diese Voraussetzung nicht erfüllt, wird entsprechenden Informationen mit grossen Vorbehalten begegnet. Durch Patienten vorgenommene Bewertungen von Hausärzten werden dementsprechend von einer Mehrheit der Diskussionsteilnehmenden als problematisch erachtet. Deshalb wünschen sie sich im Internet hauptsächlich Informationen zu „facts and figures“. Eine Website mit Informationen zur Qualität von Hausärzten und anderen Aspekten sollte möglichst einfach und übersichtlich gestaltet sein.

6. Zusatzfrage: Wie wird das Verhältnis Arzt-Patient wahrgenommen?

Der Grundtenor in den Patienten-Meinungen ist eindeutig: Das Hausarzt/Patient-Verhältnis reicht aufgrund verschiedener Aspekte deutlich über ein reines Dienstleistungsmodell hinaus. Die Patienten-Einstellung zum Hausarzt ist dabei abhängig von der Häufigkeit der Hausarztbesuche, der Art der vorliegenden Erkrankung sowie der Dauer des Kontaktes zur Hausärztin. Personen, die ihre Hausärztin nur alle zwei Jahre kurz wegen einer Erkältung konsultieren, tendieren folglich eher zum Dienstleistungsmodell. Zudem bestätigt sich die Annahme eines Generationsunterschieds in den Diskussionen nicht: jüngere Patienten nehmen ihre Hausärztin nicht häufiger als Dienstleisterin wahr als ältere.

Besonders deutlich wird der Unterschied zu einem „normalen“ Dienstleistungsverhältnis in Notfällen, die mit starken Schmerzen verbunden sein können. Patienten müssen hierbei in einer körperlichen Verfassung über die Inanspruchnahme „ärztlicher Dienstleistungen“ entscheiden, in der Personen gemeinhin keine weitreichenden „Geschäfte“ tätigen würden. Aber auch ausserhalb von Notsituationen besitzt das Arzt/Patient-Verhältnis aufgrund des hohen Intimitätsgrades der ärztlicher Behandlung und der Preisgabe von persönlichen Informationen im Beratungsgespräch einen besonderen Charakter.

Die Behauptung, das bis anhin vorherrschende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient sei unterdessen von einem Vertragsverhältnis abgelöst worden, in dem der Patient den Part des Kunden und der Arzt den Part des Dienstleisters übernimmt, greift demnach zu kurz. Für die grosse Mehrheit der Patienten stellt das Verhältnis zu ihrem Hausarzt nach wie vor etwas Besonderes dar.



Literaturverzeichnis

- Amhof, Robert & Celina Galkowski (2007): „Mehr Transparenz über die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung“. Bertelsmann Stiftung: *Newsletter Gesundheitsmonitor* 3/2007.
- Brinkmann, Anne; Jung, Julia & Holger Pfaff (2007): „Wie bewerten Patienten die Qualität in der ambulanten Versorgung?“ In: Böcken, Jan; Braun, Bernard & Robert Amhof (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: 35-53.
- Geisler, Linus (2002): „Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips“. *Abschlussbericht der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14.5.2002*: 216-220.
- Lamnek, Siegfried (2005): *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Marstedt, Gerd (2007): „Transparenz in der ambulanten Versorgung: Patienten auf der Suche nach einem „guten Arzt““ In: Böcken, Jan; Braun, Bernard & Robert Amhof (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung: 11-34.
- Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP) (2003): „The Future Patient in Switzerland. Das Gesundheitssystem der Zukunft aus Sicht von Bürgerin und Bürger“. Bern: SGGP Schriftenreihe Nr. 71
- Picker Institut Deutschland (2006): *Qualitative Evaluation von patienten- und bedarfsgerechten Informationen über Gesundheitseinrichtungen*. Picker: 2006



Anhang: Erste Überlegungen zu einem Fragenkatalog für eine allfällige repräsentative Befragung

Bei dem nachstehenden Fragenkatalog handelt es sich um einen ersten (noch nicht erschöpfenden) Grobentwurf für ein Erhebungsinstrument, wie es in einer repräsentativen Befragung zum Einsatz gelangen könnte. Da zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Schlussberichtes noch nicht entschieden war, ob die qualitative mit einer quantitativen Erhebung vertieft werden soll, wurde der Aufwand zur Erstellung dieses Fragenkatalogs bewusst in Grenzen gehalten.

Themenkomplex Informationskanäle

- Welche Informationsquellen nutzen Patienten bei der Suche nach neuem Hausarzt?

=> *Beispielformulierung für den Fragebogen*

Falls Sie einen neuen Hausarzt oder eine neue Hausärztin benötigen würden, z.B. wegen Ruhestandes jetzigen Arztes oder wegen einem Umzug: Wo würden Sie sich bei Ihrer Suche informieren? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kollegen und Freunde | <input type="checkbox"/> Spital |
| <input type="checkbox"/> Verwandte | <input type="checkbox"/> Apotheke |
| <input type="checkbox"/> FMH | <input type="checkbox"/> früherer Hausarzt |
| <input type="checkbox"/> Patientenorganisation | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse | <input type="checkbox"/> Gemeindeverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> sonstiges |

- Wie fällt das Vertrauen der PatientInnen in die genannten Quellen aus?
- Informationskanal Internet
 - In welchem Ausmass kennen in der Schweiz wohnhafte Personen die bestehenden Internetangebote bezüglich Hausarztmedizin?
 - Wie werden bestehende Internetangebote genutzt? Werden eher Informationen über bestimmte Erkrankungen oder Informationen über Hausärzte gesucht?
 - Welche Anforderungen haben in der Schweiz wohnhafte Personen an die Gestaltung eines Internetangebotes zur Hausarztmedizin?



Themenkomplex Informationsbedürfnisse

- Welche Informationen wünschen PatientInnen bei der Suche nach einem neuen Hausarzt bzw. einer neuen Hausärztin?

=> *Beispielformulierung für den Fragebogen*

Falls Sie aus irgendwelchen Gründen einen neuen Hausarzt oder eine neue Hausärztin benötigen: Für wie wichtig halten Sie folgende Informationen?	
▪ Alter des Hausarztes	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Geschlecht des Hausarztes	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Fachtitel des Hausarztes	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Sprachkenntnisse des Hausarztes	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Anzahl Parkplätze	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Öffnungszeiten der Praxis	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Angebot von Hausbesuchen	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Fortbildungen des Hausarztes	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ durchschnittl. Wartezeit auf Termin	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ Zusatzausbildungen (z.B. Alternative Verfahren)	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig
▪ durchschnittl. Wartezeit in der Praxis	unwichtig <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> sehr wichtig

Bereitstellung zusätzlicher Informationen

- Sind Sie mit dem bestehenden Informationsangebot über Hausärzte zufrieden?
- Falls zusätzliche Informationen über Hausärzte veröffentlicht werden: Durch wen sollte dies geschehen? (FMH, Bundesamt für Gesundheit, Krankenkasse, private Unternehmen etc.)
- Wo sollen diese zusätzlichen Informationen veröffentlicht werden bzw. bereit liegen? (z.B. in Apotheken, in Arztpraxen, in Krankenkassen-Zeitschriften, Tageszeitungen, Wochenzeitschriften, im Internet etc.)
- Welche Anforderungen müssen Qualitätsinformationen für Patienten erfüllen (Inhalt, Layout, Aktualität etc.)?

Themenkomplex Qualitätskriterien

- Strukturqualität
 - Fachliche Kompetenz des Arztes bzw. des Praxispersonals:
Welchen Stellenwert hat die fachliche Kompetenz für PatientInnen?
In welchem Masse schreiben sich die PatientInnen eine Beurteilungsfähigkeit ärztlicher Fach-



kompetenz zu?

An welchen Kriterien (Fachtitel, Weiterbildung, zielsichere Diagnose/Therapie etc.) machen PatientInnen diese fachliche Beurteilung fest?

– Infrastruktur

Welchen Stellenwert hat die Infrastruktur der Praxis (Einrichtung und Grösse, technische Ausstattung etc.) für PatientInnen?

Welchen Stellenwert hat die Infrastruktur im Umfeld der Praxis (Erreichbarkeit der Praxis mit ÖV, ausreichend Anzahl Parkplätze, Nähe zu Apotheke, Einkaufszentrum etc.)

• Prozessqualität

– Wie wird die Praxisorganisation bewertet? (Abläufe bei der Terminvereinbarung, dem Empfang in der Praxis, Wartezeit in der Praxis etc.)

– Wie wird die Atmosphäre in der Praxis empfunden? (Umgang des Personals mit den PatientInnen und untereinander etc.)

– Wie wichtig sind folgende Kriterien bei einem Hausarzt?

- o dass er/sie sich genügend Zeit nimmt für meine Anliegen
- o dass er/sie mich ernst nimmt
- o dass er/sie offen und verständlich kommuniziert
- o dass er/sie allfällige Risiken und Nebenwirkungen einer Therapie aufzeigt
- o dass er/sie auch Alternative Verfahren anbietet (Homöopathie etc.)

– Beschreibung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

⇒ **Beispielformulierung für den Fragebogen**

<p><i>(Offenen Frage):</i> Wie würden Sie ganz allgemein das Verhältnis zwischen Hausarzt und Patient bzw. Patientin beschreiben? ➔ <i>Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit zum Überlegen und Schreiben</i> ◀</p> <p>.....</p>

– Welche Indikatoren nehmen aus Patientensicht Einfluss auf die Art des Verhältnisses? (Dauer des Kontaktes zum Hausarzt, Häufigkeit/Regelmässigkeit des Arztbesuches, Art der Erkrankung, Stellung und Bekanntheit eines „Dorfarzt“ versus Hausärzte im städtischen Kontext etc.)

• Ergebnisqualität

– Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg der letzten Hausarztkonsultationen

– An welchen Kriterien machen die PatientInnen ihre Zufriedenheit mit dem Behandlungserfolg fest? (Dauer der Behandlung, Häufigkeit der notwendigen Arztbesuche, Beeinträchtigungen während der



Behandlung, Kosten der Behandlungen etc.)

- Gesamtzufriedenheit mit dem derzeitigen Hausarzt
- Welche Qualitätskriterien müssten verletzt werden, damit PatientInnen den Hausarzt wechseln? (Fehl-diagnose, fehlerhafte bzw. wirkungslose Therapie, Verschweigen von eingetretenen Fehlern, verzögerte Konsultation eines Facharztes, etc.)

Themenkomplex Verhältnis zum derzeitigen Hausarzt

- Anzahl Arztbesuche (letzte 12 Monate bei Haus- und Facharzt)
- Praxisform des Hausarztes (Einzel- Gruppenpraxis etc.)
- Lage der Praxis (Quartierform: Innenstadt, Wohnquartier etc.)
- Entfernung der Praxis zum Wohnort und Erreichbarkeit mit ÖV
- Ausbildung (Allgemeinmediziner, Internist etc.) und ggf. Zusatzausbildungen des Hausarztes (z.B. im komplementärmedizinischen Bereich)
- Dauer des Kontaktes
- Wartezeit bis zum Hausarzttermin und subjektive Bewertung der Wartezeit
- Wartezeit in der Praxis und subjektive Bewertung der Wartezeit
- Dauer von Untersuchung und Arztgespräch (subjektive Bewertung)
- Zufriedenheit mit dem Hausarzt (multidimensionale Messung: Zufriedenheit mit Behandlung, Informationen, Praxisausstattung etc.)
- Kriterien bzw. Umstände die zur Auswahl des Arztes führten

Themenkomplex persönliche Angaben

- Geschlecht
- Geburtsjahr
- Zivilstand
- Nationalität
- Ausbildung
- Erwerbstätigkeit
- Gewähltes Versicherungsmodell (Hausarzt-, HMO-Modell, Call-Med etc.)
- Gesundheitszustand (Angaben auf Liste mit bestehenden Erkrankungen und subjektive Selbsteinstufung des Gesundheit)