Dipl.-Geogr. Michael Siewert
Dipl.-Psych. Dirk Weller

Psychosoziale Funktionen und Wirkungen von Patienteninformationen

Zusammenfassung

Die Informationssuche bei Patienten ist nicht ausschließlich von Transparenzwünschen beherrscht. Eine multimethodale Studie (qualitativ-psychologisch und quantitativ) von medpirica zeichnet diese Thematik am Beispiel der Informationssuche rund um den Arztbesuch nach. Dabei wird deutlich, dass die Informationssuche situationsbedingt differieren kann, die gewonnenen Informationen aber auch die Arzt-Patienten-Beziehung neu definieren. Mit Chancen und Risiken für Arzt, Patienten und Versorgung.

Schlüsselwörter

Patienteninformation, Gesundheitskommunikation, Gesundheitspsychologie, Arztbesuch, Arzt-Patient-Beziehung

Im Bericht der Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich-Böll-Stiftung unter dem Titel „Wie geht es uns morgen? - Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen“ (Berlin, Februar 2013) wird neben vielen anderen Empfehlungen ein „gesetzlicher Informationsanspruch“ für Patienten gefordert, um Qualitätstransparenz zu erreichen und damit eine fruchtbarere Anreizstruktur in der Versorgung aufzubauen. Zahlreiche Angebote machen dies schon heute möglich. Beispielsweise wird Patienten über die Weiße Liste die Möglichkeit geboten, nach einem Pflegeheim, Krankenhaus, Arzt oder Zahnarzt zu suchen und dabei die Bewertungen anderer Patienten zu berücksichtigen (www.weisse-liste.de). Dies sind wichtige Fortschritte und Entwicklungsrichtungen und die Verfasser begrüßen die Empfehlung der Fachkommission ausdrücklich – der mündige Patient rückt näher. Doch der Weg zum mündigen Patienten ist aus psychologischer Sicht nicht allein durch ein entsprechendes Angebot gewährleistet. Auf der Empfängerseite trifft man auf ein komplexes Gefüge von Bedingungen und Faktoren, dem man sich nur im verstehenden Dialog annähern kann. Hinzu kommt, dass Patienten auch anderen Einflüssen ausgesetzt sind, beispielsweise den behandelnden Ärzten, welche vorinformierten Patienten häufig ambivalent gegenüberstehen (Baumgart 2010).

>> Am Beispiel der Informationssuche im Kontext eines Arztbesuchs möchten wir das psychosoziale Bedingungsgefüge mit Hilfe einer empirischen, psychologischen Untersuchung aufzeigen. Der Beitrag rekonstruiert nicht nur die Bedürfnisse der Patienten, sondern auch ihr Aufeinandertreffen mit den Verhaltensweisen und Meinungen der Ärzte und zeigt so den Arztbesuch im Umbruch. Dafür wurden im Dezember 2012 insgesamt 16 psychologische Tiefeninterviews durchgeführt (8 PatientInnen mit mehr als 3 Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten und 8 ÄrztInnen). Zur Fundierung in der Breite wurden ebenfalls im Dezember 2012 500 PatientInnen (Chroniker und Nichtchroniker) mittels eines standardisierten Online-Fragebogens befragt.

Nicht Mangel, sondern Fülle als Informationsproblem

Zentrale Erkenntnis der Untersuchung ist zunächst, dass es dem (Internet-erfahrenen) Patienten an Informationen nicht mangelt. Wer zusätzliche Patienteninformationsangebote plant, muss sich im Gegenteil bewusst machen, dass bereits eine ganz erhebliche Fülle an Informationsangeboten besteht und auch genutzt wird. PatientInnen erleben es kaum, dass sie auf eine Frage keine Antwort finden – der Normalfall ist eher, dass sie zu viele Antworten finden und von dieser Fülle dann überfordert sind. Zusätzliche Angebote haben daher gerade dann besondere Chancen, einen hohen subjektiven PatientInnen-Nutzen zu entfalten, wenn sie in der Lage sind, die Informations-Fülle handhabbar und auf diese Weise transparent zu machen.

Doch Transparenz ist nur der Anfang. Wer Patienten wirklich mit Informationen unterstützen will, muss ihnen helfen, eine ganze Reihe von ‚inneren Stakeholdern‘ zu befriedigen. Hierbei muss, unseren Ergebnissen zufolge, deutlich unterschieden werden nach einzelnen Phasen der Erkrankung und der Behandlung. Informationen bekommen nämlich je nach Phase unterschiedliche Funktionen zugewiesen.

Vor dem Arztbesuch: Selbst-Diagnostik mit ungewissem Ausgang

Grundsätzlich werden bereits vor dem Arztbesuch umfangreiche Informationen eingeholt. Über 50% der Patienten suchen dabei nach Informationen zu ihren Beschwerden. Davon entscheiden über zwei Drittel sogar erst nach ihrer Suche, ob sie überhaupt zum Arzt gehen. Eine erhöhte Nutzungsrate von Vorab-Informationen findet sich dabei bei Frauen, Jüngeren, Gebildeteren und Einkommensstärkeren. Bisher wird dabei eher krankheitsbezogen gesucht als versorgungsbezogen: nach einem in Frage kommenden Arzt suchen nur 30% im Internet, nach Bewertungen von Ärzten sogar nur 20%.

Die Tiefeninterviews zeichnen ein vergleichbares Bild hinsichtlich der Nutzungsintention, belegen aber auch eine hohe Intensität der Informationssuche wie auch ihre Hintergründe. Einerseits sind Patienten frustriert über die Unterbrechung des normalen Alltagsvollzugs und hoffen, einen möglichst schnellen und einfachen Weg zurück zum gewünschten normalen Gang der Dinge zu finden oder der unliebsamen ‚Störung‘ zumindest schnell eine klare und wenig bedrohliche kognitive Gestalt zu geben. Das Internet verspricht in dieser Verfassung schnelle Erlösung, seine konkrete Nutzung erweist sich jedoch als Drahtseilakt mit ungewissem Ausgang. Drei zentrale Spannungsverhältnisse konnten rekonstruiert werden und jedes geht mit einem analogen Spannungsverhältnis auf der Versorger-Seite einher:

1) Das erste Spannungsverhältnis bei den Patienten ergibt sich aus der Suche nach kognitiver Prägnanz. Patienten wollen verstärkt verstehen, was mit ihnen passiert. Einerseits können passende Informationen aus fragmentarischen Symptom-Ideen ein vorläufiges und haltgebendes Bild gewinnen lassen. Der Patient bekommt also eine klarere Vorstellung bezüglich seiner Beschwerden. Andererseits

entdeckt er dabei auch bedrohlich-unerwartete Auslegungsmöglichkeiten, die seine Ausgangsideen hinterfragen. Diese Auslegungen können die Ungewissheit bezüglich des Leidens vertiefen, anstatt sie zu beruhigen.

Auf ärztlicher Seite führt das zur Ambivalenz gegenüber einer zusätzlichen Ebene an Information, die zu beurteilen ist: nicht mehr nur das, was der Patient direkt zeigt, erlebt und beschreibt, muss diagnostisch bewertet werden, sondern zunehmend auch die Auslegungen, nach denen er es mithilfe unterschiedlicher Quellen bewertet. Einerseits können solche patientenseitigen Hypothesen stichhaltig sein und erfreuliche Abkürzungen im Diagnoseprozess ermöglichen. Andererseits können verfestigte und vielleicht von ‚mediagenen' Placebo-Effekten eingefärbte Symptom-Gefüge sich wie ein Nebel über den Patienten legen und eine sichere Diagnosestellung gefährden.

2) Das zweite Spannungsverhältnis bezieht sich auf die Herstellung der Handlungsfähigkeit im Umgang mit der Krankheit und der subjektiven Fähigkeit zur kompetenten Gesprächsführung mit dem Arzt. Es werden einerseits konkrete Entscheidungsoptionen gefunden, die handfeste Handlungsmöglichkeiten zum Umgang mit den Beschwerden eröffnen. Das kann beispielsweise die Entscheidung nach sich ziehen, einen Arzt überhaupt aufzusuchen. Die Suche kann jedoch auch dem Wunsch geschuldet sein, sich so weit mit Wissen auszurüsten, dass man dem Arzt ein (fast) ebenbürtiger Gesprächspartner ist. Andererseits findet sich häufig eine unübersichtliche Krankheits- und Quellenvielfalt, die die Suchenden in ein ratloseres Hin- und Her stürzt, als man es eingangs hatte. Umso stärker sucht man nun beim Arzt Orientierung und Erklärung.

Dem entspricht auf ärztlicher Seite eine Verschärfung der Ambivalenz zwischen Führung und Einbeziehung. Einerseits muss mit zunehmend vorinformierten Patienten die Regie-Rolle neu ausgehandelt werden. Andererseits wird gerade von Überforderungserfahrungen der Patienten auch die ärztliche Führungs- und Fürsorgerolle neu genährt und letztlich sogar erweitert, da sie sich jetzt nicht mehr nur auf die Bewältigung der Krankheit, sondern auch auf die Bewältigung von Informations-Introjekten erstreckt.

3) Das dritte Spannungsverhältnis bei den Patienten wirkt in der Regulierung der aufkommenden Emotionen. Einerseits stößt man auf Diagnosen und Tipps mit sehr ‚alltäglicher' Anmutung, was schlimmste Befürchtungen eindämmt und das Thema in hilfreicher Weise banalisiert. Es ist also nicht so schlimm! Andererseits gibt es auch Bestrebungen auszuloten, welche Erkrankung man denn schlimmstenfalls haben könnte, was mit erheblichen Dramatisierungstendenzen einhergeht. So kann eine Erkältung schnell zu einem befürchteten Lungenkarzinom werden.

Dem Emotions-Management entspricht auf ärztlicher Seite in besonderer Weise die Maß-Findung in der Diagnostik. Er erlebt in erster Linie vermehrt maßlose, dramatisierende (Diagnostik-) Leistungseinforderungen, was auf seiner Seite zu ‚wütenden' Abgrenzungsfeldzügen führt, um die ökonomische Balance und medizinische Vernunft zu verteidigen. Andererseits erleben die Ärzte auch immer wieder, dass patientenseitige Panik-Neigung etwas Ansteckendes hat und letztlich tatsächlich zu einem erweiterten diagnostischen Suchprozess führt.

Zwischenfazit

Die hier dargestellten Tendenzen beschreiben die Ärzte derzeit noch als zahlenmäßig gering. Sie ziehen jedoch insgesamt nach sich, dass Arzt- und Patientengespräche einen anderen Charakter bekommen, den die Ärzte bisher nicht immer akzeptierend angenommen haben. Im Gegenteil: oft beschreiben sie die Vor-Information der Patienten als Ärgernis, während Patienten sich zunehmend unverstanden und nicht ernst genommen fühlen.

Nach dem Arztbesuch: erhöhte Vorsicht gegenüber Verunsicherndem

Bei einer Betrachtung der Informationssuche nach dem Arztkontakt sind die quantitativen Ergebnisse zunächst beeindruckend: nur jeder fünfte verlässt sich umfassend auf das vom Arzt Erfahrene. Über die Hälfte sucht manchmal, ein weiteres Fünftel sogar immer nach weiteren Informationen. Gesucht werden dabei zusätzliche Selbstbehandlungsmöglichkeiten (59%), tiefergehende Ursachen von Beschwerden (56%), Erklärungen für die Arzt-Auskünfte (55%), prognostische Hinweise (49%), Informationen über verordnete Medikamente (47%). Immerhin 16% wollen gezielt die Richtigkeit der ärztlichen Diagnose überprüfen und 11% ihre Erfahrungen mit denjenigen anderer Patienten vergleichen.

In den qualitativen Explorationen relativiert sich dieses Bild jedoch und es zeigt sich, dass Engagement und Involvement in dieser Informierungsphase erkennbar schwächer ausgeprägt sind als bei der Informierung im Vorfeld. Man hat jetzt etwas zu verlieren: meist hat der Arztbesuch zu einer kognitiven, emotionalen und behavioralen Beruhigung und Klärung geführt – die will man nun nicht zu leichtfertig wieder auf's Spiel setzen.

1) Das durch die Diagnose initiierte neue Patienten-Selbstbild wird

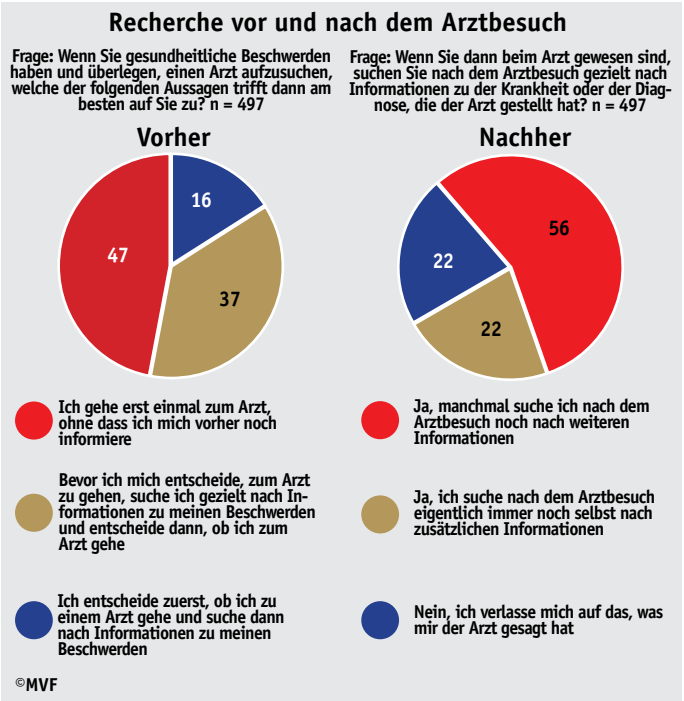


Abb. 1: Recherche vor und nach dem Arztbesuch.

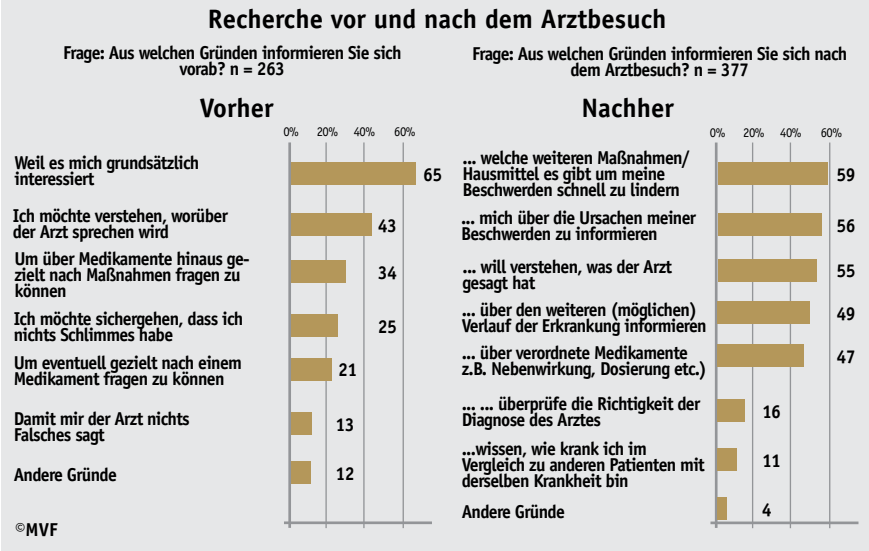


Abb. 2: Recherchegründe vor und nach dem Arztbesuch.

auf der kognitiven Ebene dadurch weiter entwickelt, dass einerseits durch zusätzliche Informierung die ärztliche Diagnose übersetzt und verdaut wird. Dies kann als letzter Schritt gesehen werden, sich die Störung des gesunden, normalen Alltagsvollzuges fassbar zu machen. Hinzu kommen Tendenzen sozialer Erwünschtheit: man überfliegt erhaltene Informationen eher als sie aufzunehmen, da man glaubt, Erwartungen des persönlichen Umfeldes gerecht werden zu müssen und möchte das Bild eines sich auseinandersetzenden Patienten erzeugen. Für die Ärzte wird der Verlauf der Nachbetreuung damit weniger berechenbar. Einerseits können externe Informationsquellen die ärztliche Nachberatung in willkommener Weise entlasten. Umgekehrt kommt es jedoch auch zu neuen Rückfrageschleifen mit dubiosem Quellenhintergrund, die die Praxisabläufe belasten.

2) Auf der behavioralen Ebene ist das Spannungsverhältnis, das die nachgelagerte Informierung determiniert, von der nun laufenden Auseinandersetzung zur Bewältigungsoptimierung geprägt. Einerseits erarbeitet man sich durch Informationen Grundlagen zu autonomer, eigenständiger Krankheitsbewältigung, die im Falle chronischer Erkrankung auch ‚gesunde' Normalisierungsbestrebungen ermöglichen. Andererseits verliert man hier auch wieder Autonomie, da eine starke Tendenz aufkommt, den eigenen Prozess mit dem anderer Erkrankter zu vergleichen, wodurch Handlungsklarheit wieder verlorengeht. Dies führt oft zu einem zeitweiligen Ausstieg aus der Informationssuche. Aus Ärztesicht geht auf der behavioralen Ebene die Compliance-Schere weiter auf: Einerseits entwickelt der informiertere Patient eine höhere eigene Überzeugung von der Behandlung und zieht sie entsprechend konsequenter durch, so dass die patientenseitige Einbringung von Therapie- und Medikationswünschen oft auch zu einer Compliance-Steigerung führt. Andererseits gehen mit derselben Entwicklung oft auch eigenständige Therapieentscheidungen einher, die die Austherapierung von Patienten behindern.

3) Im emotionalen Bereich ist es PatientInnen nun wichtig, ihre Erregungen zu reduzieren, sich wieder ‚herunterzukriegen' und psychologisch notwendige Verdrängungshilfen zu suchen. Durch die Überprüfung von Arzt und Medikament können sie ihren Sicherheitsgewinn noch einmal verstärken. Darüber hinaus suchen sie Hilfs-Informationen für eine neue (kurz- oder langzeitige) Beruhigung. Die Suche nach Alltagsnormalisierungen beinhaltet jedoch auch, dass man sich nach einiger Zeit nicht mehr mit Informationen zur Erkrankung auseinandersetzen möchte, da sie eine unerwünschte Konfrontation mit ihr darstellen.

Einige Ärzte wünschen sich, Patienten würden sich jetzt wirklich eigenständig mit Informationen versorgen und sich nicht doch bei jeder aufkommenden Frage wieder an sie wenden – doch hierzu reicht die Auseinandersetzungstiefe und der entsprechende Autonomiegewinn zu ihrer Enttäuschung nicht. Dies zu erleben hält ihre Neigung hoch, sich ausschließlich verantwortlich zu fühlen – was wiederum den Aufbau einer ‚mündigen' Patientenbeziehung erschwert.

Zwischenfazit:

Nach der Diagnose wünschen viele Ärzte sich von den Patienten durchaus eine intensive Auseinandersetzung und fühlen sich enttäuscht. Denn zum einen sind die Patienten von der Informationsfülle überfordert, der sie ungeleitet ausgesetzt sind. Zum anderen wohnen den Patienten Wünsche inne, sich mit der Erkrankung nicht mehr auseinanderzusetzen.

Fazit

Der Beitrag zeigt, dass die Information der Patienten an etwas ganz Entscheidendem krankt: Patienten haben insgesamt nicht zu wenig Informationen zur Verfügung, sondern zu viele. Und die Herausforderung besteht für sie darin, sie zu sortieren und zu bewerten, also hilfreiche und verlässliche Meta-Informationen zu erhalten. Dies stellt auch das Arzt-Patienten-Gespräch vor Probleme.

Doch während Ärzte ob dieser Situation oft verärgert sind, da sie erheblichen Mehraufwand nach sich ziehen kann, verkennen sie das Potential: Die systematische Verknüpfung der Informationskanäle Arzt und Internet kann die Situation erheblich verbessern. Ärztliche Hinweise auf qualitätsgesicherte Internet-Adressen wären genauso wichtig wie Internet-Hinweise auf qualitätsgesicherte Ärzte, um den

Literatur

Bertelsmann Stiftung: Weiße Liste. http://www.weisse-liste.de/, Stand: 13.01.2013.

Fachkommission für Gesundheitspolitik der Heinrich Böll Stiftung: „Wie geht es uns morgen?" – Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Berlin, 2013.

Baumgart, J. (2010): Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis. Dtsch Arztebl 2010; 107(51–52): A 2554–6

Marstedt, G. (2010): Gesundheitsfragen – Informationen und Wissen der Bürger. Gesundheitsmonitor 2010. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Verlag Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2010 (S. 43 – 90).

Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass nach wie vor ein starkes Übergewicht von Informationen zu Krankheit und Gesundheit gegenüber originär versorgungsbezogener Information besteht, wie schon von Marstedt (2010) aufgezeigt - mit weitreichenden Nachteilen für transparente und angemessene Versorgung.

Doch auch Anbieter von Gesundheitsinformationen im Internet verkennen noch ihr Potential: Patienten interessieren sich nicht nur für eine rationale Informationsebene, sie ist auch nicht allein entscheidend über Versorgungsverlauf und Krankheitsbewältigung. Daher ist zu beachten, Informationsangebote in dem Sinne patientenpsychologisch adäquat zu gestalten:

- **Breites Emotionalitätsspektrum der Informationen:** Emotional empathische Inhalte, die Patienten je nach Erkrankung Beruhigung, Zuversicht oder auch einfach Entspanntheit bringen, sollten ebenso berücksichtigt werden wie auch Angebote mit einer nüchternen Ernsthaftigkeit und einem ungeschönten Realismus. Die (einseitig) hoffnungsvolle Darstellung, die aus Patientensicht viele als seriös eingeschätzte Internet-Seiten wie beispielsweise Krankenkassenseiten verbreiten, zieht oft einen Verlust an Glaubwürdigkeit und geerdetem Vertrauensaufbau nach sich. Man möchte auch mitbekommen, wie es im schlimmsten Fall aussehen kann. Diese „Dramatisierungswünsche“ sind wichtige Beweggründe, Patientenforen zu besuchen.

- **Orientierung gebende Informationscluster:** Plattformen, die verschiedene vorhandene Informationsseiten zusammenführen, ordnen und bewerten, helfen Patienten mehr als (noch) mehr Informationen. „Institutionen“ wie Professoren, (bekannte) Ärzte, Zusammenschlüsse von Krankenkassen oder andere Experten können ergänzend Orientierung geben und Vertrauen schaffen. Viele der hier geschilderten Angebote gibt es sogar bereits (beispielsweise www.frag-den-professor.de), doch im breiten Internetangebot werden diese Seiten oft nicht wahrgenommen. Es braucht also weniger neue Angebote als einer Lotsenfunktion.

Die Studienergebnisse können für die Erkenntnis stehen, dass konstruktive Transparenz nicht einseitig und kurzfristig zu erzwingen ist. Für gelingende Transparenz ist bei allen Beteiligten eine ganzheitliche Weiterentwicklung der gelebten Versorgungskultur erforderlich. Diese Erkenntnis sollte den Umsetzungseifer jedoch nicht bremsen, sondern im Gegenteil ermutigen, möglichst umfassend vorzugehen und einen langen Atem mitzubringen, um wirklich neue gelebte Muster für eine qualitätstransparentere Versorgung zu etablieren. <<

Psychosocial functions and effects of patient information

The patients' search for information is not exclusively dominated by transparency requirements. A multimethodological study (qualitative depth-psychological and quantitative) of this subject conducted by medpirica describes this matter by the example of searching for information circled around the doctor's appointment. The results show that the search for information can differ depending on the situation, but the information obtained defines the doctor-patient relationship in a new way. With risks and opportunities for physician, patient and care.

Keywords

patient information, health communication, health psychology, consultation, doctor-patient-relationship

Autorenerklärung

Michael Siewert ist Geschäftsführender Gesellschafter bei medpirica in Berlin und Dirk Weller Mitarbeiter der BARMER GEK in Wuppertal. Herr Siewert und Herr Weller haben die Daten ausgewertet und interpretiert. Die Analyse erfolgte mit finanzieller Unterstützung von medpirica und wurde von den Autoren in Berlin und Köln durchgeführt.

Dipl.-Geogr. Michael Siewert
Geschäftsführender Gesellschafter bei medpirica. Studium der Wirtschaftsgeographie, BWL und Psychologie in Osnabrück und Porto (Portugal). Zusatzstudium in qualitativer Markt- und Medienpsychologie. Mit Stationen bei der I+G Nürnberg, YouGovPsychonomics HealthCare sowie dem IGES seit über 13 Jahren in der Gesundheitsmarkt- und Versorgungsforschung tätig. Seit 2011 Geschäftsführender Gesellschafter von medpirica. Kontakt: michael.siewert@medpirica.de



Dipl.-Psych. Dirk Weller
ist Markt- und Organisationsforscher bei der BARMER GEK. Studium der Psychologie an den Universitäten Köln und Mainz. 2000 bis 2011 bei Psychonomics (später YouGov). Ab 2004 Schwerpunkt Gesundheitsmarkt- und Versorgungsforschung, ab 2006 stellvertretende Leitung der qualitativen Forschung, von 2008-2010 Koordination des Arbeitskreises Qualitative Markt- und Sozialforschung (AKQUA) im BVM (Bundesverband Deutscher Markt- und Sozialforscher). 2011-2013 selbständig tätig, seit 2011 ehrenamtliche Deutschland-Koordination für www.simpol.de. Kontakt: dirk.weller@barmer.de

