



Hochschule für Angewandte
Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

**Untersuchung der Beratungsqualität und Umsetzung der DEGAM-Leitlinie
bei Hamburger Orthopäden**

Bachelor-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

im Studiengang

Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von

Christine Stork

Matrikelnummer 2044885

Erstgutachterin: Profⁱⁿ Drⁱⁿ Zita Schillmöller (HAW Hamburg)

Zweitgutachterin: M.A. Katrin Müller (Universität Hamburg)

Hamburg, 22.08.2014

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	1
2	Einleitung.....	3
3	Begriffsdefinitionen.....	5
4	Hintergrund.....	6
4.1	Die Verbraucherzentrale: Abteilung Gesundheit und Patientenschutz	6
4.2	Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Behandlung	7
4.3	Ärztliche Beratung und Aufklärung	8
4.3.1	Definition Beratung	8
4.3.2	Definition Aufklärung und rechtliche Grundlagen.....	9
4.3.3	Shared decision making.....	9
4.4	Individuelle Gesundheitsleistungen und individuelle Gesundheitsleistungen bei Orthopäden	12
5	Theoretisches Vorgehen	15
5.1	Definition DEGAM–Leitlinie	15
5.2	Definition Nackenschmerzen.....	16
6	Methodisches Vorgehen.....	18
6.1	Studiendesign.....	18
6.2	Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage.....	19
6.3	Anwendung der beobachtenden Teilnahme	19
6.4	Entstehung der Stichprobe	20
6.5	Erstellung der Checkliste.....	23
6.6	Besuche bei den Ärzten	27
6.7	Auswertung der Checkliste.....	28
7	Ergebnisse	30
7.1	Ergebnisse gesamt.....	30

7.2	Auswertung der Ergebnisse für den Bereich der orthopädischen Untersuchung.....	31
7.3	Auswertung der Ergebnisse für den Bereich Beratungs- und Aufklärungsverhalten	32
7.4	Auswertung der Ergebnisse der IgeL – Angebote	34
7.5	Genaue Erläuterung der Sonderfälle	34
7.6	Unterschiede in den Stadtteilgruppen.....	35
8	Diskussion	37
8.1	Methodendiskussion.....	37
8.2	Ergebnisdiskussion.....	38
9	Limitationen	40
10	Ausblick auf die Entwicklung des Arzt–Patienten Verhältnisses	42
11	Fazit.....	45
12	Literaturverzeichnis.....	47
	Eidesstattliche Erklärung	A
	Anhang: Checkliste.....	B

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Einteilung der Stadtteile	21
Tabelle 2:	Übersicht Stadtteildaten	23
Tabelle 3:	Aufschlüsselung Punkteschema	26
Tabelle 4:	Übersicht Punkte und Benotung	30
Tabelle 5:	Notenspiegel	31
Tabelle 6:	Notendurchschnitt	35
Tabelle 7:	Prozentuale Auswertung der IgeL – Angebote	36

1 Zusammenfassung

Das Thema der vorliegenden Arbeit befasst sich mit der Durchführung und den Ergebnissen des in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Hamburg im April 2014 durchgeführten Projektes zur Bewertung medizinischer Standards bei Hamburger Orthopäden. Ziel der Untersuchung war eine Überprüfung sowohl der Beratungsqualität als auch der Einhaltung und Anwendung der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz.

Als theoretische Basis für die Bewertung der Ärzte¹ wurde die Rechtsprechung in Bezug auf die Aufklärung und Beratung von Seiten der Ärzte, medizinische Fachliteratur und die DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz zu Grunde gelegt.

Im Zuge der Untersuchung legte man besonderen Wert auf eine Beratung im Sinne des Shared decision making und die Einhaltung der in der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz geforderten Untersuchungspunkte. Auf dieser Basis entstand eine Checkliste, welche die forschende Person, die während des gesamten Projektes als Patientin agierte, im Anschluss an jeden Arztbesuch ausfüllte. Die Auswahl der Ärzte erfolgte über einen Stichprobenpool. Eine Aufteilung von elf Hamburger Stadtteilen erbrachte die Gruppierungen arme Stadtteile, mittlere Stadtteile und reiche Stadtteile. Die Ziehung ergab acht Ärzte in den armen Stadtteilen, sieben Ärzte in den mittleren Stadtteilen und acht Ärzte in den reichen Stadtteilen. Die Auswertung der genannten Checkliste erfolgte über das Schulnotensystem und wurde einmal gesamt und einmal jeweils für die drei Stadtteilgruppen vorgenommen. Die Bewertung teilte sich zum einen das medizinische Vorgehen und zum anderen, in das beratende Vorgehen der Ärzte auf.

Die Auswertung ergab einen Gesamtschulnotendurchschnitt von 3,9 und war damit als insgesamt ausreichend zu bezeichnen. Aufgeschlüsselt in die genannten Bereiche des medizinischen und beratenden Vorgehens fielen hier die Ergebnisse für das beratende Vorgehen geringfügig schlechter aus als bei der medizinischen Vorgehensweise.

¹Im Zusammenhang mit den besuchten Ärzten, wird das männliche Personalpronomen verwendet, da es sich um einen Stichprobenpool mit ausschließlich männlichen Ärzten handelt.

Für den Bereich der medizinischen Vorgehensweise konnte so die Einhaltung der Vorgaben aus den genannten Grundlagen als ausreichend erachtet werden. Im Bereich des beratenden Vorgehens erreichten diese Forderung nur die Gruppen der mittleren und reichen Stadtteile.

Als Fazit der durchgeführten Untersuchung ergibt sich daraus ein Handlungsbedarf im Bereich der Arzt-Patienten Kommunikation ebenso wie die Forderung nach der strikteren Einhaltung der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz. Dies erfordert ein Umdenken, vor allem von Seiten der Medizinerinnen und Mediziner, welches schon im Studium begonnen werden muss. Die erkrankten Personen sollen als gleichberechtigte Partner in einer medizinischen Beratung angesehen werden.

Neue Module im Bereich des Medizinstudiums, welche schon dort den kommunikativen Umgang mit Patientinnen und Patienten auch in Bezug auf das Beratungsmodell des Shared decision making fördern, sind eine gute Voraussetzung zur Verbesserung der in dieser Arbeit beschriebenen Kommunikationsproblematik.

2 Einleitung

Im Jahr 2010 begann die Verbraucherzentrale Hamburg mit einem Projekt, welches sich mit der Überprüfung von medizinischen Standards auseinandersetzte. Thematisch beschäftigte sich das genannte Projekt mit der Facharztgruppe der Schönheitschirurgen in Hamburg (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2010).

Angeregt durch den Erfolg des Projektes, wurden in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheit und Patientenschutz weitere Projekte dieser Art geplant und durchgeführt. Im Jahre 2013 folgte die Bewertung der Zahnärzte (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2013), im Jahr 2014 die der Augenärzte (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 a) und Orthopäden (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 e).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Durchführung und den Ergebnissen des Orthopädenprojekts und beleuchtet dabei die Einhaltung der bestehenden Leitlinie Nackenschmerz und die Beratungsqualität zu dieser Erkrankung.

Für die Umsetzung des Projektes setzte man sich zunächst mit den rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Aufklärung und Beratung sowie der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz auseinander und erarbeitete daraus eine Checkliste, welche später als Bewertungsgrundlage diente. Weiterhin fand das Projekt Unterstützung durch einen beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen tätigen Arzt.

Als Studiendesign wurde die beobachtende Teilnahme gewählt, mit der ein Anpassen der Ärzte² an die Beobachtungssituation ausgeschlossen werden konnte. Die Auswahl der zu besuchenden Orthopäden erfolgte per Ziehung aus einem Stichprobenpool, mit Unterstützung der Verbraucherzentrale Hamburg.

Unter der Vorgabe sich wie eine normale Patientin zu verhalten besuchte die forschende Person die gezogenen Ärzte und hielt die jeweiligen Ergebnisse der Besuche mit Hilfe der zuvor erstellten Checkliste fest. Die Checkliste enthielt, nach den Vorgaben der Rechtsprechung, der DEGAM-Leitlinie und Fachliteratur, erarbeitete Items denen jeweils ein Punktwert zugeordnet wurde.

² Im Zusammenhang mit den besuchten Ärzten, wird das männliche Personalpronomen verwendet, da es sich um einen Stichprobenpool mit ausschließlich männlichen Ärzten handelt.

Die Auswertung der pro Arzt erreichten Punkte erfolgte nach einem festgelegten Punkteschema aus welchem dann die Berechnung einer Note, im Sinne einer Schulnote, pro Arzt resultierte.

Die Ergebnisauswertung erfolgte einmal gesamt, einmal nach der reinen orthopädischen Untersuchungsmethodik und einmal nach der Beratungsqualität.

In Kapitel 8 Diskussion folgt eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen und deren Bedeutung ebenso wie ein weiterer Ausblick in Bezug auf das Arzt–Patientenverhältnis.

3 Begriffsdefinitionen

Zur einfacheren Lesbarkeit im Text wird im Folgenden eine Reihe von hauptsächlich medizinischen Begrifflichkeiten definiert.

Chronifizierung:

Langsamer Verlauf oder langsame Entwicklung einer Erkrankung über einen längeren Zeitraum (Pschyrembel, 1993)

Inspektion:

Untersuchung durch äußerliches Betrachten eines Patienten

Muskelhartspann (Myogelose):

Muskelhärte die gekennzeichnet ist durch knotenförmige Verhärtungen und Druckschmerz (Pschyrembel, 1993)

non-compliance (compliance):

Bereitschaft zur Mitarbeit von Seiten des Patienten und Einhaltung der ärztlichen Anweisungen; bei der non – compliance ist diese Bereitschaft nicht gegeben (Pschyrembel, 1993)

Palpation:

Untersuchung durch Betasten eines Patienten (Pschyrembel, 1993)

Rezidivierend:

Wiederauftreten einer Beschwerde oder Erkrankung (Pschyrembel, 1993)

Subakut:

Nicht heftig verlaufend (Pschyrembel, 1993)

4 Hintergrund

Die vorliegende Arbeit ist aufgebaut auf dem, in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Hamburg, durchgeführten Projekt zur Überprüfung medizinischer Standards bei Fachärzten. Das folgende Kapitel legt die Hintergründe des Projektes dar und definiert die zugrunde liegenden Anforderungen.

4.1 Die Verbraucherzentrale: Abteilung Gesundheit und Patientenschutz

Die Verbraucherzentrale Hamburg (VZ) ist die erste in Deutschland gegründete Verbraucherzentrale. Der am 5. März 1957 gegründete gemeinnützige Verein hat heute 34 Mitglieder. Diese sind zum Teil Einzelpersonen (elf) und zum Teil Verbände (23) (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 c).

Die Verbraucherzentrale Hamburg hat sich als Leitbild eine kompetente, unabhängige Beratung für alle Verbraucher gesetzt. Fast alle Fragen zum privaten Konsum der Verbraucher können hier beantwortet sowie Informationen und Hilfe bei der Durchsetzung von Rechten gegenüber Dienstleistern erlangt werden. Dies geschieht zum einen durch die Möglichkeit des Literaturerwerbs vor Ort oder der telefonischen und persönlichen Beratung. Die Beratungen werden von juristischen Fachkräften durchgeführt, die den Kunden auch bei eventuell anfallendem Schriftverkehr behilflich sind. Ebenso können durch die juristischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Abmahnungen an Unternehmen, wegen verbraucherschädlichen Vertragsklauseln, aufgesetzt werden durch verschiedene Kampagnen macht die Verbraucherzentrale immer wieder auf Missstände in Unternehmen aufmerksam; beispielsweise durch Projekte wie das Vorliegende. So soll den Verbraucherinnen und Verbrauchern mit Hilfe transparenter und verständlicher Informationen die Wahlfreiheit für alle auf dem Markt befindlichen Produkte ermöglicht werden (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 d).

Die VZ berät in ihren elf unterschiedliche Abteilungen umfassend zu den Themen: Kauf, Dienstleistungen, Telekommunikation, Internet, Medien, Geld, Kredit, Versicherungen, Patientenschutz, Ernährung, Umwelt, Bauen, Klima und Energiesparen (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 f).

Das Projekt der vorliegenden Arbeit wurde in Zusammenarbeit mit der Abteilung für *Gesundheit und Patientenschutz* durchgeführt.

Die genannte Abteilung beschäftigt sich mit den Strukturen des Gesundheitswesens und versucht diese den Verbraucherinnen und Verbrauchern transparent zu machen sowie die Bürgerinnen und Bürger über ihre Rechte als Patienten aufzuklären. Sie bietet Hilfe bei allen Fragen zum Thema Krankenkassenwahl und Krankenkassenbeiträge und unterstützt, durch juristische Fachkräfte bei Fragen zu Behandlungsfehlern und Schlichtungsverfahren (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 b).

Die Überprüfung medizinischer Leistungen zum Aufzeigen von Missständen und den Forderungen nach Verbesserungen führt die Abteilung mit Hilfe von Projekten, wie beispielsweise dem vorliegenden durch. Bereits untersucht wurden die Facharztgruppen der Schönheitschirurgen (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2010), der Zahnärzte (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2013) und der Augenärzte (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2013).

4.2 Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Behandlung

In der Präambel der „Berufsordnung der in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011)“, die auf den Grundlagen der Kammer- und Heilberufsgesetze basiert, wird als erstes Ziel die Förderung und Erhaltung des Vertrauens zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten genannt (Bundesärztekammer, 2014). Daraus lässt sich ableiten, dass die Schaffung von Vertrauen zu einer wesentlichen Grundlage der ärztlichen Behandlung zählen muss. Erkrankte Menschen vertrauen darauf, dass die von ihnen gewählte Ärztin oder der gewählte Arzt sie ihren Beschwerden entsprechend untersucht, eine Diagnose stellt, aufklärt und die Behandlung einleitet.

Die Pflichten von Ärztinnen und Ärzten zu den genannten drei Punkten ergeben sich aus verschiedenen rechtlichen Grundlagen.

Der zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zustande kommende Behandlungsvertrag sagt aus, dass *„...die Diagnose, die Therapie und sämtliche Eingriffe und Behandlungen am Körper eines Menschen, um Krankheiten, Leiden, Körperschäden, körperliche Beschwerden oder seelische Störungen nicht krankhafter Natur zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern...“* Bestandteile der ärztlichen Pflichten sind (Verein für soziales Leben e.V., 2013).

Mit anderen Worten ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag für Ärztinnen und Ärzte die Verpflichtung die Patientinnen und Patienten zu untersuchen, zu behandeln und ihn oder sie über die Art der Erkrankung und deren Verlauf aufzuklären (Martis & Winkhart, 2010).

4.3 Ärztliche Beratung und Aufklärung

Für die grundlegende Erarbeitung der Methodik zur Durchführung dieses Projektes ist es zunächst notwendig die verwendeten Begrifflichkeiten zu definieren. Auf die ärztliche Beratung und Aufklärung von Patientinnen und Patienten wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit besonders Wert gelegt. Wichtig ist deshalb dazulegen, dass die geforderten Leistungen der Ärztinnen und Ärzte auf nachvollziehbaren, rechtlichen Grundlagen beruhen.

4.3.1 Definition Beratung

Die Beratung wird nach Georg Dietrich definiert als eine „...helfende Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraumes versucht bei einem desorientierten, inadäquat belasteten oder entlasteten Klienten einen auf kognitiv- emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozess in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können.“ (Dietrich, 1991, p. 2)

Der hier genannte Klient kann als die ratsuchenden Patientinnen und Patienten angesehen werden, welche auf Grund einer wie auch immer gearteten Problematik Ärztinnen und Ärzte, also die beratenden Personen, aufsuchen. In der Theorie wird nun diese beratende Person versuchen mit Hilfe von verbaler Kommunikation den betroffenen Personen zu helfen das bestehende Problem zu lösen. Hierbei ist wichtig zu unterstreichen, dass die Lösung der Problematik zu Grunde legt, die zu behandelnde Person zu einer Einsicht gelangen zu lassen, die es jener Person möglich macht, das Problem auch selbstunterstützend anzugehen. Die beratende Person, also die Ärztin oder der Arzt, übernimmt nach der vorliegenden Definition nicht allein die Lösung des Problems und sollte ebenso vermeiden diese gegen den Willen der ratsuchenden Person durchzusetzen. Vielmehr ist es den Beratern nahe zu legen die "...Eigeninitiative und die

Eigenverantwortlichkeit [der Patientinnen und Patienten] zu aktivieren..." (Dietrich, 1991, p. 4).

4.3.2 *Definition Aufklärung und rechtliche Grundlagen*

In der Rechtsprechung finden sich verschiedene Arten der Aufklärung – man unterscheidet unter anderem Selbstbestimmungsaufklärung, Diagnoseaufklärung, Verlaufsaufklärung, Alternativaufklärung sowie Risikoaufklärung (Martis & Winkhart, 2010). Da es den Rahmen der vorliegenden Arbeit zu weit ausdehnen würde, jede Aufklärungsform genau zu erläutern, wird im Folgenden eine allgemeine Definition der ärztlichen Aufklärungspflicht vorgestellt.

Die durch den oder die MedizinerIn erbrachte Aufklärung dient dazu Patientinnen und Patienten in die Lage einer *informierten Risikoabwägung* zu versetzen. Art, Bedeutung, Ablauf und Folgen der Behandlung sollen den Betroffenen offen gelegt werden (Martis & Winkhart, 2010).

In diesem Zusammenhang besteht die Pflicht von Ärztinnen und Ärzten über „...den ärztlichen Befund, die Art, die Tragweite, Schwere, den voraussichtlichen Verlauf und mögliche Folgen...“ (Martis & Winkhart, 2010, p. 107) aufzuklären (OLG Düsseldorf VersR 1987, 161, 162, Arzthaftungsrecht 2010). Ebenso sind von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten die wahrscheinlichen Heilungschancen durch eine Behandlung und mögliche Behandlungsalternativen zu nennen (OLG Düsseldorf VersR 1987, 161, 162, Arzthaftungsrecht 2010).

Behandlungsalternativen sind aus ärztlicher Sicht nur dann zu nennen, wenn für die vorliegende Erkrankung unterschiedliche Möglichkeiten der Behandlung gegeben sind und diese unterschiedliche Ansätze, Risiken und Erfolgschancen bieten. Die Unterschiede in den Behandlungsmethoden müssen allerdings signifikant sein (OLG Köln, Urt. v. 1.6.2005 - 5U 91/03, VersR 2006,124, 125, Arzthaftungsrecht 2010).

4.3.3 *Shared decision making*

Wie im vorigen Kapitel angesprochen zählt die Durchführung der ärztlichen Beratung zu den elementaren Punkten bei den Forderungen an die zu erbringenden Leistungen der MedizinerInnen.

Ein immer wichtiger werdender Aspekt in heutigen medizinischen Behandlungen, ist die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten in deren Behandlung. Vor allem deshalb, weil die Möglichkeiten der Betroffenen sich durch öffentliche Medien Zugang zu Informationen über Erkrankungen oder deren Behandlungsmöglichkeiten zu verschaffen, den Wunsch auf ein intensiveres Mitspracherecht größer werden lässt (Härter, et al., 2005).

Das Modell des *Shared Decision Making* (SDM, zu Deutsch: Partizipative Entscheidungsfindung) wird beschrieben als „...ein Modell der partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung, die gekennzeichnet ist durch einen gemeinsamen und gleichberechtigten Entscheidungsfindungsprozess“ (Klemperer & Rosenwirth, 2005, p. 5).

Zwar liegen die Anfänge des Modells bereits in den 1960er Jahren, dennoch fand die eigentliche Entwicklung erst in den 1990er Jahren statt. In der heutigen Zeit wird das Konzept des SDM angesehen als das am intensivsten entwickelte und messbarste Konzept im Bereich der Arzt-Patienten-Interaktion (Elwyn, et al., 2005). Das SDM oder auch *partizipatives Entscheidungskonzept* ist mittig eingeordnet zwischen dem *paternalistische* und dem *informierten Entscheidungskonzept* (Härter, et al., 2005).

Beim paternalistischen Ansatz findet lediglich eine minimale Information von Seiten der Ärztinnen und Ärzte statt. Sämtliche Entscheidungen, über Behandlung und Vorgehen, werden durch die MedizinerInnen getroffen. Dieses Vorgehen kann zu einer non-compliance der erkrankten Personen führen, da diese die Wichtigkeit der Mitarbeit bei der Behandlung und das Verständnis dieser nicht mitgeteilt werden (Härter, et al., 2005).

Im Gegensatz dazu wird die Entscheidung über weiteres Vorgehen und Behandlungen beim informierten Entscheidungskonzept ausschließlich den Patientinnen und Patienten überlassen. Zwar beraten die MedizinerInnen die betroffenen Personen mit allen nötigen Informationen zur Entscheidungsfindung, die einzuschlagende Richtung gibt aber allein die erkrankte Person vor. Dieses Modell nimmt an, dass aufgrund der zur Verfügung gestellten Informationen, die jeweilige Person die für sie beste Entscheidung treffen wird (Härter, et al., 2005).

Beide Modelle haben jeweils entscheidende Nachteile: Fühlen sich viele PatientInnen durch ein *paternalistisches System* bevormundet und eingeschränkt,

kann es beim *informierten Modell* wiederum dazu kommen, dass PatientInnen sich alleingelassen und unverstanden fühlen. Ebenso berücksichtigen beide Modelle nicht die persönliche Ebene der erkrankten Personen (Härter, et al., 2005).

Das Modell der Partizipation (also SDM) zeigt hier einen Mittelweg auf. Informationen sollen zwischen MedizinerInnen und PatientInnen ausgetauscht werden und sowohl medizinisch als auch auf persönlicher Ebene eine Beratung herbeiführen. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung wird dabei angestrebt (Scheibler, et al., 2005).

Hierfür gilt es bestimmte Kernkompetenzen sicher zu stellen. Zu allererst ist es nötig eine genaue Definition des zu behandelnden Problems aufzustellen. Es wird angestrebt, dass ÄrztInnen und PatientInnen sich im Gespräch auf Augenhöhe begegnen–also als gleichwertige PartnerInnen agieren. Es müssen Alternativen aufgezeigt werden, wobei eine Alternative hier auch bedeuten kann erst einmal abzuwarten und die Behandlung aufzuschieben. Von medizinischer Seite sollte immer wieder das Verständnis der PatientInnen geprüft werden. Hierzu gehört auch, sich wiederholt mit den Bedenken und Erwartungen der erkrankten Personen auseinander zu setzen. Vor der eigentlichen Entscheidungsfindung steht die Rollenpräferenz. Studien haben ergeben, dass PatientInnen schwierige Entscheidungen gerne ihrer Ärztin oder Arzt überlassen, da sie sich selbst überfordert fühlen oder sie das Gefühl haben, bereits genügend in Entscheidungen einbezogen worden zu sein. Ein tieferes Verständnis der eigenen Problematik ist damit bei der partizipativen Entscheidungsfindung unabdingbar (Härter, et al., 2005). In diesem Zusammenhang ist der von Aaron Antonovsky beschriebene „sense of coherence“ zu nennen, welcher unter anderem beschreibt, dass Menschen, welchen eine hohe Verstehbarkeit der sie betreffenden Stimuli zu eigen ist, eine höhere Chance auf die Lösbarkeit ihrer Problematiken (in diesem Fall ihrer Krankheit) aufzeigen (Franke, 2010).

Kommt der Zeitpunkt des Gespräches, an dem es konkret um die Entscheidungsfindung geht, sollte wenn möglich, die erkrankte Person die Möglichkeit bekommen über das Besprochene nachzudenken und es eventuell mit Angehörigen zu besprechen (Härter, et al., 2005).

Als letzter aber sehr wichtiger Kompetenzpunkt ist die Überprüfung der Vereinbarungen zu nennen. Gespräche sollten in regelmäßigen Abständen ein

erneut geführt werden, um sich gegenseitig über Erfolge, Misserfolge oder Änderungen der Behandlung informieren zu können. (Härter, et al., 2005)

Wie aufgezeigt, gehören zum Konzept des *Shared Decision Making* eine große Bereitschaft beider Parteien, sich einer Neuerung zu stellen. „Zu den Barrieren zählen weniger zeitliche Restriktionen, als vielmehr fehlende kommunikative Fertigkeiten auf Seiten der Ärzte“ (Klemperer & Rosenwirth, 2005, p. 5).

Das SDM kann in vielen Aspekten zu einem besseren Therapieerfolg beitragen. Unter anderem durch höhere Patientenzufriedenheit, verbessertes Krankheitsverständnis, Zunahme der wahrgenommenen Kontrolle über die Erkrankung durch den Patienten, Verringerung von Ängsten und eine höhere Therapietreue (Scheibler, et al., 2005).

4.4 Individuelle Gesundheitsleistungen und individuelle Gesundheitsleistungen bei Orthopäden

Als ein weiterer wichtiger Punkt bei der Überprüfung der ärztlichen Beratungsqualität wurde das Angebot für individuelle Gesundheitsleistung angesehen. Eine individuelle Gesundheitsleistung, das heißt eine Leistung die von PatientInnen selbst bezahlt werden muss und nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird, kommt zu Stande durch einen Beschluss des *Gemeinsamen Bundesausschuss* (GBA). Nach umfassender Prüfung auf Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit einer Therapie oder eines Diagnoseverfahrens entscheidet der GBA, ob die entsprechende Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt wird. Lehnt der GBA eine Therapie oder ein Diagnoseverfahren ab oder hat es noch nicht geprüft, zählt diese Form der Behandlung zu den individuellen Gesundheitsleistungen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2013).

Individuelle Gesundheitsleistungen (IgeL) werden definiert als „ärztliche Leistungen, die

- generell oder im Einzelfall nicht der Leistungspflicht der GKV unterliegen,
- aus ärztlicher Sicht erforderlich oder empfehlenswert, zumindest aber vertretbar sind und
- von Patientinnen und Patienten ausdrücklich gewünscht werden“ (Bundesärztekammer, 2007).

Gerade weil die Endgeldleistung von PatientInnen selbst erbracht werden muss, ist eine umfassende Aufklärung über die empfohlene oder gewünschte Leistung von großer Wichtigkeit. Unter anderem muss die zu erbringende Leistung von den Ärztinnen und Ärzten definiert und ihre Notwendigkeit erklärt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass der von der gesetzlichen Krankenkasse erbrachte Leistungskatalog nicht abgewertet wird. Weiterhin ist das Angebot der Leistung frei bleibend zu formulieren. Die betroffenen Personen müssen also die Möglichkeit bekommen sich frei für oder gegen die angebotene Maßnahme zu entscheiden. Entstehende Kosten sind durch die ÄrztInnen schriftlich aufzulisten und mit der Gebührenordnung für Ärzte abzurechnen. Die Bundesärztekammer hat einen Fragenkatalog³ zusammengetragen, mit welchem sich Patientinnen und Patienten ebenso wie Ärztinnen und Ärzte über den richtigen Umgang mit IgeL – Leistungen informieren können (Bundesärztekammer, 2007).

Laut des Monitors des *wissenschaftlichen Instituts der AOK* (WIdO) steigt die Zahl der zusätzlich angebotenen Leistungen in Arztpraxen an (Zok, 2013).

Ebenso geht aus dem Bericht hervor, dass orthopädische Praxen im Vergleich mit einer durchschnittlichen allgemeinmedizinischen Praxis fünf Mal so häufig eine Selbstzahlerleistung anbieten.

Eine im Jahre 2005 durchgeführte Studie des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und der Verbraucherzentrale Nordrhein Westfalen zeigt auf, dass die häufigsten von OrthopädInnen erbrachten IgeL mit 39,4% vom GBA abgelehnte

³ Weitere Informationen zum genannten Fragebogen zu finden auf <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/igel-check.pdf>

Leistungen waren. Darauf folgend in der Häufigkeit Heil- und Hilfsmittel (34,8%) und Knochendichtemessungen (19,7%) (Zok & Schuldzinski, 2005) .

Auf eine genaue Aufzählung und Beschreibung aller in Orthopädiepraxen angebotenen Leistungen wird an dieser Stelle verzichtet und nur in Kurzform diejenigen genannt, die im durchgeführten Projekt angeboten wurden.

Dazu gehören: Anlegen eines Tape–Verbandes, Hydrojet – Massagetherapie (Massagetechnik, welche mittels Wasserströmungen durchgeführt wird), Spritzen mit schmerzstillender Wirkung und das Setzen von Akupunkturnadeln.

5 Theoretisches Vorgehen

Das folgende Kapitel erläutert die Definitionen der für die diese Arbeit zu Grunde gelegten Leitlinie und der Erkrankung Nackenschmerz.

5.1 Definition DEGAM–Leitlinie

Bei den Rechercharbeiten für das vorliegende Projekt stellte man fest, dass eine Behandlungsleitlinie zum Krankheitsbild Nackenschmerz für den Fachbereich der Orthopädie nicht vorhanden ist. Weitere Recherchen in diesem Bereich ergaben, dass jedoch eine Leitlinie zum genannten Thema für AllgemeinmedizinerInnen existiert. Nach Rücksprache mit dem das Projekt begleitenden Referenzarzt des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), wird davon ausgegangen, dass eine für den hausärztlichen Gebrauch konzipierte Leitlinie umso mehr von der entsprechenden Facharztgruppe umzusetzen ist.

Eine Leitlinie für Ärzte ist dabei definiert als „...systematisch entwickelte Entscheidungshilfe[n] für angemessene Vorgehensweisen bei speziellen diagnostischen und therapeutischen Problemstellungen“ (BzgA, o.J.). In Einzelfällen kann von der jeweiligen Leitlinie abgewichen werden, wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt dies als sinnvoll erachtet. Im Gegensatz zu Richtlinien zieht die Nichtbeachtung einer Leitlinie keine direkten Sanktionen nach sich (BzgA, o.J.).

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurde am 12. Februar 1966 in Bad Godesberg gegründet. Sie ist eine gemeinnützige Fachgesellschaft, welche die fachlichen und wissenschaftlichen Interessen der Allgemeinmedizin Deutschland vertritt. Die Mitgliederzahl beläuft sich heute auf mehr als 4550 Personen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014).

Der Gesellschaft angesiedelt ist die ständige Leitlinien- Kommission der DEGAM. Die Kommission entwickelt wissenschaftlich fundierte Leitlinien, die vor Veröffentlichung auch in der Praxis erprobt werden. Ziel ist eine ständige Verbesserung der Versorgungsqualität von hausärztlichen Praxen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014).

5.2 Definition Nackenschmerzen

Die erbrachten Recherchearbeiten zu dieser Arbeit ergaben, dass eindeutige Studien zum Auftreten von Nackenschmerzen im deutschen Raum nicht existieren. In skandinavischen und englischen Studien sind jedoch Zahlen zu finden, die eine Jahresprävalenz von 29 % bis 34 % belegen. Die Lebenszeitprävalenz wird mit 50 % angegeben (Webb, et al., 2003). Nackenschmerzen werden in der Medizin definiert als „Schmerzen im Halswirbelsäule-Schulter-Nacken-Bereich, fakultativ Schmerzausstrahlung zum Hinterkopf helmartig bis zur Schläfenregion [...], [...] in die Arme bis zu den Fingern [...] oder zur Brustwirbelsäule“ (Haaker & Kamp, 2014). Die Schmerzen können in den Hinterkopf und in die Arme ausstrahlen und sind meist mit einem Muskelhartspann und schmerzhaften Bewegungseinschränkungen verbunden (Haaker & Kamp, 2014).

Ursächlich kommen für Nackenschmerzen unterschiedliche Einflussfaktoren in Frage. Die Studienlage zu diesem Thema ist unübersichtlich, da zwar eine Vielzahl Studien existieren, diese durch Anwendung sehr unterschiedlicher Studiendesigns jedoch schwer vergleichbar sind (Scherer & Niebling, 2005). Allerdings gilt mittlerweile als relativ sicher, dass durch negative Stimmungslagen wie Angst, Sorgen oder Depressionen die Schmerzen verstärkt werden können (Linton, 2000). Darüber hinaus kommen auch die subjektive, Lebenseinstellung und chronischer Stress als Auslöser der Schmerzen in Frage (Scherer & Niebling, 2005).

Im klinischen Verlauf werden Nackenschmerzen nach ihrer Dauer eingeteilt:

Akut:	0-3 Wochen Dauer
Subakut:	4-12 Wochen Dauer
Chronisch:	> 12 Wochen Dauer
Rezidivierend:	beschwerdefreies Intervall von maximal 4 Wochen Dauer (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014).

Die Einteilung der Nackenschmerzen nach ihrer Dauer hat auch einen Einfluss auf die Therapieempfehlungen des jeweiligen Zustandes. Da die geltenden Therapieempfehlungen aber oftmals durch eine fehlende wissenschaftliche Evidenz nicht gesichert sind, wird hier der Leitsatz des *primum non nocere*

(deutsch: erst einmal nicht schaden) präferiert. Eine einheitliche orthopädische Leitlinie zu Diagnostik und Therapie gibt es, wie in Kapitel 5.1 Definition DEGAM–Leitlinie erläutert, bisher jedoch nicht. Allerdings hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) eine Leitlinie zur Behandlung von Nackenschmerzen konzipiert (Scherer & Plat, 2009).

Bei *akuten* Nackenschmerzen wird von der DEGAM–Leitlinie die Gabe von Schmerzmitteln empfohlen; diese immer in Verbindung mit einer schnellen Wiederaufnahme der normalen Aktivitäten der Betroffenen und einer zusätzlichen Sportempfehlung. Eine reine Gabe von Schmerzmitteln kann dazu führen, dass PatientInnen nicht mehr selbst aktiv werden und sich somit nicht aus der Schmerzspirale herausbewegen. In der *subakuten* Phase kann ergänzend zu Schmerzmitteln eine manuelle Therapie hilfreich sein. Diese umfasst in den meisten Fällen sowohl Mobilisation als auch Manipulation der betroffenen Schmerzgebiete und soll ebenso helfen die erkrankte Person schnellst möglich wieder selbst aktiv werden zu lassen. Sind die Nackenschmerzen bereits als *chronisch* anzusehen, wird von einer Schmerzmittelgabe abgeraten. Im Falle einer Chronifizierung hat die Wiederherstellung der Beweglichkeit und die Kräftigung der Muskeln Priorität.

Unterstützt werden kann die Therapie mit Akupunktur und auch wieder der Empfehlung von sportlicher Aktivität (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014).

Durch den häufig herrschenden Zeitdruck in hausärztlichen- und orthopädischen Praxen wird oft der Zusammenhang von Nackenschmerzen mit psychosozialen Aspekten außer Acht gelassen (Scherer & Plat, 2009).

Wie bereits erwähnt, kommen jedoch unterschiedliche Studien zu dem Schluss, dass diese Art der Belastung und auch arbeitsplatzbedingte Stressfaktoren den Schmerz verstärken können (Linton, 2000; Linton & Kamwendo, 1989; Westgaard & Jansen, 1992). Demzufolge ist eine Gesprächsführung in der Art des „*Shared Decision Making*“ (siehe Kapitel 4.3.3 Shared decision making) zu empfehlen. Auf diese Weise kann die erfolgversprechendste Methode für ÄrztInnen und PatientInnen festgelegt werden. Die betroffenen Personen sollen verstehen, wie bedeutend die eigene Mitarbeit den Therapieerfolg unterstützen kann (Härter, et al., 2005).

6 Methodisches Vorgehen

Es existieren zwar keine aktuellen Studien zum Thema der Beratung bei FachärztInnen, jedoch wird in Umfragen immer wieder deutlich, dass Betroffene sich in Praxen, auch in Bezug auf die Beratungsqualität, schlecht aufgehoben fühlen (Forsa, 2014).

Aus diesem Umstand leitet sich die für diese Arbeit gestellte Forschungsfrage ab:

Werden die Vorgaben der DEGAM-Leitlinie und die Grundlagen der Beratung eingehalten?

Die Untersuchung umfasst dabei sowohl die Bewertung der körperlichen Untersuchung als auch die Art der Aufklärung und Beratung in Bezug zu den erklärten Schmerzen.

6.1 Studiendesign

Bei der vorliegenden Untersuchung wird vor allem auf die Einhaltung der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz und die Beratung der einzelnen Mediziner⁴ während der Konsultation Wert gelegt. Zu diesem Zweck wurden die ausgewählten Ärzte mit der Problematik lang bestehender Nackenschmerzen und dem Wunsch nach Untersuchung und Beratung in Bezug auf die bestehenden Schmerzen besucht. Die zu erwartende Vorgehensweise der Ärzte entstammt der Fachliteratur (Wirth, 1992), der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014), rechtlichen Grundlagen in Bezug auf Aufklärung und Beratung (Martis & Winkhart, 2010) und der Untersuchung der Patientin durch den Referenzarzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Als Erwartungshaltung gilt hier die Einhaltung der in der DEGAM-Leitlinie festgelegten Punkte und die Umsetzung der rechtlich vorgeschriebenen Aufklärung und Beratung mit Bezug auf das Konzept des Shared Decision Making. Als Therapieempfehlung werden, wie von der DEGAM-Leitlinie vorgeschlagen, vor allem eine Aufforderung zu sportlichen Aktivitäten und eine Teilnahme an einer mobilisierenden Maßnahme, wie zum Beispiel Krankengymnastik, erwartet. Eine Gesprächsführung und Beratung, bei welcher

⁴ Im Zusammenhang mit den besuchten Ärzten, wird das männliche Personalpronomen verwendet, da es sich um einen Stichprobenpool mit ausschließlich männlichen Ärzten handelt.

die Vor- und Nachteile verschiedener Sportarten und Bewegungstherapieformen erläutert werden sollte ebenso Bestand sein.

Da es sich, wie bereits erwähnt, bei Nackenschmerzen um ein häufig auftretendes Problem handelt, wird außerdem erwartet, dass die Mediziner das Problem kennen und es ernst nehmen. Darüber hinaus sollte eine adäquate Therapieempfehlung und Zieldefinierung mit der Patientin besprochen werden.

6.2 Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage

Die gestellte Forschungsfrage: *Werden die Vorgaben der DEGAM- Leitlinie und die Grundlagen der Beratung eingehalten?* wird sowohl mit Methoden der qualitativen, als auch mit solchen der quantitativen Forschung bearbeitet.

Zunächst findet eine beobachtende Teilnahme und somit eine qualitative Forschung, in den Praxen der Ärzte statt, bei der mit Hilfe einer vorher erstellten Checkliste (siehe Anhang: Checkliste) die durchgeführte Behandlung dokumentiert wird. Die Verfasserin dieser Arbeit wird als Patientin selbst die Beobachtung durchführen und ist somit in jeden Ablauf involviert. Die Auswertung der Checkliste erfolgt mit Hilfe eines quantitativen Notenpunktesystems (Justus - Liebig - Universität Gießen, 2012), um eine möglichst objektive Bewertung der Ärzte zu gewährleisten. Aus dem so entstehenden Notenspiegel wird die Beantwortung der Forschungsfrage abgeleitet.

6.3 Anwendung der beobachtenden Teilnahme

Bei der genauen Bestimmung der qualitativen Forschungsmethodik muss unterschieden werden zwischen *teilnehmender Beobachtung* oder *beobachtender Teilnahme*. In der Literatur wird die teilnehmende Beobachtung als qualitative Form der Datenerhebung beschrieben, bei der die beobachtende Person direkt mit in den Handlungsablauf der zu Beobachtenden eingebunden ist (Flick, et al., 2003). Bei dieser Methodik, die auch als ethnographische Forschung oder Feldforschung bezeichnet wird, ist die beobachtende Person dem zu beforschenden Feld bekannt (Howitt, 2013). Die Reaktivität dieser Erhebungsmethode ließ jedoch vermuten, dass die untersuchten Personen, im vorliegenden Fall die besuchten Orthopäden, ihr Verhalten zugunsten der Beobachtung verändern könnten. Die objektive Erforschung des ärztlichen Verhaltens bei der Interaktion mit einem Patienten wäre somit nicht mehr

garantiert (Hussy, et al., 2010). Man beschloss deshalb die *beobachtende Teilnahme* als Methodik anzuwenden.

Diese gleicht in ihren Grundzügen der teilnehmenden Beobachtung, gibt die Beobachterin oder den Beobachter aber nicht zu erkennen. Die beobachteten Personen werden nicht über die Forschungssituation aufgeklärt. Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass eine Beobachtung möglich wird, die nicht durch das Wissen um Jene verfälscht wird. Das heißt es wird angenommen, dass die Ärzte die vorgestellte Patientin nicht anders als jede andere Patientin oder Patienten in der gleichen Situation behandeln (Flick, et al., 2003). Andererseits kann die Tatsache des anonymen Forschens auch zu einigen Problemen führen, weshalb die Methode in der heutigen Forschung selten Verwendung findet (Howitt, 2013). Eine der Problematiken besteht darin, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zum Feld zu finden. Das Handeln innerhalb der Situation, anhand des vorher festgelegten Leitfadens und das gleichzeitige beziehungsweise direkt auf den Besuch folgende Schreiben sogenannter Feldnotizen, im vorliegenden Fall das Ausfüllen der Checkliste, erschwert die Arbeit der reinen Beobachtung und kann zu Überforderungen führen (Flick, et al., 2003).

Aus genannten Gründen wird als Ablauf für alle Besuche deshalb festgelegt, dass der jeweilige Besuch bei den ausgewählten Orthopäden ohne deren Wissen um die Beobachtungssituation abläuft und die beobachtende Person die Situation nicht aufklärt. Um Erinnerungslücken so gering wie möglich zu halten, geschieht das Ausfüllen der Checkliste immer direkt im Anschluss an den jeweiligen Arztbesuch (Howitt, 2013).

Nach Abschluss aller Besuche wird die jeweilige erreichte Punktzahl der Ärzte mit Hilfe eines Notenschemas in Prozent- und Schulnotenpunkte umgewandelt und ausgewertet. Diese quantitative Form der Auswertung soll einen objektiveren Überblick über die Leistung der einzelnen Ärzte geben.

6.4 Entstehung der Stichprobe

Die Stadt Hamburg gliedert sich auf in 7 Bezirke und 104 Stadtteile (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein , 2012). Für die vorliegende

Untersuchung wurde zunächst eine Einteilung der Stadtteile in *armer*, *mittlere* und *reiche* Stadtteile unternommen.

Als Richtmaß galten die vom Statistikamt Nord festgelegten Zahlen aus dem Jahre 2007 und 2012. Hiernach wurde eine Unterteilung nach dem Aspekt der Arbeitslosengeld II (ALG II)-EmpfängerInnen (Daten von 2011) (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2012, p. 15) und dem pro Kopf Einkommen pro steuerpflichtiger Person (Daten von 2004) festgelegt (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein, 2011). Tabelle 1: Einteilung der Stadtteile zeigt die Einteilung der Stadtteile nach den genannten Kriterien.

	ALG II- EmpfängerInnen	Einkünfte pro steuerpflichtiger Person
Arme Stadtteile	> 11%	< 24.000 €
Mittlere Stadtteile	4-11%	24.000 – 37.000 €
Reiche Stadtteile	< 4%	> 37.000 €

Tabelle 1: Einteilung der Stadtteile (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 e)

Öffentliche Medien machen es in der heutigen Zeit leicht, Informationen zu jedem Thema zu erlangen. Für eine im deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Studie zum Thema „Wie wählen Patienten ihren Arzt“ ergaben die Auswertungen im Bereich der öffentlichen Medien, wie Telefonbuch, Presse und Internet, dass das Internet als Arztwahlmöglichkeit am häufigsten genutzt wird (Mauch, 2010). Es wurde aus diesem Grund, gemeinsam mit der Verbraucherzentrale Hamburg, die Vermutung aufgestellt, dass PatientInnen die Wahl ihrer Ärztin oder ihres Arztes häufig mit Hilfe des Internets treffen. Um bei der vorliegenden Untersuchung möglichst nahe an dem Verhalten normaler VerbraucherInnen zu bleiben, erfolgt die Erhebung der Gesamtstichprobe mit Hilfe des Online Branchenbuchs Hamburg. Hierfür werden alle dort eingetragenen Orthopädinnen und Orthopäden ihren jeweiligen Stadtteilen zugeordnet. Als Grundgesamtheit gelten danach zum Zeitpunkt der Erhebung 188 Orthopädinnen und Orthopäden, wobei hier bereits diejenigen aussortiert werden, die laut Branchenbuch rein privatärztlich tätig sind (hamburg.de GmbH & Co. KG, o.J.). Hierbei ergibt sich ein verbleibender Stichprobenpool mit ausschließlich männlichen Ärzten. In einem nächsten Schritt werden Ärzte, mit gleicher

Praxisadresse, zu einem Arzt zusammengefasst, um nicht doppelt im Stichprobenpool vorhanden zu sein.

Die Planung des Projektes sieht vor, aus je einem Stadtteil mit niedrigem pro Kopf Einkommen und einer hohen Zahl an Arbeitslosengeld II (ALG II) EmpfängerInnen (definiert als arme Stadtteile), einem Stadtteil mit mittlerem pro Kopf Einkommen und ALG II EmpfängerInnen Zahl (definiert als mittlere Stadtteile) und einem Stadtteil mit hohem pro Kopf Einkommen und niedriger ALG II EmpfängerInnen Zahl (definiert als reiche Stadtteile) zehn Orthopäden als Stichprobe zu ziehen. Da die Verteilung der Orthopäden in Hamburg pro Stadtteil jedoch sehr unterschiedlich ausfällt, ist diese Umsetzung nicht möglich. Aus diesem Grund entstehen drei Stadtteilgruppen, nach den oben genannten Kriterien: Für die Gruppe der armen Stadtteile Harburg, Lohbrügge, Wilhelmsburg und Billstedt; für die mittleren Stadtteile Neustadt und Barmbek-Süd; für die reichen Stadtteile Sasel, Niendorf, Blankenese, Rotherbaum und Poppenbüttel. Pro Stadtteilgruppe sollen zehn Ärzte besucht werden. Die unterschiedliche Anzahl der Stadtteile pro Gruppe begründet sich in der Anzahl der Orthopäden je Stadtteil.

Die Gesamtstichprobe umfasst somit 43 Orthopäden: 14 zusammengenommen in den armen Stadtteilen, 14 in den mittleren und 15 in den reichen Stadtteilen. Aus dieser Stichprobe erfolgt mittels zufälliger Ziehung ein Sample von jeweils zehn Ärzten pro Stadtteilgruppe. Die Ziehung findet in der Verbraucherzentrale Hamburg, im Beisein des Leiters der Abteilung für Gesundheit und Patientenschutz, statt.

Nach der Ziehung werden Termine bei den jeweiligen Ärzten vereinbart. Aus unterschiedlichen Gründen kann nicht bei allen 30 Orthopäden ein Termin vereinbart werden. Zu den Gründen zählen dauerhaft besetzte Telefonleitungen oder nicht vergebene Telefonnummern (drei Mal), Umstellung auf rein privatärztliche Abrechnung (einmal), Umstellung der Praxis auf Spezialgebiete wie Hand oder Fuß (zwei Mal) und einen nur noch im Krankenhaus praktizierenden Arzt (einmal). Eine Nachziehung erfolgt, in Absprache mit der Verbraucherzentrale, nicht da ein Minimum von sieben Ärzten pro Stadtteilgruppe vorher festgelegt wurde. Eine Übersicht der Stadtteildaten zeigt Tabelle 2: Übersicht Stadtteildaten.

	Einwohner	ALG-II- Empfänger	ALG-II- Empfänger in %	Einkünfte pro Steuerpflichtiger (2004)	Anzahl Orthopäden je Stadtteil lt. Branchenbuch
Arme Stadtteile					
Harburg	21 892	4 216	19,30%	19 157€	6
Lohbrügge	38 933	4 381	11,30%	26 178€	4
Wilhelmsburg	50 731	12 310	24,30%	20 020€	2
Billstedt	69 261	16 066	23,20%	22 077€	2
Mittlere Stadtteile					
Barmbek Süd	31 933	2 471	7,70%	26 480€	2
Neustadt	12 026	1 201	10%	29 135€	12
Reiche Stadtteile					
Sasel	22 959	318	1,40%	54 084€	3
Niendorf	39 804	1 457	3,70%	37 051€	2
Blankenese	12 884	135	1%	110 108€	4
Rotherbaum	15 820	522	3,30%	75 381€	3
Poppenbüttel	22 377	525	2,30%	49 958€	3

Tabelle 2: Übersicht Stadtteildaten (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 e)

6.5 Erstellung der Checkliste

Um bei der durchzuführenden Untersuchung eine größtmögliche Objektivität gewährleisten zu können, wird eine Checkliste erstellt. Die Items der Checkliste resultieren aus wissenschaftlich fundierten Standpunkten, also der aktuellen Rechtslage (Martis & Winkhart, 2010), medizinischer Literatur (Wirth, 1992) und aktuellen Aufsätzen (Scheibler, et al., 2005; Klemperer & Rosenwirth, 2005). Für eine bessere Übersicht wird sie in die beiden Hauptteile *medizinische Untersuchung* und *problembezogene Beratung* eingeteilt. Weiterhin findet eine Untergliederung in die Bereiche Anamnese, Untersuchung und geplante Behandlung statt.

Jeder Bereich enthält Items, die jeweils mit einem entsprechenden Punktwert bezeichnet werden. Die Punktwerte ergeben sich aus der Wichtigkeit der einzelnen Items und entstehen in Zusammenarbeit mit einem Referenzarzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). Somit kann für ein als unumgänglich wichtiges Item ein Punktwert von drei erreicht werden, ein etwas weniger wichtiges Item erhält als Höchstpunktzahl zwei Punkte und ein wichtiges aber nicht zwingend notwendiges Item wird mit einem Punkt bewertet. Die

genauen Anforderungen für die einzelnen Punkte sind aus Tabelle 3: Aufschlüsselung Punkteschema zu entnehmen.

Für den Bereich der *Anamnese* können vierzehn Punkte erreicht werden. Diese setzen sich zusammen aus: der Lokalisation der Beschwerden (zwei Punkte), der Frage nach dem zeitlichen auftreten der Beschwerden (drei Punkte), der Frage nach Vorerkrankungen und Vorbehandlungen (drei Punkte), der Frage nach bereits bestehenden Röntgenbildern (drei Punkte), der Frage nach weiteren Beschwerden (zwei Punkte) sowie der Abfrage der Familienanamnese (ein Punkt) (Wirth, 1992; Scherer & Plat, 2009).

Im Checklistenabschnitt *Untersuchung* bewertet man die Art und Qualität der durchgeführten Analysen. Dazu gehören für die medizinische Untersuchung die Inspektion und Palpation der Gliedabschnitte (drei Punkte), ein neuronaler Ausfalltest (drei Punkte) und ein Bewegungstest mit mindestens qualitativen Angaben und Bewertungen (drei Punkte). Die Untersuchung soll entkleidet vorgenommen werden (drei Punkte) und bei Verdacht auf eine systemische Erkrankung ist eine weitere körperliche Untersuchung zu empfehlen (ein Punkt) (Wirth, 1992; Scherer & Plat, 2009). Insgesamt sind somit 13 Punkte zu erreichen. Die geplante Beratung unterteilt sich zusätzlich in die Bereiche *Inhalt der Aufklärung* und *Art der Aufklärung*.

Der Inhalt der Aufklärung muss zum Erreichen der vollen Punktzahl die Angabe der Diagnose (drei Punkte), eine Begründung und Erklärung des weiteren Vorgehens (drei Punkte), die Empfehlung von alternativen Behandlungsmöglichkeiten (drei Punkte) und die Erläuterung von Chancen und Risiken der einzelnen Behandlungen (drei Punkte) enthalten (Wirth, 1992; Martis & Winkhart, 2010). Mit dem Punkt *Art der Aufklärung* wird speziell auf die Beratungsqualität der Mediziner Bezug genommen. Fachbegriffe sollen angemessen verwendet (drei Punkte) ebenso Nachfragen beantwortet (drei Punkte) werden. Außerdem muss sichergestellt werden, dass alle besprochenen Punkte verstanden (drei Punkte), das *Shared Decision Making* richtig angewandt (drei Punkte), dem Wunsch nach einer Beratung ohne sofortige Behandlung nachgekommen (zwei Punkte) und die Aussagen und Erklärungen des Arztes durch Bilder oder Modelle veranschaulicht wurden (ein Punkt) (Klemperer & Rosenwirth, 2005; Scherer & Plat, 2009; Wirth, 1992)].

Als Zusatzbereich, ohne direkte Punktebewertung werden fünf Punkte entwickelt, die die Angebote der individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL) einbeziehen. Hierbei gilt es zu beurteilen wie eine solche Leistung angeboten wird. Wie in Kapitel 4.4 Individuelle Gesundheitsleistungen und individuelle Gesundheitsleistungen bei Orthopäden bereits erläutert muss das Angebot einer IgeL-Leistung freilassend bleiben und die Notwendigkeit beziehungsweise der Nutzen gerade dieser Leistung als Alternative zu einer vergleichbaren Kassenleistung erklärt werden. Im Hinblick auf die Evidenz der geplanten Behandlung, sind die wissenschaftlichen Hintergründe kurz zu umreißen. Die Kosten für eine solche IgeL-Leistung sind zwingend schriftlich festzuhalten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014).

Nr.	Frage	Höchstpunktzahl	Anforderungen pro Punkt		
			1	2	3
1	Lokalisation der Beschwerden	2	genauer Schmerzpunkt	Genauer Schmerzpunkt + nachtasten	
2	zeitliches Auftreten der Beschwerden	3	unspezifische Nachfrage	Frage nach Tagen/Monaten/Jahren	Frage nach neuem Jahr/Monat
3	Vorerkrankungen/Vorbehandlungen	3	unspezifische Nachfrage	Frage nach Unfall oder Vorbehandlung	Genauere Frage nach Vorbehandlung, Unfall
4	Röntgenbilder	3	unverständliche Erklärung	Was wird gesehen	Was wird gesehen, warum, Entstehung
5	weitere Beschwerden	2	Frage nach Beschwerden LWS	Frage nach Beschwerden in LWS, Rücken, Füßen, Dauer, Stärke	
6	Familienanamnese	1	Frage nach Rheuma o.Ä. in Familie		
7	Inspektion/Palpation (symptombezogen)	3	Ansicht des Rückens	Ansicht, Tasten	Ansicht, Tasten verschiedener Schmerzpunkte
8	neuronaler Ausfalltest/Orientierung	3	Frage nach Kribbeln, Taubheit in Armen	nur Hände drücken	kompletter Test
9	Bewegungstest mit Bewertung	3	Drehen der HWS, Kopf etwas bewegen	kompletter Test mit Schätzung	kompletter Test
10	entkleidet	3	Teilentkleidet (nur Pullover aus)	entkleidet mit Schuhen	entkleidet ohne Schuhe
11	allgemeine körperliche Untersuchung	1	Untersuchung durchgeführt		
12	Diagnose	3	gestellt aber unzureichend erklärt	sehr vereinfacht erklärt	deutlich dargestellt, verständlich erklärt
13	Begründung/Erklärung des weiteren Vorgehens	3	Begründung zu kurz/oberflächlich	Begründung und Erklärung	genaue Begründung, Beschreibung, Erklärung warum wie vorgegangen wird
14	alternative Empfehlungen	3	eine Alternative	ungenauere Vorschläge	Beispiele mit mind. 3 versch. Alternativen
15	Chancen/Risiken der Behandlungen erklärt	3	unspezifische Aussage -> Joggen ist schlecht	nur Risiken oder nur Vorteile erklärt	Pro und Contra der der Behandlungen genau erläutert
16	sicherzugehen, dass Patient alles verstanden hat	3	Unterdrückung der Fragesituation	verallgemeinerte Nachfrage	ernsthaftes, genaues Nachfragen
17	Wird Wunsch nach Beratung nachgekommen	2	Behandlung lt. Arzt unumgänglich	Sofortige Behandlung freibleibend	
18	Shared Decision Making	3	Problem wird nicht ernst genommen	in Beratung gleichgültig, keine Einbeziehung	ernsthafte, genaue Problemerkörterung
19	Fachbegriffe	3	ungenügend erklärt	verwendet und gut erklärt	höchstens sekundär verwendet, deutlich erklärt
20	Nachfragen beantwortet	3	unzusammenhängende Wiederholung des Gesprächs	schnelle Zusammenfassung der Erklärung	ruhiges, deutliches antworten mit anderen Worten
21	Einsatz Bilder/Modelle	1	werden für Erläuterungen herangezogen		

Tabelle 3: Aufschlüsselung Punkteschema (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014; Martis & Winkhart, 2010; Wirth, 1992)

Als letztes Mittel zur Einhaltung größtmöglicher Neutralität erfolgt die Erstellung eines Gedächtnisleitfadens, welcher sicherstellen soll, dass bei allen Ärzten eine gleiche Anamnese gestellt und Fragen gleich beantwortet werden können. Die Erarbeitung des Leitfadens wird ebenfalls unterstützt durch einen Referenzarzt des MDK. Er führt die körperliche Untersuchung der als Patientin agierenden Forscherin im Vorfeld durch und bespricht mit ihr das Vorgehen bei den Ärzten.

Die Untersuchung ergibt einen Leitfaden mit folgender Krankengeschichte:

Die Patientin leidet seit mehr als zehn Jahren an mal stärkeren, mal schwächeren Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich. Teilweise gibt es Wochen ohne Schmerz, dann wieder tagelang Schmerzen. Unter Stress und auch haltungsbedingt werden die Schmerzen stärker. Bisher wurden keine Schmerzmittel eingenommen. Sind die Schmerzen sehr stark, kommt es kurzzeitig zu Ohrgeräuschen und Schmerzen in den Armen. Nach längerem Stehen oder Laufen entstehen auch Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die Patientin gibt an, vor Jahren bei Orthopäden gewesen zu sein, ohne von dort eine aussagekräftige Diagnose bekommen zu haben.

Als Grund für den jetzigen Besuch wird ein Umzug nach Hamburg angegeben und der Wille mit diesem Neuanfang intensiver etwas gegen die Schmerzen zu tun. Auf Anraten der Hausärztin sind bereits Röntgenbilder der Halswirbelsäule erstellt worden.

Eine dauerhafte Beeinträchtigung besteht momentan nicht, aber das Problem wird als sehr störend empfunden.

Vorerst möchte die Patientin lediglich eine Untersuchung und Beurteilung ihres Ist-Zustandes und eine Beratung dahingehend, was selbstständig gegen die Schmerzen getan werden kann.

6.6 Besuche bei den Ärzten

Ein immer exakt gleicher Ablauf der Arztbesuche kann, auf Grund der Interview- und Beobachtungssituation nicht garantiert werden. Nach gegebener Möglichkeit wird versucht werden die Besuche so gleich wie möglich durchzuführen. Zunächst meldet die Patientin sich bei allen Ärzten an der Rezeption an und nimmt im Wartezimmer Platz. Die Wartezeiten werden bei jedem Besuch protokolliert. Nach Aufruf findet teilweise eine erste, kurze Anamnese durch eine Arzthelferin statt, teilweise muss die Patientin im Arztzimmer weiter warten. Zu Beginn einer jeden Behandlung fragt der

jeweilige Arzt nach dem Grund des Besuches. Die Antwort entspricht immer der im Gedächtnisleitfaden festgelegten Antwort.

Ab diesem Zeitpunkt entwickeln sich die Besuche häufig in sehr unterschiedliche Richtungen. Manche Ärzte hinterfragen die Dauer und Häufigkeit der Schmerzen genauer, einige gehen sofort zur körperlichen Untersuchung über und befragen die Patientin währenddessen. Wieder andere führen keine Untersuchungen oder Befragungen durch, sondern stellen ihre Diagnose direkt.

Alle gestellten Fragen werden, soweit wie möglich, nach Gedächtnisleitfaden beantwortet. Fragen, die nicht vorher verzeichnet wurden, werden wahrheitsgemäß beantwortet und im Anschluss an den Besuch notiert.

Eine sofortige Behandlung, im Sinne von Einrenken, Anlegen eines Tape-Verbandes oder Spritzen wird nicht zugelassen und das Vorgehen des Arztes entsprechend in der Checkliste notiert.

Im Anschluss an jeden Arztbesuch wird umgehend die Checkliste ausgefüllt und Besonderheiten und Auffälligkeiten als Freitext notiert.

6.7 Auswertung der Checkliste

Die Auswertung der Checkliste erfolgt ähnlich einer Klausur. Die erreichten Punkte werden pro Arzt zusammengerechnet und nach der zur Hilfe genommenen Notentabelle der Universität Gießen (Justus - Liebig - Universität Gießen, 2012) in Notenpunkte umgerechnet.

Die Errechnung der Notenpunkte ergab sich wie folgt:

100% – 87% =	1
86% - 73% =	2
72% - 59% =	3
58% - 50% =	4
ab 49% =	5 = nicht bestanden

Die Schulnote 6 fand keine Verwendung, da ein Ergebnis unter 49% mit „durchgefallen“ gewertet wurde.

Um eine bessere Einschätzung der Ergebnisse vornehmen zu können wird die Benotung einmal gesamt und einmal für die Teilbereiche *ärztliches Vorgehen* und

beratendes Vorgehen vorgenommen, jeweils aufgeteilt nach den bewerteten Stadtteilgruppen.

7 Ergebnisse

Die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung werden folgend als quantitative Auswertung dargestellt.

Tabelle 4: Übersicht Punkte und Benotung zeigt die erbrachte Leistung der besuchten Mediziner in quantitativer Auswertung nach der in Kapitel 6.7 Auswertung der Checkliste dargestellten Bewertungsformel. Besonderheiten, wie die in der Tabelle mit Farbe unterlegten Punkte, werden in Kapitel 7.5 Genaue Erläuterung der Sonderfälle dargelegt.

Eine senkrechte Spalte beschreibt die erreichten Punkte je Item, gesamt und in Prozent eines Arztes.

Punkte	Harburg/Lohbrügge/Wilhelmsburg/Billstedt								Barmbek Süd/Neustadt							Sasel/Niendorf/Blankenese/Rotherbaum/Poppenbüttel								
	Arzt 1	Arzt 2	Arzt 3	Arzt 4	Arzt 5	Arzt 6	Arzt 7	Arzt 8	Arzt 9	Arzt 10	Arzt 11	Arzt 12	Arzt 13	Arzt 14	Arzt 15	Arzt 16	Arzt 17	Arzt 18	Arzt 19	Arzt 20	Arzt 21	Arzt 22	Arzt 23	
Fragen																								
Lokalisation der Beschwerden	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	
Zeitliches Auftreten der Beschwerden	3	3	1	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	1	3	3	1	3	2	2	1	1	3	
Vorerkrankungen/ Vorbehandlungen	3	2	1	2	0	1	2	2	0	3	2	2	2	1	1	0	0	0	2	2	1	1	3	
Röntgenbilder	3	3	2	3	1	3	3	3	0	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	3	3	2	3	
Weitere Beschwerden	2	2	0	0	0	1	2	2	0	0	1	1	2	0	0	1	1	1	0	2	0	0	0	
Familienanamnese	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Inspektion/Palpation (symptombezogen)	3	3	0	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	0	3	3	3	3	2	3
Neurologischer Ausfalltest/Orientierung	3	3	1	0	1	0	3	0	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	3	1	0	3	
Bewegungstest mit Bewertung	3	3	0	3	2	3	3	3	1	3	3	2	2	1	3	0	2	0	3	3	3	3	2	3
Untersuchung entkleidet	3	3	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	2	3	1	0
Allgemeine körperliche Untersuchung	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Diagnose	3	2	2	2	2	3	3	1	3	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	3	2	1	3	
Begründung/Erklärung des weiteren Vorgehens	3	3	2	2	2	3	2	3	1	2	3	3	2	3	2	3	2	1	0	1	3	3	1	3
Alternative Empfehlungen	3	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	2	1	0	0	0	2	1	2	3	3	0	0
Chancen/Risiken der Behandlungen erklärt	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	
Sichergehen, dass Patient alles verstanden hat	3	2	2	0	1	2	0	1	1	2	2	1	1	1	0	2	1	0	1	0	2	1	1	2
Wird Wunsch nach Beratung nachgekommen	2	2	2	-1	1	2	0	2	1	2	1	1	1	-1	2	1	1	1	0	2	2	2	1	2
Shared Decision Making	3	3	2	1	1	2	0	3	1	1	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3
Fachbegriffe	3	3	3	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	3	3	3	3	3
Nachfragen beantwortet	3	3	3	1	1	3	0	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	1	1	3	3	3	2	3
Einsatz Bilder/Modelle	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
erreichte Punkte	54	42	22	23	21	33	31	31	18	33	34	34	33	21	27	24	27	13	22	28	46	37	21	39
Note		2	5	5	5	3	4	4	5	3	3	3	3	5	4	5	4	5	5	4	2	3	5	3
erreichte Prozent		78	41	43	39	61	57	57	33	61	63	63	61	39	50	44	50	24	41	52	85	69	39	72

Tabelle 4: Übersicht Punkte und Benotung (Quelle: Eigene Darstellung)

7.1 Ergebnisse gesamt

Für eine bessere Übersicht der Ergebnisse wurden diese einmal gesamt und einmal geteilt in die Bereiche *orthopädische Behandlung* und *Beratungs- und Aufklärungsverhalten* unterteilt.

In der Gesamtübersicht für alle Ärzte ergab sich ein Notenspiegel, wie in Tabelle 5: Notenspiegel dargestellt, in welchem die Schulnote 1 von keinem Arzt erreicht wurde (0%), die Note 2 erreichten zwei Ärzte (9%), die Note 3 konnte sieben Mal vergeben werden (30%) und die Note 4 fünf Mal (22%). Neun Ärzte (39%) fielen mit der Schulnote 5 durch, da die erbrachten Leistungen die gestellten Forderungen nicht erfüllten. Für den Gesamtnotendurchschnitt ergibt sich damit die Schulnote 3,9 (ausreichend).

Note	1	2	3	4	5
Anzahl der Ärzte		2	7	5	9
Prozent	0%	9%	30%	22%	39%

Tabelle 5: Notenspiegel (Quelle: Eigene Darstellung)

7.2 Auswertung der Ergebnisse für den Bereich der orthopädischen Untersuchung

Die Auswertung für den Bereich der orthopädischen Untersuchung beginnt mit dem Item der Lokalisation der Beschwerden. Hierbei erreichten 16 Ärzte (70%) die volle Punktzahl, sieben Ärzte (30%) erhielten einen Punkt.

Für die Frage nach dem zeitlichen Auftreten der Schmerzen konnte zehn Mal (43%) die volle Punktzahl, sechs Mal (26%) zwei Punkte und sieben Mal (30%) ein Punkt vergeben werden.

Nur zwei Ärzte (9%) stellten die Frage nach Vorerkrankungen und Vorbehandlungen in vollem Umfang und erhielten dafür drei Punkte. Weiterhin erreichten neun Ärzte (39%) hier zwei und sieben (30%) Ärzte einen Punkt. fünf Ärzte (22%) stellten diese Frage nicht und wurden mit null Punkten bewertet.

Die Erläuterung der Röntgenbilder erfüllten zwölf Ärzte (52%) in vollem Umfang, sieben Ärzte (30%) erhielten hier zwei Punkte, drei Ärzte (13%) einen und ein Arzt (4%) null Punkte, da keine Nachfrage nach Röntgenbildern erfolgte. Fünf Ärzte (22%) erreichten zwei Punkte und damit Höchstpunktzahl bei der Frage nach den weiteren Beschwerden. sechs Ärzte (26%) erhielten einen Punkt und zwölf Ärzte (52%) mussten mit null Punkten bewertet werden, da eine Frage diesbezüglich nicht gestellt wurde.

Nach der Familienanamnese fragte lediglich ein Arzt (4%) und erhielt somit einen Punkt. Die restlichen 22 Ärzte (96%) stellten diesbezüglich keine Fragen.

Die symptombezogene Inspektion und Palpation der Gliedabschnitte führten 13 (57%) Orthopäden in vollem Umfang aus. Acht Ärzte (35%) erreichten zwei Punkte und zwei Ärzte (9%) null Punkte, da sie die Testung nicht durchführten.

Der neuronale Ausfalltest wurde von vier Ärzten (17%) komplett durchgeführt und somit mit drei Punkten bewertet. Ein Arzt (4%) führte den Test unvollständig aus und erhielt dafür zwei Punkte, zehn Ärzte (43%) fragten nach Kribbeln oder Taubheitsgefühlen in den Händen–sie führten den Test jedoch nicht aus und erhielten somit einen Punkt. Acht Ärzte (35%) mussten mit null Punkten bewertet werden, da sie weder testeten noch fragten.

Für die Durchführung des Bewegungstests mit Bewertung erhielten 13 Ärzte (57%) die volle Punktzahl. Fünf Orthopäden (22%) erlangten zwei und zwei Ärzte (9%) einen Punkt. Drei Mal (13%) erhielten Ärzte hier null Punkte.

Die gesamte Untersuchung musste laut Richtlinie mit freiem Oberkörper und ohne Schuhe der Patientin ausgeführt werden. Dieser Tatsache kamen zwei Ärzte (9%) nach. Ein Arzt (4%) erreichte hier zwei Punkte, zehn Ärzte (43%) einen Punkt und acht Ärzte (35%) null Punkte, da sie die Patientin voll bekleidet und mit Schuhen untersuchten. Eine allgemeine körperliche Untersuchung, für die ein Punkt erreicht werden konnte, führte kein Arzt durch.

Für die Stellung der Diagnose erhielten sechs Ärzte (26%) drei Punkte, 13 Ärzte (57%) zwei Punkte und vier Ärzte (17%) einen Punkt.

Zusammenfassend kann für diesen Teil der Ergebnisse gesagt werden, dass die geforderten Leistungen der Fachliteratur und der DEGAM-Leitlinie von sieben Ärzten (30,43%), das heißt von etwa einem Drittel, nicht erfüllt wurden. Diese Ärzte erhielten in der Auswertung der Notenpunkte für den beschriebenen Bereich der orthopädischen Untersuchung die Schulnote 5. Weiterhin konnte die Erfüllung der geforderten Leistungen für diesen Bereich drei Mal (13,04%) vergeben werden; ein Arzt (4,34%) erfüllte die geforderten Leistungen mit der Schulnote 1 (4,34%).

7.3 Auswertung der Ergebnisse für den Bereich Beratungs- und Aufklärungsverhalten

Der Bereich des Beratungs- und Aufklärungsverhaltens beginnt mit der Diagnosestellung. Hier erreichten zehn Orthopäden (43%) die Höchstpunktzahl, acht Ärzte (35%) erhielten zwei Punkte vier Ärzte (17%) einen Punkt und ein Arzt (4%) null Punkte, da eine Diagnose nicht gestellt wurde.

Die Begründung und Erklärung des weiteren Vorgehens erläuterten zehn Ärzte (43%) in vollem Umfang. Acht Ärzte (35%) erreichten zwei Punkte, vier Ärzte (17%) einen Punkt und ein Arzt (4%) null Punkte.

Alternative Empfehlungen der Behandlung sprachen nur zwei Ärzte (9%) aus und erreichten so jeweils drei Punkte. vier Ärzte (17%) konnten bei diesem Item mit zwei Punkten bewertet werden, ebenfalls vier Ärzte (17%) mit einem Punkt und 13 Ärzte (57%) empfahlen keine Alternativen.

Chancen und Risiken einzelner Behandlungsmöglichkeiten erklärte kein Arzt in vollem Umfang, die Höchstpunktzahl konnte nicht vergeben werden.

Nur zwei Ärzte (9%) erreichten hier zwei Punkte, die restlichen 21 Orthopäden (91%) mussten mit null Punkten bewertet werden.

Auch für die Sicherstellung, dass die Patientin alles verstanden hat konnte die höchste Punktzahl nicht vergeben werden. Acht Mal (35%) wurden zwei Punkte erreicht, zehn Mal (43%) ein Punkt und fünf Mal (22%) null Punkte.

Im Item „wird dem Wunsch nach Beratung entsprochen“ stellten sich zwei Besonderheiten ein. Es erreichten zehn Ärzte (43%) die Höchstpunktzahl von zwei Punkten, neun Ärzte (39%) einen und zwei Ärzte (9%) null Punkte. Zwei Ärzte (9%) wurden jedoch mit jeweils minus einen Punkt gewertet, da es sich hier um einen Verstoß gegen den Willen der Patientin handelte. Diese Besonderheit wird in Kapitel 7.5 Genaue Erläuterung der Sonderfälle dargelegt.

Bei der Anwendung des SDM in der Gesprächsführung wurden fünf Mal (22%) drei Punkte, vier Mal (17%) zwei Punkte, zwölf Mal (52%) ein Punkt und zwei Mal (9%) null Punkte vergeben.

Verwendeten die besuchten Orthopäden Fachbegriffe, so verwendeten 16 (70%) diese für die Patientin verständlich. Zwei Ärzte (9%) erhielt in diesem Item zwei Punkte und fünf Ärzte (22%) einen Punkt.

15 Orthopäden (65%) beantwortet Nachfragen der Patientin so, dass die Höchstpunktzahl von drei Punkten vergeben werden konnte. Drei Ärzte (13%) erreichten zwei Punkte, vier Ärzte (17%) einen Punkt und ein Arzt null Punkte, da er Fragen nicht beantwortete.

Bilder oder Modelle wurden lediglich von vier Ärzten (17%) zu Erläuterungen eingesetzt, diese erhielten so jeweils einen Punkt. 19 Orthopäden (83%) setzten keine Hilfsmittel zur Erklärung ein.

Für die Zusammenfassende Auswertung des beschriebenen Bereiches ist zu sagen, dass das Ergebnis im Vergleich zu dem Teil der orthopädischen Untersuchung bezogen auf die durchschnittlich erreichte Schulnote pro Arzt geringfügig schlechter ausfiel.

Zehn Ärzte (43,48%) erfüllten die Anforderungen in Bezug auf die geforderte Beratungsleistung nicht und fielen hier mit Note 5 durch. Die Note 2 konnte für den vorliegenden Bereich einmal (4,34%) vergeben werden und die Note 1 ebenfalls ein Mal (4,34%).

7.4 Auswertung der Ergebnisse der IgeL – Angebote

Wie angemerkt, wurden die Ergebnisse der Angebote für eine individuelle Gesundheitsleistung nicht in die direkte Auswertung einbezogen.

Eine gesonderte Auswertung, ohne Notenpunkte, ergab, dass von 23 besuchten Ärzten elf Ärzte (49%) eine solche Leistung anboten.

Die Angebote reichten vom Anlegen eines Tapeverbandes (fünf Mal), Akupunktur (drei Mal) über die das Angebot einer nicht näher definierten „Wärmebehandlung“ und ebenso nicht weiter definierter „Spritzen“ (jeweils einmal), bis hin zu dem Angebot die körperliche Statik in einer externen Praxis vermessen zu lassen und dem Angebot Einlagen anzufertigen (jeweils einmal).

Die Angebote der Leistungen fanden meist am Ende der Beratungszeit statt und wurden von allen Ärzten oder dem Praxispersonal ohne tiefere Aufklärung zur jeweiligen Behandlung angeboten.

Festzuhalten ist, dass eine schriftliche Aufklärung lediglich in einem Fall erfolgte, eine mündliche Aufklärung über Vor- und Nachteile der vorgeschlagenen Behandlung wurde nicht mit der Patientin besprochen.

Eine schriftliche Aufklärung über anfallende Kosten erhielt die Patientin ebenfalls bei keinem der Ärzte.

7.5 Genaue Erläuterung der Sonderfälle

Wie in Kapitel 7 Ergebnisse bereits angekündigt, wird hier im Folgenden die gesonderte Punktevergabe bei zwei Ärzten zu dem Item *Wird dem Wunsch nach Beratung Folge geleistet* erläutert. Dies dient in dieser Bachelorarbeit vor allem der Offenlegung besonders kritisch anzusehender Behandlungsschritte.

Im ersten Fall untersuchte der Orthopäde und bat sich im Zuge der Untersuchung auf die Behandlungsliege zu legen. Eine Erklärung für diesen Schritt gab der Arzt nicht. Nach kurzem Abtasten renkte der Orthopäde die Brustwirbelsäule ein. Auf Nachfrage warum diese Behandlung so plötzlich und ohne Vorwarnung durchgeführt wurde, folgten unzusammenhängende Erklärungen des Arztes. Auf ein erneutes Nachfragen reagierte der Mediziner genervt und fasste die vorher getätigte Aussage noch einmal schnell zusammen. Eine solche Vorgehensweise von Seiten eines Arztes ist als besonders kritisch anzusehen, da die Durchführung einer Behandlung, ohne im Vorfeld über diese genau aufzuklären und das Einverständnis der zu behandelnden Person einzuholen als Körperverletzung anzusehen ist (§§ 823 I BGB, 223 I, 224 I StGB, Arzthaftungsrecht 2010).

Im zweiten Fall renkte ein Arzt die Halswirbelsäule während der Untersuchung ein. Eine Aufklärung über die geplante Vorgehensweise und eine Frage nach dem Einverständnis erfolgte auch in diesem Fall nicht.

Das spontane Einrenken der Halswirbelsäule wird in medizinischen Kreisen stark kritisiert und gilt als gefährlich (Walter & Sieber, 2002). Ebenso wie im vorhergehenden Fall kann hier der Tatbestand der Körperverletzung geltend gemacht werden (§§ 823 I BGB, 223 I, 224 I StGB, Arzthaftungsrecht 2010).

Ebenfalls ergaben Nachfragen zu der durchgeführten Behandlung keine plausiblen Erklärungen von Seiten des Arztes.

7.6 Unterschiede in den Stadtteilgruppen

Eine hohe Diskrepanz der Ergebnisse in Bezug auf die Unterschiede in den einzelnen Stadtteilgruppen konnte mit den vorliegenden Ergebnissen nicht festgestellt werden.

In Tabelle 6: Notendurchschnitt wird der Notendurchschnitt pro Stadtteilgruppe dargestellt:

	Arme Stadtteile	Mittlere Stadtteile	Reiche Stadtteile
Gesamtdurchschnitt	4,125	3,714	3,875
Durchschnitt ärztliches Vorgehen	3,375	3,714	3,375
Durchschnitt beratendes Vorgehen	4,125	4	3,75

Tabelle 6: Notendurchschnitt (Quelle: Eigene Darstellung)

In den als arme Stadtteile definierten Gruppe erhielt konnte als beste Note die Schulnote 2 an einen Arzt vergeben werden, vier Ärzte fielen in der Auswertung mit der Note 5 durch. In der Gruppe der mittleren Stadtteile wurde die Note 3 als beste Note vier Mal vergeben, zwei Ärzte fielen durch. Die Schulnote 2 konnte in der Gruppe der reichen Stadtteile einmal als beste Note vergeben werden, dem gegenüber stehen drei Ärzte, welche mit Schulnote 5 durchfielen.

Weiterhin ist anzumerken, dass der Notendurchschnitt im Bereich des ärztlichen Vorgehens insgesamt bei allen drei Stadtteilgruppen jeweils leicht über dem des beratenden Vorgehens liegt.

Im Bereich der Individuellen Gesundheitsleistungen konnte eine Tendenz bei der Häufigkeit eines Angebotes für eine individuelle Gesundheitsleistung erkannt werden, wie in Tabelle 7: Prozentuale Auswertung der IgeL – Angebote deutlich wird.

	Ja	Nein
Arme Stadtteile	25%	75%
Mittlere Stadtteile	71,40%	28,60%
Reiche Stadtteile	50%	50%

Tabelle 7: Prozentuale Auswertung der IgeL – Angebote (Quelle: Eigene Darstellung)

Hauptsächlich in den mittleren Stadtteilen fand ein Angebot für eine individuelle Gesundheitsleistung statt. In den reichen Stadtteilen boten die Hälfte der besuchten Ärzte eine solche Leistung an und in den ärmeren Stadtteilen lediglich ein Viertel der Ärzte.

8 Diskussion

Im Folgenden werden sowohl die gewählte Methodik als auch die daraus gewonnenen Ergebnisse diskutiert.

8.1 Methodendiskussion

Die gewählte Methode der vorliegenden Arbeit, also die beobachtende Teilnahme, wird in der Literatur kritisch betrachtet, da sie als Methode mit Nachteilen, wie Überforderung der beobachtenden Person und teilweise sogar als Spionageakt bezeichnet wird (Howitt, 2013).

Dennoch bietet die gewählte Methode enorme Vorteile gegenüber beispielsweise einer teilnehmenden Beobachtung.

Als erster und vielleicht auch größter Vorteil ist dabei die Tatsache zu nennen, dass die besuchten Ärzte mit dem Wissen um die Beobachtung sich mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit anders verhalten hätten als ohne dieses Wissen. In Kapitel 6.2 Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage wird die Reaktivität als Begründung zur Wahl der Methodik bereits erwähnt (Hussy, et al., 2010). Dieser Confounder hätte die Ergebnisse maßgeblich verfälscht.

Der mit der vorliegenden Methodik erreichte „normale“ Behandlungsablauf kann durch die geleistete Vorarbeit der Recherche und Checklistenstellung optimal dokumentiert werden, die sehr kurze Zeitspanne zwischen dem Arztbesuch und dem ausfüllen der Checkliste minimiert den Erinnerungsbias durch Gedächtnisprotokoll. Eine optimale Auswertung ergibt sich aus der Checklistenauswertung mit Hilfe eines Notensystems. Durch das vorher festgelegte genaue Punkteschema können die Punkte objektiv vergeben werden und führen so zu einer übersichtlichen Auflistung der erbrachten Leistung.

Eine absolute Diskretion in Bezug auf die persönlichen Daten der Ärzte gilt als selbstverständlich. Die genauen Namen und Adressen der besuchten Ärzte sind lediglich der Verbraucherzentrale Hamburg und der Autorin bekannt.

Die Nutzung qualitativer und quantitativer Forschungsmethodik erbringt sowohl eine übersichtliche Auswertung als auch die genaue Beschreibung von Abweichungen.

Als Nachteil der gewählten Studienform ist vor allem die Schwierigkeit durch die verdeckte Interviewsituation zu nennen. Durch sie ist schwierig alle in der Checkliste erfassten Items bei jedem Besuch zu erfragen. Das Verhalten der Patientin (hier die forschende Person) soll sich nicht von dem anderer Patientinnen und Patienten

unterscheiden, somit sind Nachfragen, die auf ein zu großes Wissen der Patientin schließen lassen, nicht möglich.

In Fällen, in denen Ärzte die in der Checkliste geforderten Items nicht erfüllen, werden null Punkte vergeben. Schwierig gestaltet sich ebenso die Einhaltung des Gedächtnisleitfadens, da nicht jeder Arzt in gleicher Abfolge seine Fragen stellt. Es muss von daher versucht werden, verdeckt ein Interview zu leiten, sich dem Verhalten normaler Patientinnen und Patienten anzupassen und die Handlungen und Aussagen des Arztes im Gedächtnis zu behalten. Diese Situation ist teilweise nicht einfach zu handhaben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Wahl der Methodik sich als richtig erweist, da die Ergebnisse in allen untersuchten Bereichen gut ausgewertet werden können.

8.2 Ergebnisdiskussion

Die 2010 und 2013 von der Verbraucherzentrale Hamburg durchgeführten Untersuchungen von Schönheitschirurgen (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2010), Zahnärzten (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2013) und Augenärzten (Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 a) können pauschal erst einmal nicht mit der hier vorliegenden Untersuchung verglichen werden, da es sich dabei um drei verschiedene Arztgruppen mit völlig unterschiedlichen Behandlungsfeldern und damit auch Bewertungskriterien, handelt. Dennoch ist auffällig, dass sowohl die Untersuchung der Schönheitschirurgen als auch die der Zahn- und Augenärzte, ebenfalls eine mangelnde Beratungsqualität erkennen lassen. Aus dem Ergebnisteil wird ersichtlich, dass es den Orthopäden vor allem an Kommunikationskompetenz mangelt. Eine schnelle Abfertigung der Patienten und das Auslassen schwieriger oder negativer Themenbereiche wie Nachteile von Behandlungen oder Kosten für individuelle Gesundheitsleistungen können darüber hinaus in allen vier Untersuchungen beobachtet werden.

Wie in Kapitel 5.2 Definition Nackenschmerzen erklärt, richtet sich die Behandlung von Nackenschmerzen nach ihrer Dauer. Die Untersuchung des Referenzarztes ergibt als Beschwerdegrundlage seit zehn Jahren bestehende und damit chronische Nackenschmerzen. Um also den richtigen Behandlungsansatz zu finden ist die Frage nach der genauen Dauer der Schmerzen unumgänglich. Von 23 besuchten Ärzten

erfragen jedoch nur zehn das genaue zeitliche Auftreten und legen so den Grundstein für die richtige Weiterbehandlung. Allerdings hat die Frage nach der Dauer der Beschwerden letztendlich keinen Einfluss auf die Gesamtnote der Mediziner, da vier von ihnen zwar die richtige Frage stellen, dennoch bei der Punkteauswertung mit Note 5 durchfallen.

Der in Tabelle 6 dargestellte Notendurchschnitt lässt jedoch erkennen, dass die von den besuchten Ärzten durchgeführte reine medizinische Untersuchung in der Gesamtheit gewertet als ausreichend zu bezeichnen ist. Die Anforderungen der Fachliteratur und die in diesem Bezug von der DEGAM-Leitlinie geforderten Punkte wurden von 16 der 23 besuchten Ärzte erfüllt.

Ebenso zeigt Tabelle 6, dass die erbrachte Leistung der Orthopäden im Bereich der Beratung auf den erreichten Notendurchschnitt bezogen nur noch bei den mittleren und reichen Stadtteilgruppen im Bereich der ausreichenden Leistung liegt.

Um dieses Ergebnis zu untermauern ist auf die Auswertung des Items SDM hinzuweisen. In der Gesamtbewertung erreichen nur fünf von 23 Ärzten dort die volle Punktzahl. Dieses Ergebnis zeigt, dass zumindest im vorliegenden Fall die Gesprächs- und Beratungskompetenz niedergelassener Fachärzte nicht ausreicht. Diese Aussage findet ebenso dadurch Bestätigung, dass keiner der besuchten Ärzte die volle Punktzahl für die Erläuterung von Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Behandlungen bekommt. Lediglich zwei Ärzte äußern sich einseitig, alle anderen unterlassen in diesem Punkt die Aufklärung.

Für den Bereich der erbrachten Ergebnisse kann zusammenfassend erklärt werden, dass die durchgeführten medizinischen Untersuchungen, angelehnt an die geforderten Leistungen der Rechtsprechung, der Fachliteratur und der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz, in der Auswertung der Notenpunktevergabe im Gesamtdurchschnitt mit der Schulnote 3,9 als ausreichend angesehen werden können.

9 Limitationen

Die Durchführung des Projektes legt auch Limitationen beziehungsweise Verbesserungsmöglichkeiten offen.

Es handelt sich bei dem durchgeführten Projekt um eine explorative Studie, welche erste Ergebnisse zu einer weiter zu verfolgenden Fragestellung liefert. Die Problematiken einer erneuten Durchführung der vorliegenden Untersuchung ergeben sich aus den Limitationen der vorliegenden Arbeit.

Zu den anzunehmenden Änderungen gehört in erster Linie eine andere Planung der Besuche. Vereinbart wurden alle Termine entweder als ersten Termin nach Praxisöffnung oder ersten Termin nach der Mittagspause. Da somit in jeder Praxis die Besuche sofort nach der morgendlichen beziehungsweise nachmittäglichen Öffnung erfolgen, kann eine objektive Auswertung der Wartezeiten nicht vorgenommen werden. Auch eine Beurteilung des Datenschutzes oder der Hygiene in der Praxis erbringt damit keine auswertbaren Ergebnisse.

Weiterhin führt die Durchführung der Untersuchung unter Anwendung der beobachtenden Teilnahme zu Problematiken im Bereich des Gedächtnisleitfadens und der Interviewsituation. Zwar wurde im Vorfeld ein Gedächtnisleitfaden erstellt, jedoch musste der jeweiligen Situation angepasst reagiert werden, womit zwar eine immer gleiche Beantwortung aller gestellten Fragen, nicht aber eine immer gleiche Formulierung derselben gewährleistet werden kann.

Die Erstellung einer Checkliste nach wissenschaftlichen Kriterien zur Bewertung der Orthopäden ermöglichte eine hohe Objektivität in Bezug auf deren erbrachte Leistungen, jedoch bleibt auch ein Einfluss der subjektiven Empfindungen der forschenden Person zu nennen.

Für eine Wiederholung des Experiments wird es für eine noch bessere Datenerhebung und damit verbunden, eine weiterführende Ergebnisauswertung unumgänglich sein diese Bereiche des Projektes erneut zu überarbeiten.

Eine Übertragung der Ergebnisse auf alle Orthopäden deutschlandweit kann und soll mit dieser Arbeit nicht vorgenommen werden. Bisher liegen keine weiteren Untersuchungen zu diesem Thema vor, mit welchen sich die Ergebnisse vergleichen ließen. Eine Umfrage belegt jedoch, dass eine Förderung der Beratungsqualität von Ärzten allgemein zu einer höheren Patientenzufriedenheit beitragen würde (Forsa, 2014).

Die mitunter sehr guten Studienergebnisse im Bereich des SDM (Scheibler, et al., 2005) zeigen, dass eine solche Förderung sowohl Patienten als auch den Medizinerinnen und Medizinern zugutekommt. Durch ein besseres Verständnis der erkrankten Personen für ihre Situation und die daraus resultierende Bereitschaft bei der Behandlung selbstständig mitzumachen, können im letzten Schluss sogar Kosten für das Gesundheitssystem gesenkt werden.

10 Ausblick auf die Entwicklung des Arzt–Patienten Verhältnisses

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass bestehende Leitlinien und Konzepte zur patientenorientierten Beratung wenig bis keine Umsetzung finden. Es stellt sich die Frage, warum dies so ist und was dagegen getan werden muss und kann. Natürlich stellt die vorliegende Untersuchung nur einen sehr kleinen Teil der in Deutschland, beziehungsweise in Hamburg, behandelnden orthopädischen Fachärzte dar. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Ergebnisse in einem wiederholten Versuch, mit einer größeren Stichprobe zum positiven verändern werden, da, wie in Kapitel 9 Limitationen erläutert, eine exakte Wiederholung der Untersuchung nicht möglich ist. In Bezug auf die Veränderbarkeit der Stichprobe ist weiterhin neben einer umfangreicheren, auch eine Stichprobe mit rein weiblichen Orthopädinnen zu überlegen, da die vorhandene Stichprobe nur männliche Orthopäden abdeckte. Es stellt sich die Frage, ob die Untersuchungs- und Beratungsqualität bei weiblichen und männlichen Ärzten unterschiedlich ausfällt. Dennoch ist die durchgeführte Untersuchung ein Anfang und sollte, unter Berücksichtigung der in Kapitel 9 dargestellten Limitationen, erneut durchgeführt werden. Eine Überprüfung der Validität der Untersuchung, könnte auf lange Sicht gesehen zu einer regelmäßigen Überprüfung der ärztlichen Beratungsqualität führen und damit den Grundstein für evaluationsbasierte Verbesserungsmöglichkeiten in diesem Bereich bieten.

Aaron Antonovsky nennt in seinem Modell zur Salutogenese, also der Frage nach dem was den Menschen gesund hält, die Bereiche der Bedeutsamkeit (meaningfulness), Handhabbarkeit (manageability) und der Verstehbarkeit (comprehensibility), um die Gesundheit des Menschen zu erhalten. Vor allem der Verstehbarkeit wird im Sinne dieses „sense of coherence“ eine große Bedeutung zugestanden, da das Verständnis der Krankheit dem Patienten die Möglichkeit gibt selbstverantwortlich mit seinem Genesungsprozess umzugehen (Scheibler, et al., 2005; Waller, 2006).

Der Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit um Verständnis und der besseren Genesungschance von Patienten ist demnach schon seit längerer Zeit bekannt. Auf die Frage warum PatientInnen von ihren ÄrztInnen noch immer kaum in eine Entscheidungsfindung einbezogen werden, legen Scheibler et al. dar, dass erkrankte Personen häufig davon ausgehen, dass ÄrztInnen unter Zeitdruck stehen und sich

aus diesem Grunde nicht mit Ihnen beschäftigen wollen und können; MedizinerInnen wiederum vermuten, dass die Betroffenen mit den Gesamtzusammenhängen der medizinischen Sichtweise überfordert sind und klären deshalb ungenügend auf (Scheibler, et al., 2005). Diesem Missverständnis kann durch den Einsatz eines Beratungskonzeptes wie dem des SDM abgeholfen werden. Während der Durchführung des Projektes konnte eben diese Erfahrung gemacht werden: Die besuchten Ärzte wirkten zum großen Teil sehr gestresst und dadurch auch uninteressiert, gleichzeitig klärten diese meist so verkürzt und vereinfacht auf, dass Zusammenhänge nicht ersichtlich werden konnten und das Verständnis für die teilweise geforderte Mitarbeit der Patientin bei der Behandlung auf der Strecke blieb. Natürlich ist dies nur ein subjektiver Eindruck, der in einer wiederholten Durchführung des Projektes überprüft werden sollte, dennoch kann hier von dem oben genannten Missverständnis berichtet werden.

Die DEGAM-Leitlinie fordert im Punkt der Gesprächsführung bereits eindeutig eine Einbeziehung des SDM bei Patienten mit chronischen Nackenschmerzen (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014). Wie in Kapitel 5.2 Definition Nackenschmerzen angesprochen können als Auslöser für chronischen Nackenschmerz durchaus psychisch belastende Situationen wie Angst oder Stress in Frage kommen, die schon in der Anamnese zu erfragen sind. Ein Eingehen auf die genannten Punkte kann beim Patienten ein höheres Verständnis für die Zusammenhänge zwischen seinen bestehenden Schmerzen und der Bekämpfung der Ursachen herstellen und dies wiederum zu einem schnelleren Genesungsprozess führen (Scheibler, et al., 2005).

Dieses Eingehen auf die erkrankten Personen erfordert ein erhebliches Umdenken bei den MedizinerInnen. Der heutige Patientinnen und Patienten besitzen durch vielerlei Möglichkeiten der Informationsbeschaffung meist schon ein gewisses Maß an Grundwissen über die jeweilige Erkrankung (Härter, et al., 2005).

Mit diesem Hintergedanken müssen die PatientInnen von den Medizinerinnen und Medizinern am Punkt ihres Informationsstandes abgeholt werden. Dies setzt die Charité Berlin seit 1999 mit einem Reformstudiengang um, in dem der besondere Schwerpunkt auf der Praxisbezogenheit liegt. Die Lehrveranstaltung *Interaktion* ist eine Pflichtveranstaltung in welcher die Studierenden in kleinen Gruppen die Kommunikation mit den PatientInnen erlernen sollen (Scheibler, et al., 2005).

Seit 2001 besteht die für alle Medizinstudenten und -studentinnen darüber hinaus die als Pflicht geltende Veranstaltung der ärztlichen Gesprächsführung, in dem mit Hilfe von Rollenspielen, echten und schauspielernden PatientInnen die Situation im medizinischen Alltag erprobt und eine Kommunikationsfähigkeit erlernt werden soll, die dem sich wandelnden Bild des Arzt- Patienten Verhältnisses entspricht (Scheibler, et al., 2005).

Eine Frage die sich zu diesem Thema aufwirft, ist in wie weit die angebotenen oder auch verpflichtenden Kurse von den Studierenden angenommen und später auch in der Praxis umgesetzt werden. Scheibler et al. berichten von einer durchweg positiven Rückmeldung der Studierenden und einer Etablierung in der Studienordnung auf Grundlage der neuen Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (Scheibler, et al., 2005).

Die Festlegung eines Beratungskonzeptes in der bestehenden Leitlinie zum Thema Nackenschmerz und die frühe Schulung neu angehender Ärzte in diesem Bereich lässt auf ein Umdenken in der Arzt- Patienten Kommunikation schließen, von dem beide Parteien auf lange Sicht profitieren werden.

11 Fazit

Ziel des vorliegenden Projekts war die Untersuchung der Beratungsqualität und die Einhaltung der DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz bei Hamburger Orthopäden.

Zu diesem Zweck wurden 23 Hamburger Orthopäden aus elf unterschiedlichen Stadtteilen besucht und ihre erbrachte Leistung bewertet. Die Bewertung der Leistung ergab sich aus einer vorher mit Hilfe von Fachliteratur, rechtlichen Grundlagen und den Vorgaben der DEGAM-Leitlinie erarbeiteten Checkliste, welche nach Abschluss aller Arztbesuche durch ein festgelegtes Punkteschema ausgewertet wurde.

Dabei ergab sich, dass die Ergebnisse mit einem Schulnotendurchschnitt von 3,9 gerade noch als ausreichend bezeichnet werden konnten.

Was die rein ärztliche Leistung, also die reine Untersuchung betraf, so konnte anhand der Vorgaben gezeigt werden, dass diese in den drei Stadtteilgruppen jeweils etwas besser in der Auswertung ausfiel als der Bereich der Beratung. Andererseits musste festgestellt werden, dass im Bereich der Beratung deutliche Defizite aufgezeigt wurden.

Zwar kann anhand dieses Befundes darauf geschlossen werden, dass die Ärzte die geforderten Leistungen im Bereich der Untersuchung eines Patienten erbringen, doch gilt dies, wie anhand der Untersuchung gezeigt werden konnte, nur unter folgender Einschränkung: Die von der Leitlinie geforderten Untersuchungen wurden zwar, bis auf wenige Ausnahmen, von allen Ärzten zumindest in abgeschwächter Form durchgeführt (Beispiel: Kein kompletter neurologischer Ausfalltest, aber zumindest Frage nach Kribbeln oder Taubheitsgefühlen in den Armen und Händen), die von Rechtswegen geforderte Aufklärung über Vor- und Nachteile von Behandlungen oder die generelle Auseinandersetzung mit dem Patienten zur Findung der am besten geeigneten Therapieform, blieb jedoch meist auf der Strecke. Abschließend kann festgestellt werden, dass die Frage, ob die geforderte Beratungsqualität eingehalten bzw. die Richtlinien der DEGAM-Leitlinie erfüllt wurden, differenziert beantwortet werden muss. Einerseits fand zwar keine komplette Durchführung aller von der Leitlinie und der Fachliteratur geforderten Untersuchungen und Tests statt, allerdings muss auf die Ebene der ärztlichen Untersuchung bezogen, festgestellt werden, dass die Ergebnisse als ausreichend zu bezeichnen sind. Andererseits bleiben auf der Beratungsebene grundlegende Dinge

zu verbessern. Um auch die schon während der ärztlichen Untersuchungen geforderte Therapiemithilfe der PatientInnen zu erlangen und damit den gesamten Therapieerfolg weiter zu verbessern ist ein grundlegendes Umdenken im Bereich der Arzt- Patientenkommunikation unumgänglich.

Ein positiver Ansatz ist, wie in Kapitel 10 Ausblick auf die Entwicklung des Arzt–Patienten Verhältnisses erläutert, die Schulung der Kommunikationsfähigkeit bereits während des Medizinstudiums.

Diese positive Entwicklung lässt darauf hoffen, dass bei einer erneuten Durchführung einer ähnlich gearteten Untersuchung, ein positiveres Ergebnis erreicht werden kann.

12 Literaturverzeichnis

§§ 823 I BGB, 223 I, 224 I StGB (Arzthaftungsrecht 2010) Martis & Winkhart; S. 107 / A507.

Bundesärztekammer, 2007. *Bundesärztekammer - Zum Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen*. [Online]

Available at:

<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.3920.3977.3980.3981>

[Zugriff am 16 Juni 2014].

Bundesärztekammer, 2014. *Bundesärztekammer - (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011)*. [Online]

Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143>

[Zugriff am 1 Juli 2014].

BzgA, o.J.. *BzgA.de*. [Online]

Available at: <http://www.bzga.de/pnd/index.php?id=374>

[Zugriff am 30 Juni 2014].

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2014. *degam.de*. [Online]

Available at: <http://www.degam.de/leitlinien.html>

[Zugriff am 30 Juni 2014].

Diel, F. et al., 2012. *bundesaerztekammer.de*. [Online]

Available at: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/igel-check.pdf>

[Zugriff am 10 Juli 2014].

Dietrich, G., 1991. *Allgemeine Beratungspsychologie - Eine Einführung in die psychologische Theorie und Praxis der Beratung*. 2 Hrsg. Göttingen: Verlag für Psychologie.

Elwyn, G. et al., 2005. *The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks..* [Online]

Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713169>

[Zugriff am 7 Juli 2014].

Flick, U., Kardoff, E. v. & Steinke, I. Hrsg., 2003. *Qualitative Forschung - Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.

Forsa, 2014. *Patientenzufriedenheit in Schleswig-Holstein*. [Online]
Available at: http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Studie_Patientenzufriedenheit_Schleswig-Holstein_2014-1395140.pdf
[Zugriff am 22 Juni 2014].

Franke, A., 2010. *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Haaker, R. & Kamp, M., 2014. *Engelhardt Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie*. [Online]
Available at: <http://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=01385>
[Zugriff am 7 Juni 2014].

hamburg.de GmbH & Co. KG, o.J.. *hamburg.de*. [Online]
Available at: <http://www.hamburg.de/branchenbuch/hamburg/10237887/n0/>
[Zugriff am 15 November 2013].

Härter, M., Loh, A. & Spies, C. Hrsg., 2005. *Gemeinsam entscheiden - erfolgreich behandeln Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte - Verlag GmbH.

Howitt, D., 2013. *Introduction to Qualitative Methods in Psychology*. Gosport: Ashford Colour Press Ltd..

Hussy, W., Schreier, M. & Echterhoff, G., 2010. *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften - für Bachelor*. Heidelberg: Springer Verlag.

Justus - Liebig - Universität Gießen, 2012. *uni-gießen.de*. [Online]
Available at: http://www.uni-giessen.de/cms/fbz/svc/hrz/svc/medien/el/notentabelle_intern
[Zugriff am 25 Februar 2014].

Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014. *kbv.de*. [Online]
Available at: <http://www.kbv.de/html/igel.php>
[Zugriff am 16 Januar 2014].

Klemperer, D. & Rosenwirth, M., 2005. *Shared Decision Making- Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen*. [Online]

Available at: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-307908CC-1858FC32/bst/chartbook_190705_%282. Auflage%29.pdf

[Zugriff am 4 Juni 2014].

Linton, S., 2000. *A review of psychological risk factors in back and neck pain*.

[Online]

Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10788861>

[Zugriff am 7 Juli 2014].

Linton, S. & Kamwendo, K., 1989. *Risk factors in the psychosocial work environment for neck and shoulder pain in secretaries*. [Online]

Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2769456>

[Zugriff am 10 Juli 2014].

Martis & Winkhart, 2010. *Arzthaftungsrecht*. Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt KG.

Mauch, C., 2010. Praxisführung - Wie Patienten ihren Arzt wählen. *Deutsches Ärzteblatt*, pp. 22-25.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2013. *igel-monitor.de*. [Online]

Available at: http://www.igel-monitor.de/IGeL-Markt_Bundesausschuss.htm

[Zugriff am 10 Juli 2014].

OLG Düsseldorf VersR 1987, 161, 162 (Arzthaftungsrecht 2010) Martis & Winkhart; S. 107 / A511.

OLG Köln, Urt. v. 1.6.2005 - 5U 91/03, VersR 2006, 124, 125 (Arzthaftungsrecht 2010) Martis & Winkhart; S. 111 / A 527.

Pschyrembel, 1993. *Medizinisches Wörterbuch*. 257 Hrsg. Berlin: Verlag Walter de Gruyter.

Scheibler, F., Schwantes, U., Kampmann, M. & Pfaff, H., 2005. *wido.de*. [Online]
Available at:
http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs3_0105.pdf
[Zugriff am 14 Januar 2014].

Scherer, M. & Niebling, W., 2005. *Universitätsmedizin Göttingen*. [Online]
Available at: http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/2005_Scherer_Prmaerversorgung_Nackenschmerzen.pdf
[Zugriff am 1 Juni 2014].

Scherer, M. & Plat, E., 2009. <http://www.degam.de>. [Online]
Available at: http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-13_Kurzversion_01.pdf
[Zugriff am 13 Januar 2014].

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein, 2011. *statistik-nord.de*.
[Online]
Available at: http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR11_Stadtteil-Profile_2011.pdf
[Zugriff am 15 November 2013].

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein , 2012. *statistik-nord.de*.
[Online]
Available at: http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standocuments/NR13_Stadtteil-Profile_2012.pdf
[Zugriff am 15 November 2013].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2010. *Verbraucherzentrale Hamburg - Schönheitschirurgen*. [Online]
Available at: http://www.vzhh.de/gesundheit/96503/2010-11-15_Schoenheitsprojekt.pdf
[Zugriff am 14 Juni 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2013. *Verbraucherzentrale Hamburg - Zahnärzte*. [Online]

Available at: [http://www.vzhh.de/gesundheit/293166/2013-01-17 - Zahn%C3%A4rztetest.pdf](http://www.vzhh.de/gesundheit/293166/2013-01-17_-_Zahn%C3%A4rztetest.pdf)

[Zugriff am 14 Juni 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 a. *Verbraucherzentrale Hamburg - Augenärzte*. [Online]

Available at:

http://www.vzhh.de/gesundheit/338451/Augen%C3%A4rztetest_vzhh_2014.pdf

[Zugriff am 30 Juni 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 b. *Verbraucherzentrale Hamburg - Fachbereich Gesundheit*. [Online]

Available at: <http://www.vzhh.de/gesundheit/3464/der-fachbereich-gesundheit-stellt-sich-vor.aspx>

[Zugriff am 30 Juni 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 c. *Verbraucherzentrale Hamburg - Geschichte*. [Online]

Available at: <http://www.vzhh.de/docs/26215/gruendung-und-geschichte.aspx>

[Zugriff am 14 Juni 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 d. *Verbraucherzentrale Hamburg - Leitbild*. [Online]

Available at: http://www.vzhh.de/vzhh/140048/Leitbild_2011.pdf

[Zugriff am 14 Juni 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 e. *Verbraucherzentrale Hamburg - Orthopäden*. [Online]

Available at:

http://www.vzhh.de/gesundheit/335196/Orthop%C3%A4dentest_vzhh_2014.pdf

[Zugriff am 28 Juli 2014].

Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2014 f. *Verbraucherzentrale Hamburg -
Abteilungen*. [Online]

Available at: <http://www.vzhh.de/docs/26216/was-wir-ihnen-bieten-und-fuer-sie-tun.aspx>

Verein für soziales Leben e.V., 2013. *patienten-rechte-gesetz.de*. [Online]

Available at: <http://www.patienten-rechte-gesetz.de/patientenrechte/pflichten-behandlungsvertrag-arzt.html>

[Zugriff am 7 Juli 2014].

Waller, H., 2006. *Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen und
Praxis*. 4 Hrsg. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH + Co. KG.

Walter, C. & Sieber, U., 2002. *rbb-online.de*. [Online]

Available at: http://www.rbb-online.de/kontraste/ueber_den_tag_hinaus/gesundheit/der_riskante_ruck.html

[Zugriff am 22 Juni 2014].

Webb, R. et al., 2003. *Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling
neck and back pain in the UK general population..* [Online]

Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12782992%20/>

[Zugriff am 22 Juni 2014].

Westgaard, R. & Jansen, T., 1992. *Individual and work related factors associated
with symptoms of musculoskeletal complaints. II. Different risk factors among sewing
machine operators*. [Online]

Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1012087/>

[Zugriff am 10 Juli 2014].

Wirth, C. J., 1992. *Praxis der Orthopädie*. Stuttgart: Thieme.

Zok, K., 2013. *wido.de*. [Online]

Available at:

http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1-2013_0313.pdf

[Zugriff am 17 Januar 2014].

Zok, K. & Schuldzinski, W., 2005. *Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis -
Ergebnisse aus Patientenbefragungen*. [Online]

Available at:

http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ambulaten_versorg/wido_amb_publication2005_0807.pdf

[Zugriff am 30 Juni 2014].

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt und durch meine Unterschrift, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig, ohne fremde Hilfe angefertigt worden ist. Inhalte und Passagen, die aus fremden Quellen stammen und direkt und indirekt übernommen worden sind, wurden als solche kenntlich gemacht.

Ferner versichere ich, dass ich keine andere, außer der im Literaturverzeichnis angegebene Literatur verwendet habe. Diese Versicherung bezieht sich sowohl auf Textinhalte sowie alle enthaltenden Tabellen.

Die Arbeit wurde bisher keiner Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin

Anhang: Checkliste

Anhand der beschriebenen Anforderungen an das Untersuchungs- und Beratungsverhalten der Orthopäden wurde die vorliegende Checkliste (Kapitel 6.5 Erstellung der Checkliste) erstellt. Sie dient als Grundlage für die Besuche bei den Ärzten. Die Pro Item vergebenen Punkte sind in Klammern dahinter aufgeführt.

Erstuntersuchung bei:				
Am:				
Kriterium	Erwünscht	Nicht erwünscht	Punkte	Quellen
Anamnese	Fragen nach: <ul style="list-style-type: none"> - Lokalisation der Beschwerden (2) - Zeitliches Auftreten der Beschwerden (3) - Vorerkrankungen /Vorbehandlungen(3) - Röntgenbilder (3) - Weitere Beschwerden (2) - Familienanamnese (1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Anamnese - Sofortige Behandlung ohne Fragen bzw. Anamnese - „übergehen“ des Patienten - trotz vorhandener Röntgenbilder werden neue gefordert -> wenn dann mit Begründung 	14 Punkte möglich	(Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin , 2014) (Wirth, 1992)
Untersuchung	<ul style="list-style-type: none"> - Inspektion und Palpation der Gliedabschnitte (symptombezogen ausreichend) (3) - Neuronaler Ausfalltest/Orientierung (3) - Bewegungstest mit mind. qualitativen Angaben und Bewertung (3) - Wurde die Untersuchung entkleidet vorgenommen? (3) - Allgemeine körperliche Untersuchung nur bei Verdacht auf systemische Erkrankung (1) 	<ul style="list-style-type: none"> - keinerlei Testungen oder Untersuchungen 	13 Punkte möglich	(Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin , 2014) (Wirth, 1992)

Geplante Behandlung	<i>Inhalt der Aufklärung</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung ohne Erklärung, über den Kopf des Patienten hinweg - Diagnose nur auf Nachfrage - Lückenhafte bzw. keine Aufklärung über eventuell anfallende Kosten - Nur Fachbegriffe - Zu schnelle unkonzentriertes reden 	27 Punkte möglich	<p>(Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin , 2014)</p> <p>(Klemperer & Rosenwirth, 2005)</p> <p>(Martis & Winkhart, 2010)</p> <p>(Wirth, 1992)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnose (Vermutung) (3) - Begründung und Erklärung des weiteren Vorgehens (3) - Werden alternative Empfehlungen ausgesprochen? (3) - werden Chancen und Risiken der einzelnen Behandlungen erläutert (3) 			
	<i>Art der Aufklärung</i>			
	<ul style="list-style-type: none"> - Fachbegriffe angemessen verwendet (3) - Nachfragen werden verständlich beantwortet (3) - Prüft der Arzt, ob ich sein Aussagen wirklich verstanden habe? (3) - Arbeitet der Arzt im Sinne eines <i>Shared decision Making?</i> d.h. werde ich in die Planung meiner Behandlung einbezogen/ernst genommen? (3) - Wird dem Wunsch nach Beratung ohne sofortige Behandlung nachgekommen? (2) - Verdeutlichung durch Bilder oder Modelle (1) 			

IGeL	<ul style="list-style-type: none"> - Werden Igel angeboten? - Ist das Angebot freilassend? - Wird der Nutzen/die Notwendigkeit der Leistung erklärt? - Werden wissenschaftliche Hintergründe erwähnt -> Evidenz? - Werden die Kosten genau schriftlich festgehalten? 	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Aufklärung über Kosten/Nutzen 	<p>(Diel, et al., 2012)</p> <p>(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014)</p> <p>(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., 2013)</p>
Zeit	Wartezeit:	Untersuchung:	Aufklärung/Beratung: