**UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF**

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Martin Scherer

# Erwartungen multimorbider PatientInnen an die hausärztliche Grundversorgung

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Rebekka Sophia Mundt
aus Stade

Hamburg 2020

**Angenommen von der**
**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 13.01.2021**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der**
**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse.**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Martin Scherer.**

# Inhaltsverzeichnis

**Tabellenverzeichnis ..... III**

**Abbildungsverzeichnis ..... IV**

**1. Einleitung ..... 1**

1.1 Multimorbidität ..... 1

1.2 Leitlinien ..... 3

1.3 PatientInnenbeteiligung als Element von EbM / Leitlinien-Erstellung ..... 7

1.4 Problematik – Leitlinien bei Multimorbidität ..... 9

1.5 Vorarbeiten im Institut ..... 10

1.6 Einbezug der PatientInnenerwartungen bei der Entwicklung der DEGAM S3-Leitlinie Multimorbidität ..... 18

**2. Stand der Forschung zu Erwartungen multimorbider PatientInnen an die hausärztliche Grundversorgung ..... 19**

2.1 Qualitative Studien der Literaturrecherche ..... 20

2.2 Synthese der Ergebnisse der qualitativen Studien ..... 24

2.3 Quantitative Studien ..... 25

2.4 Synthese der Ergebnisse der quantitativen Studien ..... 26

2.5 Diskussion ..... 27

**3. Fragestellung und Ziel ..... 29**

**4. Material und Methoden ..... 30**

4.1 Studiendesign ..... 30

4.1.1 Auswahl der Studienpopulation ..... 32

4.1.2 Identifikation geeigneter Teilnehmer ..... 32

4.1.3 Durchführung der Erhebung ..... 34

4.1.4 Transkription ..... 34

4.2 Auswertung ..... 34

**5. Ergebnisse ..... 37**

5.1 Rekrutierungsvorgang ..... 37

5.2 Soziodemographische Daten der Interview-TeilnehmerInnen ..... 38

5.3 Ergebniskategorien ..... 39

5.3.1 Gründe für einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin ..... 41

5.3.2 Erwartungen an einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin ..... 43

5.3.3 Ablauf eines Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin ..... 51
5.3.4 Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung ..... 65
5.3.5 Ziele der Behandlung ..... 67
5.3.6 Eigeninitiative der PatientInnen ..... 77
5.3.7 Sonstiges ..... 80
**6. Diskussion ..... 83**
6.1 Methode ..... 83
6.2 Ergebnisse ..... 84
**7. Zusammenfassung ..... 93**
**8. Abkürzungsverzeichnis ..... i**
**9. Literaturverzeichnis ..... iii**
**10. Anhang ..... xiii**
**11. Danksagung ..... I**
**12. Lebenslauf ..... Fehler! Textmarke nicht definiert.**
**13. Eidesstattliche Versicherung ..... Iii**

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Methodischer Hintergrund von Leitlinien: S-Klassifikation (Tabelle aus: AWMF-Ständige Kommission Leitlinien 2012) ..... 4
Tabelle 2: Evaluation (GRADE) -Bewertung der Qualitat der Evidenz (Tabelle aus dem Englischen in Anlehnung an Balshem et al. 2011) ..... 5
Tabelle 3: Überblick über die Fallvignetten (Tabelle in Anlehnung an: Scherer et al. 2017) ..... 13
Tabelle 4: Begriffscluster der Literaturrecherche (Tabelle aus: Eigene Darstellung, siehe auch Anhang 3) ..... 19
Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der MultiCare Studie (Tabelle aus: Schäfer et al. 2009) ..... 33
Tabelle 6: Soziodemographische Daten der Interview-TeilnehmerInnen (Tabelle aus: Eigene Darstellung) ..... 39
Tabelle 7: Ergebniskategorien der Interviews (Tabelle aus: Eigene Darstellung) 40

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Von der Evidenz zur Empfehlung (Abbildung aus: Muche-Borowski und Kopp 2011) ..... 6
Abbildung 2: Überlappungen der Multimorbiditätsmuster (in %) bei Männern (Abbildung aus: Schäfer et al. 2010) ..... 11
Abbildung 3: Überlappungen der Multimorbiditätsmuster (in %) bei Frauen (Abbildung aus: Schäfer et al. 2010) ..... 12
Abbildung 4 : N-of-one Guideline „Akute Veränderung der Kommunikation“ (Abbildung aus: Scherer et al. 2017) ..... 16
Abbildung 5: Meta-Algorithmus zur Versorgung von Patienten mit Multimorbidität (Abbildung aus: Scherer et al. 2017) ..... 17
Abbildung 6: Ergebnisse der qualitativen Literaturrecherche (Abbildung aus: Eigene Darstellung) ..... 25
Abbildung 7: Ergebnisse der quantitativen Literaturrecherche (Abbildung aus: Eigene Darstellung) ..... 27
Abbildung 8: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Abbildung aus: Kuckartz 2014) ..... 35
Abbildung 9: Rekrutierungsvorgang (Abbildung aus: Eigene Darstellung) ..... 37

# 1. Einleitung

## 1.1 Multimorbidität

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen nimmt stetig zu. Darüber hinaus kann aufgrund der demographischen Entwicklung davon ausgegangen werden, dass die Zahl der multimorbiden PatientInnen in Zukunft weiter steigen wird (Uijen et al. 2008).

Doch was genau ist Multimorbidität? Als Multimorbidität wird das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen beschrieben. Im Unterschied zum häufig verwendeten Begriff der Komorbidität werden bei der Multimorbidität alle Erkrankungen gleichwertig betrachtet (Scheidt-Nave et al. 2010). Sie sei gekennzeichnet durch das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen […] älterer Menschen. […] häufig chronisch und irreversibel. Sie bestehe nicht unabhängig voneinander; vielmehr greifen Krankheitsfolgen, damit verbundene Funktionseinschränkungen und erforderliche Arzneimitteltherapien in komplexer Weise ineinander (Robert Koch Institut 2019). Eine allgemeingültige wissenschaftliche Definition der Multimorbidität nach Anzahl, Art und Schwere der vorliegenden Erkrankungen liegt bislang nicht vor, weshalb in der Literatur unterschiedliche Definitionen angewandt werden. In dieser Arbeit wird Multimorbidität als das gleichzeitige Vorliegen von drei oder mehr chronischen Erkrankungen eines Patienten oder einer Patientin definiert.

Das Risiko von gleichzeitig auftretenden chronischen Krankheiten steigt mit zunehmendem Lebensalter und gleichzeitig wachsender Komplexität der vorliegenden Beeinträchtigungen (Fuchs et al. 2012). Der komplexe Behandlungsbedarf multimorbider PatientInnen stellt das Gesundheitssystem, insbesondere hausärztliche Praxen, wie auch die Gesellschaft vor sozioökonomische, medizinische und pflegerische Herausforderungen (Scheidt-Nave et al. 2010). Mit Anzahl der chronischen Erkrankungen steigt die Häufigkeit der hausärztlichen Kontakte, der Medikamentenkonsum sowie die Krankenhausaufenthalte mit daraus resultierenden steigenden Krankheitskosten (Hessel et al. 2000; Byles et al. 2005; Anderson

und Horvath 2004). Eine weitere Folge der Multimorbidität ist die Pflegebedürftigkeit der PatientInnen, welche ein zentrales Versorgungsproblem darstellt.
Eine medizinische Herausforderung, der bereits viel Aufmerksamkeit gewidmet wird, ist die Polymedikation bei Multimorbidität. Bereits 1991 erstellte der Amerikaner Mark H. Beers erstmals die Beers-Liste (Beers 1991). Sie führt Medikamente auf, die PatientInnen in einem Alter von über 65 Jahren aufgrund von potenziell unterwünschten Arzneimittelwirkungen nicht einnehmen sollten. Diese Liste ist jedoch aufgrund von abweichenden Verschreibungsverhalten und Therapieempfehlungen sowie der unterschiedlichen zur Verfügung stehenden Medikamente in Deutschland nicht anwendbar (Thürmann 2010). Die hohe Anzahl der potenziellen Medikamenten-Wechselwirkungen bei zunehmendem Risiko für Arzneimittelinteraktionen mit jeder Verordnung, erforderte die Entwicklung von Möglichkeiten zur Information von klinisch tätigen Ärzten und Ärztinnen wie auch PatientInnen in Deutschland und führte 2010 zur Entwicklung der Priscus-Liste (Holt et al. 2010). Diese entstand aus Arbeiten des Forschungsverbundes PRISCUS, der sich mit verschiedenen Projekten zum Thema "Gesundheit im Alter" beschäftigt. Die Liste führt begründete, potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei älteren PatientInnen auf und bietet Therapiealternativen und Maßnahmen bei nicht vermeidbarer Gabe potenziell ungeeigneter Medikation an. Zudem wurde eine „Hausärztliche Leitlinie Multimedikation“ entwickelt, um die Risiken von Wechselwirkungen und Fehlanwendungen einer Multimedikation zu reduzieren, welche oft mit Multimorbidität einhergeht (Bergert et al. 2013). Die Ariadne principles wurden 2014 als Leitfaden in der Behandlung multimorbider PatientInnen formuliert (Muth et al. 2014). Sie beschreiben einen Behandlungsverlauf mit gemeinsamer Entscheidungsfindung von Arzt/Ärztin und PatientIn. Daraus resultieren Behandlungsziele, die sowohl für PatientInnen als auch Ärzte/Ärztinnen zufriedenstellend sein sollen.
Zum Zeitpunkt der empirischen Arbeiten für die Dissertation waren keinerlei evidenzbasierte Leitlinien für Multimorbidität verfügbar. Bei der leitliniengerechten Behandlung multimorbider PatientInnen wird der Fokus auf die einzelnen Erkrankungen gelegt, was einen kumulativen Einfluss der Empfehlungen zur Folge

haben kann. Zudem unterscheiden sich hier oftmals die Prioritäten von Ärzten/Ärztinnen und PatientInnen (Löffler et al. 2015).
Das Bewusstsein der Wichtigkeit einer Leitlinie für Multimorbidität wächst und es entstehen national und international ExpertInnen-Gruppen, die Leitlinien für multimorbide PatientInnen erarbeiten. Seit 2016 gibt es mit der NICE Leitlinie eine evidenzbasierte Leitlinie für multimorbide PatientInnen, welche die vielfältigen Aspekte über die Polymedikation hinaus berücksichtigt (Kernick et al. 2017). In 2017 wurde die DEGAM S3-Leitlinie Multimorbidität veröffentlicht, zu der die vorliegende Dissertation zur Implementierung der PatientInnenperspektive beigetragen hat (Scherer et al. 2017).

## 1.2 Leitlinien

Das Ziel medizinischer Leitlinien ist die Unterstützung von Ärzten/Ärztinnen, Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sowie PatientInnen in der Entscheidungsfindung in konkreten Krankheitssituationen (Kopp 2011). Durch Vermittlung des aktuellen Wissensstandes zu Prävention, Diagnostik sowie Therapie und Nachsorge einer Erkrankung stellen Leitlinien eine Orientierungshilfe mit Handlungs- und Entscheidungskorridoren dar, von der abgewichen werden kann und sollte (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – 2012). Darüber hinaus können sie Kriterien liefern, die für den externen Vergleich der Qualität eines ärztlichen Vorgehens herangezogen werden und die Qualität steigern können (Kopp 2011).
Durch multidisziplinäre ExpertInnengruppen werden nach systematischer Recherche und Analyse der wissenschaftlichen Evidenz aus Klinik und Praxis durch Konsens beschlossene, evidenzbasierte und praxisorientierte Handlungsempfehlungen bei speziellen gesundheitlichen Problemen festgelegt. Die konkreten Handlungsempfehlungen werden bezüglich der Methodik, der klinischen Anwendbarkeit als auch der PatientInnenperspektive beleuchtet, bevor entschieden wird, ob sie in der individuellen Situation Anwendung finden können. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Leitlinien nicht rechtlich bindend sind (Nölling 2014).

Der Dachverband der Fachgesellschaften, der die Leitlinienentwicklungsarbeit der Fachgesellschaften in Deutschland koordiniert und harmonisiert ist die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Die AWMF ist ein gemeinnütziger Verein und koordiniert die Arbeit der 179 wissenschaftlichen Fachgesellschaften aus allen Bereichen der Medizin. Ein international tätiges Leitlinien-Netzwerk ist das Guidelines International Network (G-I-N), das im August 2019 aus 102 Institutionen sowie 120 Einzelmitgliedern besteht. Insgesamt sind in dem Netzwerk 46 Länder aller Kontinente vertreten. Ihre Aufgabe sehen sie in der Unterstützung ihrer Mitglieder durch ein international tätiges Netzwerk der Leitlinien-Entwicklung, um eine bestmögliche Effizienz zu erzielen und eine hohe Qualität in der Entwicklung und Implementierung von Leitlinien zu gewährleisten (Guidelines International Network 2016). Durch die AWMF koordinierte Leitlinien werden anhand ihrer Entwicklungsmethodik in vier Stufen klassifiziert (Tabelle 1).

Tabelle 1: Methodischer Hintergrund von Leitlinien: S-Klassifikation (Tabelle aus: AWMF-Ständige Kommission Leitlinien 2012)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **S3** | Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie | Repräsentatives Gremium, Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, Strukturierte Konsensfindung | |
| **S2e** | Evidenzbasierte Leitlinie | Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur | |
| **S2k** | Konsensbasierte Leitlinie | Repräsentatives Gremium, Strukturierte Konsensfindung | |
| **S1** | Handlungsempfehlungen von Expertengruppen | Konsensfindung in einem informellen Verfahren | |

S1-Leitlinien sind durch ExpertInnengruppen, die nicht repräsentativ für den AnwenderInnenkreis stehen, im informellen Konsens erarbeitete Handlungsempfehlungen. Diesen Empfehlungen liegt keine systematische Recherche, Auswahl oder Bewertung der hinzugezogenen Literatur zugrunde.
S2-Leitlinien werden in S2k und S2e unterteilt. Die Erstellung einer S2k-Leitlinie ist konsensbasiert und die Leitliniengruppe ist repräsentativ für den AdressatInnenkreis. Jedoch hat auch hier keine systematische Entwicklung stattgefunden. Für die Anerkennung als S2e-Leitlinie ist dahingegen eine systematische Recherche und Bewertung mittels Evidenzgrade zu den klinischen Fragestellungen erforderlich (Tabelle 2).

Tabelle 2: Evaluation (GRADE) -Bewertung der Qualitat der Evidenz (Tabelle aus dem Englischen in Anlehnung an Balshem et al. 2011)

| **Evidenzstufe** | **Definition** |
|---|---|
| Hoch | Wir sind sehr sicher, dass der wahre Effekt nahe bei dem Effektschätzer liegt. |
| Moderat | Wir haben mäßig viel Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich nahe bei dem Effektschätzer, aber es besteht die Möglichkeit, dass er relevant verschieden ist. |
| Niedrig | Unser Vertrauen in den Effektschätzer ist begrenzt: Der wahre Effekt kann durchaus relevant verschieden vom Effektschätzer sein. |
| Sehr niedrig | Wir haben nur sehr wenig Vertrauen in den Effektschätzer: Der wahre Effekt ist wahrscheinlich relevant verschieden vom Effektschätzer. |

Unter Berücksichtigung aller Elemente einer systematischen Entwicklung werden S3-Leitlinien erstellt. Hierzu gehören Outcome-Analysen aus Sicht des/der Arztes/Ärztin, der PatientInnen und klinischer Relevanz der Leitlinie. Zudem erfolgt die Bewertung der klinischen Relevanz anhand wissenschaftlicher Studien und deren kontinuierliche Überprüfung sowie die Angabe eines Evidenz- und Empfehlungsgrades zu jeder Handlungsempfehlung. Eine hohe Evidenz gibt die Wahrscheinlichkeit an, zu der ein ermittelter Effekt korrekt ist (Tabelle 2).

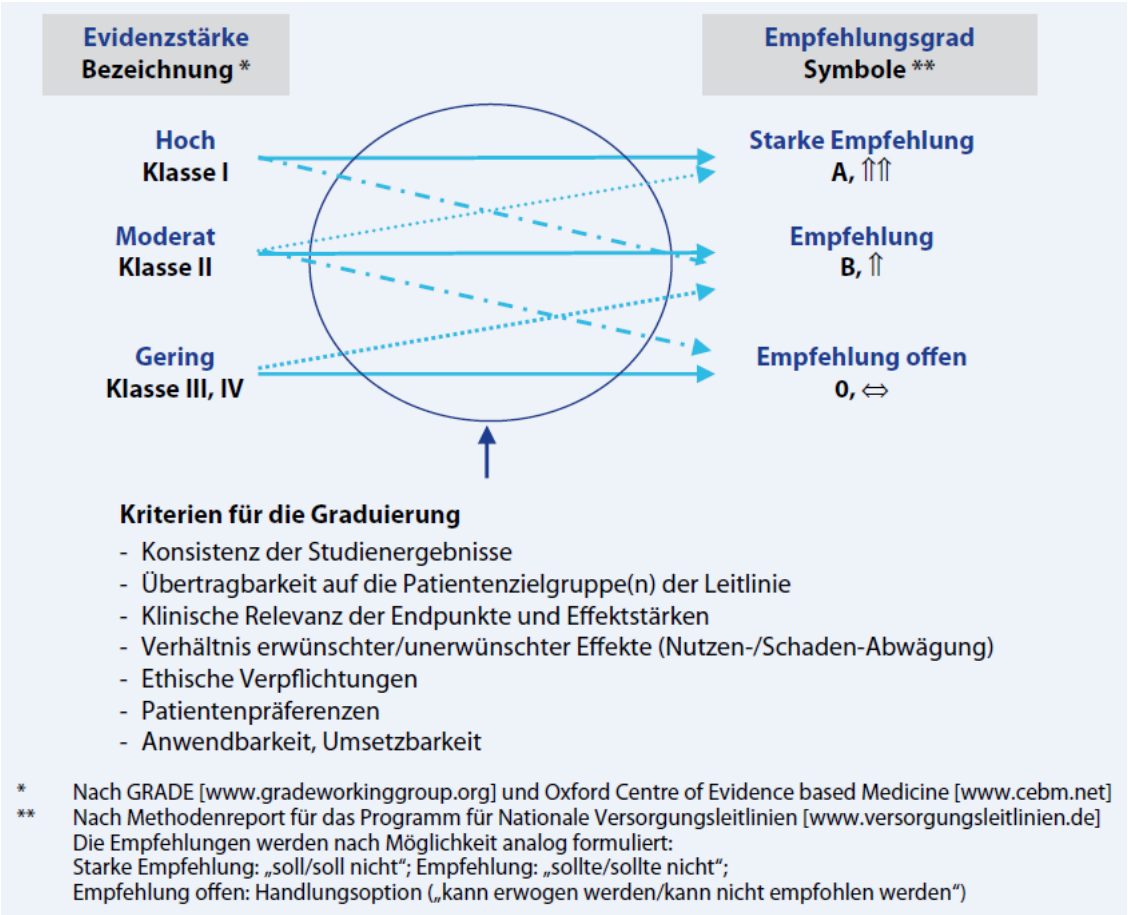



Abbildung 1: Von der Evidenz zur Empfehlung (Abbildung aus: Muche-Borowski und Kopp 2011)

Aus der Evidenz ergibt sich nach Konsensfindung der Empfehlungsgrad einer Handlungsempfehlung. In den Konsensusprozess fließt nach Festlegung der Evidenz die Beurteilung unter klinischen Gesichtspunkten ein, die final über die

Stärke des Empfehlungsgrades entscheidet. Der Grad der Empfehlung kann aufgrund dessen von der Stärke der Evidenz abweichen (Abbildung 1).
Mithilfe von Bewertungsinstrumenten soll die Qualität einer Leitlinie beurteilt werden. Ein Beispiel ist das kanadische Appraisal-of-Guidelines-for-Research-&-Evaluation (AGREE)-Instrument (Brouwers et al. 2009). Es zielt auf die methodische Genauigkeit und Transparenz in der Leitlinienentwicklung ab. Anhand von sechs Domänen erfolgt eine Bewertung, zum einen der Gesamtqualität einer Leitlinie und zum anderen, ob die Anwendung in der Praxis empfohlen werden kann. Ein weiteres Instrument ist das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 2008). Das DELBI entspricht im Wesentlichen dem AGREE. Es wurde durch Fragen zur Präsentation der Methodik, des Inhalts sowie der Umsetzungsstrategien, die aus Sicht der Leitlinienentwickler für die Umsetzung von Leitlinien im Deutschen Gesundheitssystem relevant sind, ergänzt. Eine Qualitätsanforderung des DELBI sind die Ansichten und Präferenzen der PatientInnen, da diese einen direkten Einfluss auf die Umsetzbarkeit einer Leitlinie haben. Die PatientInnenbeteiligung gilt daher am Erstellungsprozess für S3-Leitlinien als hochwertiges Qualitätskriterium.

## 1.3 PatientInnenbeteiligung als Element von EbM / Leitlinien-Erstellung

Die evidenzbasierte Medizin (EbM) entwickelte sich Anfang der 90er-Jahre in Kanada und den Vereinigten Staaten von Amerika. In Deutschland wurde sie erstmals 1995 durch David Klemperer publik und 2000 durch die Gründung der Fachgesellschaft Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) institutionalisiert (Kriston u. Berner 2009). Heute besteht das Netzwerk aus circa 1000 individuellen und institutionellen Mitgliedern und ist Angehöriger der AWMF (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. 2018). Das Netzwerk strebt eine bessere Verknüpfung der medizinischen Versorgung und der Forschung an.

Laut David L. Sackett, einem der Begründer der EbM, sei das Ziel der evidenzbasierten Medizin die Integration der besten verfügbaren externen Evidenz mit individueller klinischer Expertise aus systematischer Forschung und der PatientInnenmeinung (Sackett et al. 1996). Demnach sollten Therapieentscheidungen der Ärzte/Ärztinnen auf aktuellen Forschungsergebnissen, den Erfahrungen klinisch tätiger Ärzte/Ärztinnen sowie den Bedürfnissen der PatientInnen beruhen. Letztendlich ist es jedoch die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, die Angaben der externen und internen Evidenz zusammenzubringen und sie den individuellen Umständen des PatientInnen entsprechend angepasst umzusetzen. Der Unterschied zu Leitlinien besteht in der Betrachtung des/der Patienten/Patientin, an den die Empfehlungen gerichtet sind. Im Vergleich zu Leitlinien, die Handlungskorridore bieten, die auf unterschiedliche klinische Situationen und PatientInnengruppen anzuwenden sind, beschäftigt sich die evidenzbasierte Medizin mit spezifischen Fragestellungen des Individuum (Cochrane Deutschland 2019).

Für die Implementierung der Perspektive der PatientInnen in die Leitlinien-Entwicklung stehen unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung: Entweder durch PatientInnenvertreter als Mitglieder der Leitliniengruppe oder durch Erhebung der PatientInnenperspektiven und -präferenzen mithilfe von Konsultationen, Surveys oder Fokusgruppen (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 2017). Das G-I-N hat zur Unterstützung der PatientInnenbeteiligung ein Handbuch mit international gesammelten Erfahrungen und Empfehlungen veröffentlicht (Schaefer et al. 2015).

Im Rahmen der Erstellung von Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) erfolgt die Einbeziehung der PatientInnen beispielsweise nach einer festgelegten Methodik in Zusammenarbeit mit Mitgliedern der Selbsthilfeorganisationen der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE e.V.) oder des Forums für chronisch kranke und behinderte Menschen (Sänger et al. 2008). Die erkrankungsspezifischen Selbsthilfeorganisationen sammeln im Vorfeld der Leitlinien-Erstellung Aussagen ihrer Mitglieder bezüglich ihrer Erfahrungen und Interessen in der medizinischen Versorgung der zu diskutierenden Erkrankung. Hierbei

sollten alle relevanten Organisationen zum jeweiligen Erkrankungsgebiet integriert werden (Sänger et al. 2008). Auf Grundlage der Aussagen werden Lösungsvorschläge für die klinische Praxis entwickelt. Der zu Beginn benannte PatientInnenvertreter einer Selbsthilfeorganisation bringt die erarbeiteten Ideen im NVL-Gremium ein. Eine heterogene Leitliniengruppe ermöglicht hierbei eine umfassende Identifizierung möglicher Praxisprobleme und eine kritische Bewertung der gegebenen Evidenz, auch aus der PatientInnenperspektive.

## 1.4 Problematik – Leitlinien bei Multimorbidität

Die bisherige Anwendung von auf Einzelkrankheiten fokussierten Leitlinien stellt bei multimorbiden PatientInnen ein Problem dar. Die US-amerikanische Geriaterin Cynthia Boyd und KollegInnen veröffentlichten dies in 2005 anhand eines Beispiels einer 79-jährigen Patientin mit Arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz, Koronarer Herzerkrankung, Vorhofflimmern, Arthrose, Osteoporose, Diabetes mellitus und COPD (Boyd et al. 2005). Bei Behandlung entsprechend der damals aktuellen Leitlinienempfehlungen müsste sie 12 unterschiedliche Medikamente einnehmen und ein nichtmedikamentöses Therapieprogramm aus täglich 24 einzuhaltenden, verhaltensbezogenen Therapieregeln einhalten. Dies verdeutlicht den kumulativen Einfluss der aktuellen Handlungsempfehlungen bei Anwendung von Einzelerkrankungsleitlinien bei multimorbiden PatientInnen (Hughes et al. 2013). Die Anwendung der aktuellen Leitlinien bei multimorbiden PatientInnen kann zu Polypharmazie mit unüberschaubaren Interaktionen sowie unerwünschten Wirkungen als auch zu widersprüchlichen Behandlungsstrategien führen.
Optimal wäre eine praxisorientierte Leitlinie, die die Multimorbidität in ihrer Gesamtheit berücksichtigt und komprimiertere, effizientere Behandlungsempfehlungen unter Berücksichtigung der PatientInnenerwartungen ausspricht. Zudem sollte die Versorgung an den Prioritäten und Zielen der PatientInnen ausgerichtet werden (Tinetti et al. 2012). Bereits 2009 wies der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen durch das Sondergutachten 2009 auf die Wichtigkeit einer solchen Leitlinie hin (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Dieser fordert

eine Leitlinie, die dem/der Arzt/Ärztin unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituationen der PatientInnen Unterstützung in der Entscheidungsfindung bieten soll.

Die Herausforderung der Erstellung einer einheitlichen Leitlinie für Multimorbidität besteht in der großen und heterogenen multimorbiden Population. Zudem gibt es aktuell nur wenige klinische Studien zur Multimorbidität. In England gibt es seit 2017 die evidenzbasierte NICE Leitlinie für Multimorbidität des National Institute for Health and Care Excellence. Sie geht auf die Feststellung der Gebrechlichkeit der PatientInnen, den Einfluss der Multimorbidität auf die PatientInnen und die Implementierung eines Managementplans ein (Kernick et al. 2017). International wurde 2013 eine G-I-N-Arbeitsgruppe Multimorbidität gegründet, um gemeinsam an dem Ziel der Erstellung einer Leitlinie für Multimorbidität zu arbeiten.

## 1.5 Vorarbeiten im Institut

Das Institut der Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf arbeitet bereits seit längerer Zeit am Thema Multimorbidität, vor allem aus der epidemiologischen Perspektive. Wie eingangs erläutert, nimmt die Prävalenz chronischer Erkrankungen und der damit verbundene komplexe Behandlungsbedarf, insbesondere in der hausärztlichen Grundversorgung multimorbider PatientInnen, stetig zu. Die Arbeitsgruppe setzte sich zum Ziel, eine DEGAM S3-Leitlinie zu entwickeln, in deren Zentrum ein generischer Meta-Algorithmus stehen soll, der die Hausärzte bzw. Hausärztinnen bei der Versorgung von multimorbiden PatientInnen unterstützt.

Verschiedene Projekte zu den Themen Multimorbidität und Leitlinien am Institut starteten mit dem Ziel der Entwicklung einer Leitlinie für die Gruppe multimorbider PatientInnen. Die im Folgenden aufgeführten Schritte dienten als Vorarbeiten für die Erstellung des Meta-Algorithmus. Die Daten für die aufgeführten Studien stammen von männlichen und weiblichen Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK). Die Einschlusskriterien umfassten ein Alter von mindestens 65 Jahren der Teilnehmer, die Kodierung einer Erkrankung in mindestens drei Quartalen sowie die permanente Versicherung in der GEK im Jahre 2006 (Schäfer et al.

2010). Da die Zahl der männlich versicherten Personen überwog, wurden die Daten in der Studie geschlechtsspezifisch erhoben. Aufgenommen wurden diejenigen chronischen Erkrankungen, die mindestens eine Prävalenz von 1 Prozent aufwiesen. Anhand der dokumentierten International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10 Codes – wurden die für Multimorbidität des älteren Menschen spezifischen chronischen Erkrankungen und Erkrankungskombinationen erfasst und in insgesamt 46 Einzel- oder Gruppencodes zusammengefasst. Die erfassten Erkrankungen konnten bei beiden Geschlechtern in drei Gruppen untergliedert werden: Kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen, Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen und Schmerz sowie Neuropsychiatrische Erkrankungen.

Bei den männlichen Patienten zeigten sich am häufigsten Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen sowie Schmerz, gefolgt von kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen (Schäfer et al. 2010). Insgesamt konnten 48,2 Prozent der männlichen Patienten zu mindestens einem Multimorbiditätsmuster zugeordnet werden. Eine Überlappung aller drei Muster in einem Patienten fand sich in 0,3 Prozent der Patienten (Abbildung 2).

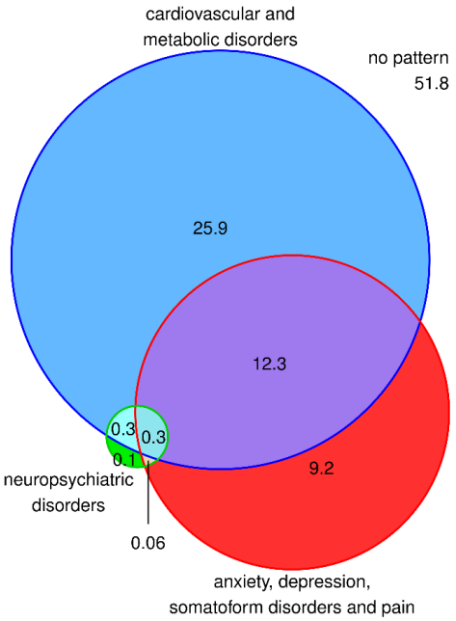



Abbildung 2: Überlappungen der Multimorbiditätsmuster (in %) bei Männern (Abbildung aus: Schäfer et al. 2010)

Bei den weiblichen Patientinnen zeigte sich am häufigsten die kardiovaskulären und metabolischen Erkrankungen, gefolgt von Angststörungen, Depression, somatoformen Störungen sowie Schmerz (Schäfer et al. 2010). Insgesamt konnten 50,3 Prozent der Patientinnen zu mindestens einem Multimorbiditätsmuster zugeordnet werden. Eine Überlappung aller drei Muster in einer Patientin fand sich in 3,0 Prozent der Patientinnen (Abbildung 3).

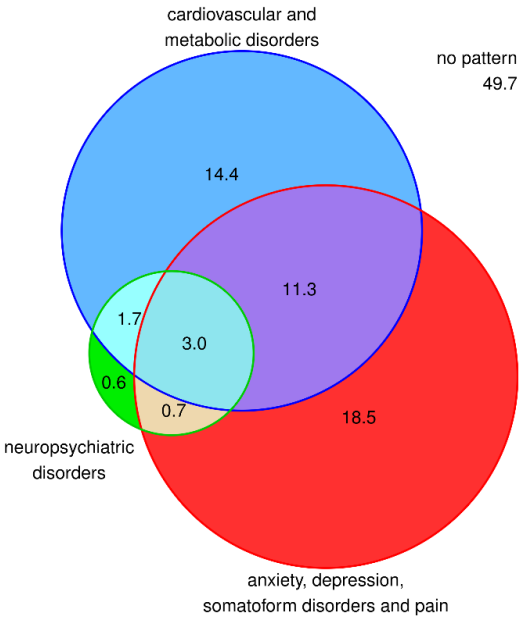



Abbildung 3: Überlappungen der Multimorbiditätsmuster (in %) bei Frauen (Abbildung aus: Schäfer et al. 2010)

Im Jahr 2011 erfolgte aus diesem Datensatz der GEK, anhand der dokumentierten ICD-10 Codes, die Sortierung der Erkrankungen nach ihrer Prävalenz. Hieraus zeigten sich Hypertension, Lipidstoffwechselstörungen, chronischer Rückenschmerz, Diabetes mellitus, Arthrose sowie Chronische ischämische Herzerkrankung als die sechs häufigsten prävalenten individuellen chronischen Erkrankungen innerhalb der geschlechtsunabhängigen ProbandInnengruppe.
Die Anzahl der Erkrankungen reichte hierbei von 3 bis 15 Erkrankungen pro Person. Hieraus konnten wiederum die häufigsten triadischen Kombinationen chronischer Erkrankungen abgeleitet werden (van den Bussche et al. 2011).
Auf Grundlage der vorhandenen Ergebnisse erfolgte während eines eintägigen

Workshops die Erstellung von Fallvignetten, aus denen die Synthese des Meta-Algorithmus abgeleitet werden sollte.
Die TeilnehmerInnen, klinisch tätige ExpertInnen, wurden zuvor in drei interdisziplinäre Fokusgruppen eingeteilt, die sich hinsichtlich der Herangehensweisen an die Konstruktion der Fallvignetten unterschieden. Der Gruppe Nr. 1 dienten Diagnosegruppen als Grundlage zur Erstellung der Fallbeispiele (Schäfer et al. 2010). Ihre Fälle mussten mindestens eine Erkrankung aus jedem Multimorbiditätsmuster enthalten. Die Gruppe Nr. 2 konstruierte ihre Fallvignetten anhand der Triaden-Kombinationen, wobei eine Triade einen Patienten oder eine Patientin darstellen sollte (van den Bussche et al. 2011). Die Mitglieder der Gruppe Nr. 3 entwickelten ihre Fälle aus Situationen und Erfahrungen aus dem Praxisalltag, die sie als besonders problematisch und schwierig empfunden hatten. Daraus ergaben sich 10 Fallvignetten, die unter anderem fiktive Daten wie Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht, sozialen Kontext sowie aktuelle Diagnosen enthielten (Tabelle 3).

Tabelle 3: Überblick über die Fallvignetten (Tabelle in Anlehnung an: Scherer et al. 2017)

| **Charakteristika** | **Psychosozialer Kontext** | **Diagnosen** |
|---|---|---|
| Multimorbiditätskonstellationen nach Schäfer et al. 2010 | | |
| 91 Jahre, männlich | seine Frau erlitt einen Schlaganfall,<br>Paar lebt zurückgezogen | Depression,<br>Demenz,<br>Harninkontinenz |
| 66 Jahre, weiblich | im Ruhestand,<br>keine weiteren Informationen | Chronische Rückenschmerzen,<br>Osteoporose,<br>Kopfschmerzen |
| 82 Jahre, weiblich | Migrationshintergrund,<br>spricht nicht deutsch | Herzinsuffizienz,<br>Niereninsuffizienz,<br>Hypotonie |
| 76 Jahre, männlich | lebt allein,<br>Ex-Frau sorgt für ihn, | arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, |

| Charakteristika | Psychosozialer Kontext | Diagnosen |
|---|---|---|
| | Sprachprobleme | zerebrale Ischämie, Periphere arterielle Verschlusskrankheit, gemischtes Mitralklappenvitium |
| Multimorbiditätskonstellationen nach van den Bussche et al. 2011 | | |
| 82 Jahre, männlich | verwitwet, alleinlebend, Tochter besucht ihn alle 4 Wochen | arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, Depression |
| 60 Jahre, männlich | im Schichtdienst tätiger Hafenarbeiter, Raucher | arterielle Hypertonie, KHK, chronische Rückenschmerzen |
| 66 Jahre, weiblich | im Ruhestand, alleinlebend | arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, chronische Rückenschmerzen, Diabetes mellitus Typ 2, Polymyalgia rheumatica mit Arteriitis temporalis, Osteoporose |
| Hochkomplexe reale Fällen aus der Praxis | | |
| 55 Jahre, weiblich | Migrationshintergrund, familiäre Probleme, spricht nicht gut deutsch | arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörung |
| 80 Jahre, männlich | im Ruhestand, keine weiteren Informationen | arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus mit Nephropathie und zerebraler Mikroangiopathie, |

| Charakteristika | Psychosozialer Kontext | Diagnosen |
|---|---|---|
| | | KHK,<br>multimodale Gangstörung,<br>Schlafapnoe |
| 84 Jahre, weiblich | alleinlebend,<br>Sozialdienst für die Verabreichung von Tabletten | Vorhofflimmern,<br>Herzinsuffizienz,<br>Demenz,<br>Müdigkeit |

Für diese 10 Fallvignetten wurden aus evidenzbasierten Einzelleitlinien sowie klinischer Expertise und PatientInnenbefragungen Handlungsempfehlungen zusammengestellt. Aus diesen sehr ausführlichen Empfehlungen wurden für einen einzelnen multimorbiden Patienten oder einer Patientin mit einer speziellen Problemkonstellation N-of-one Guidelines, sprich fallbezogene Einzelalgorithmen, abgeleitet. Ein Beispiel findet sich in Abbildung 4.

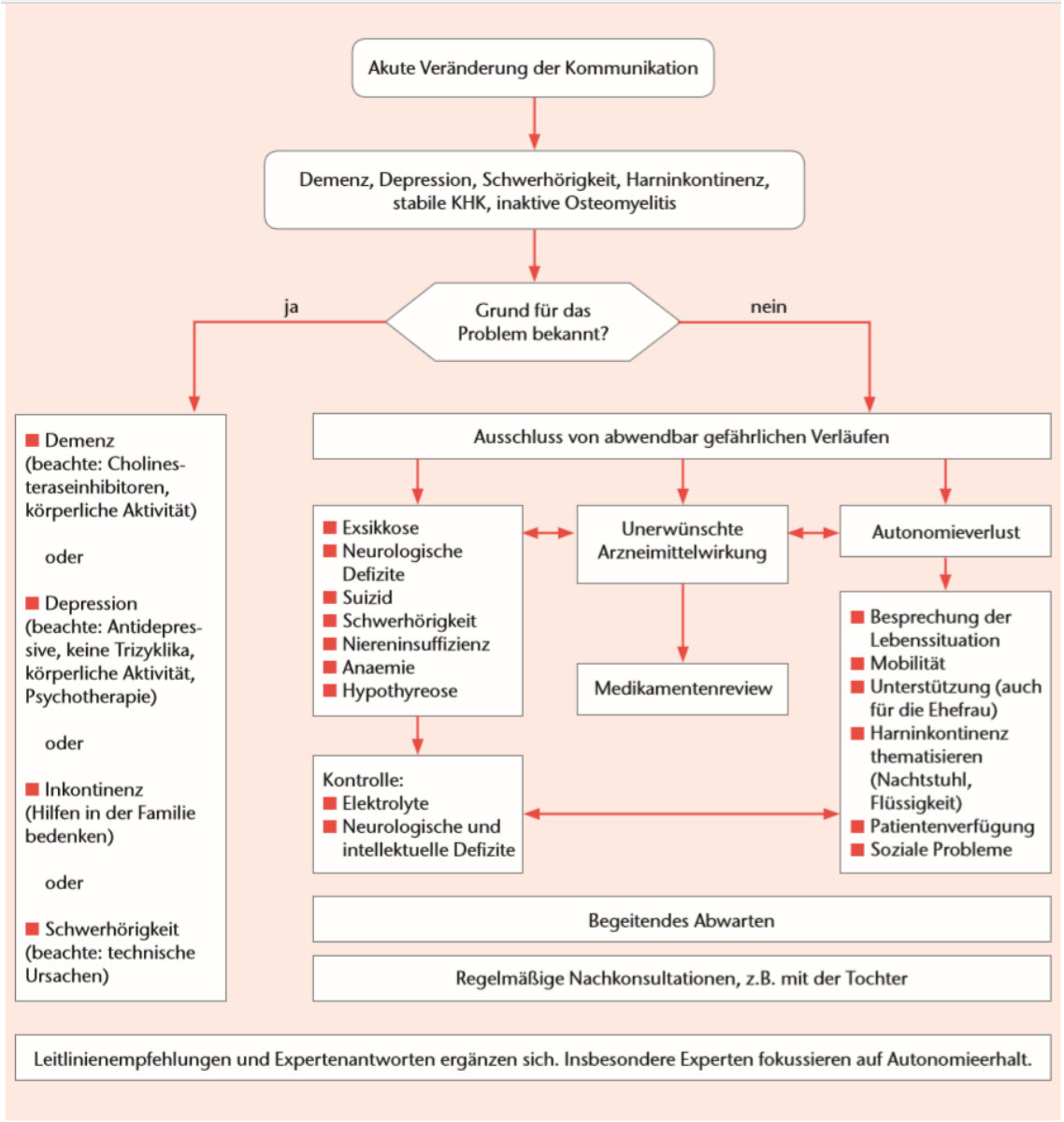



Abbildung 4 : N-of-one Guideline „Akute Veränderung der Kommunikation“ (Abbildung aus: Scherer et al. 2017)

Die Vignetten wurden auf inhaltliche und strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede analysiert und aus diesen Ergebnissen ein generischer Meta-Algorithmus entwickelt (Abbildung 5). Ärzten und Ärztinnen soll dieser Algorithmus als Leitfaden bei der Behandlung multimorbider PatientInnen dienen. Die AdressatInnen sind primär Hausärzte bzw. Hausärztinnen.

Als Zugang zu diesem Algorithmus wurde ein Beratungsanlass des/der Patienten/Patientin gewählt. Im Zentrum stehen die Präferenzen, die Werte und Lebensziele der PatientInnen. Sie interagieren mit dem psychosozialen und familiären Kontext, wie auch mit dem Empfinden bekannter Diagnosen der PatientInnen. Gleichzeitig haben die PatientInnenpräferenzen direkten Einfluss auf das begleitende Krankheitsmanagement, wie auch auf den Ausschluss von abwendbar gefährlichen Verläufen.

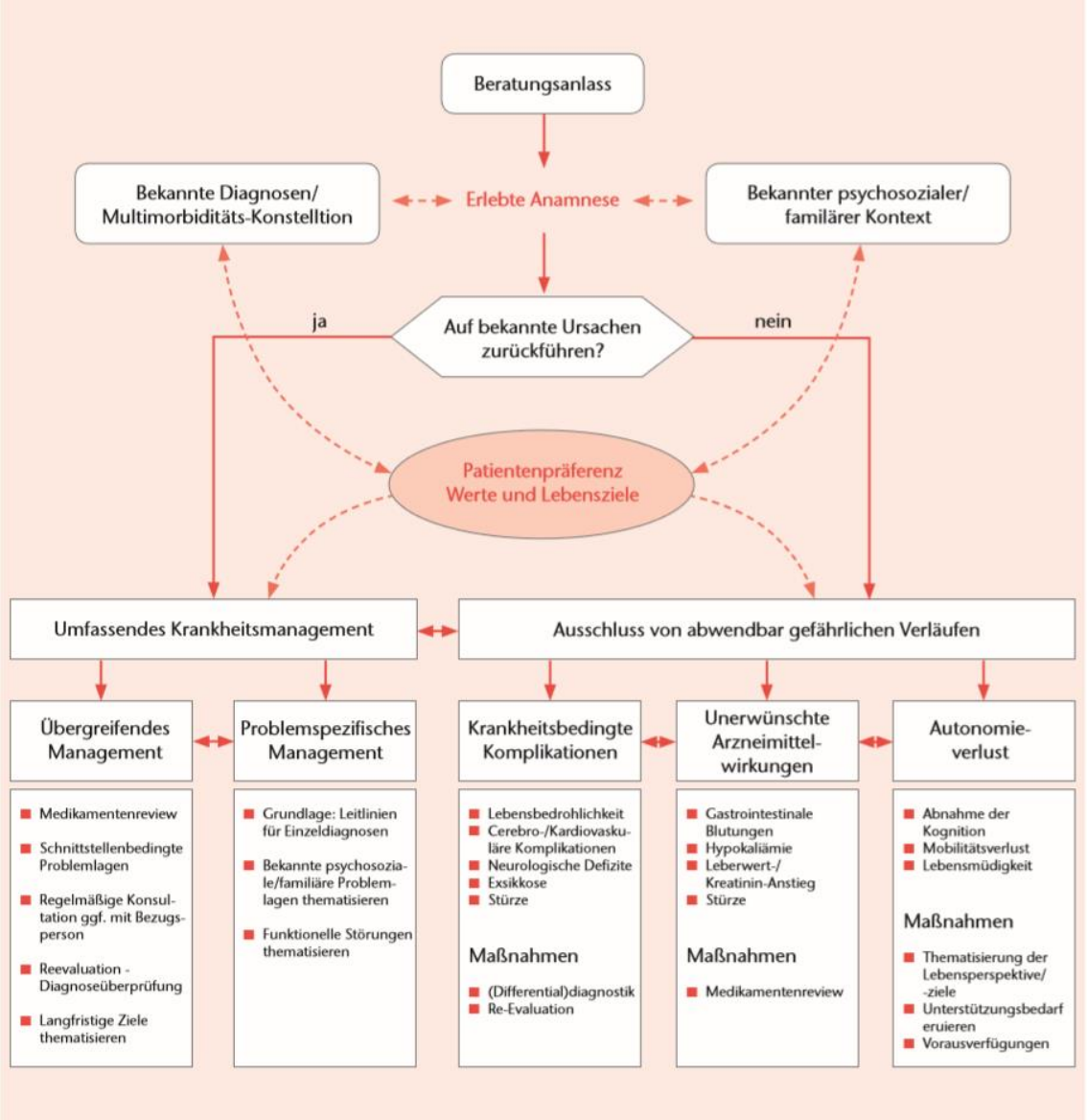



Abbildung 5: Meta-Algorithmus zur Versorgung von Patienten mit Multimorbidität (Abbildung aus: Scherer et al. 2017)

Hier wird die Wichtigkeit der PatientInnenpräferenzen deutlich. In jedem Stadium können sie Einfluss auf den Verlauf einer Beratungssituation ausüben und können diesen positiv oder negativ beeinflussen. Umso wichtiger ist es, detaillierte Kenntnisse über die Präferenzen der im Mittelpunkt stehenden PatientInnen zu erhalten, um diese als zentralen Faktor zur effizienteren Behandlung von multimorbiden PatientInnen nutzen zu können.
Im Rahmen dieser Promotionsarbeit sollen speziell die PatientInnenpräferenzen in der hausärztlichen Versorgung von Multimorbidität eruiert und geklärt werden, wie sie bei der Erstellung von Leitlinien für Multimorbidität Berücksichtigung finden können.

## 1.6 Einbezug der PatientInnenerwartungen bei der Entwicklung der DEGAM S3-Leitlinie Multimorbidität

Um sich dem Thema der PatientInnenerwartungen an die hausärztliche Grundversorgung zu nähern, wurde als erster Schritt eine orientierende Literaturrecherche durchgeführt. Auf Basis dieser Recherche wurden qualitative Interviews mit multimorbiden PatientInnen durchgeführt, um mehr über die Werte und Wünsche von multimorbiden PatientInnen zu erfahren. Diese werden in die Erstellung eines Meta-Algorithmus einbezogen werden, der das Kernstück einer S3-Leitlinie Multimorbidität darstellen soll.

# 2. Stand der Forschung zu Erwartungen multimorbider PatientInnen an die hausärztliche Grundversorgung

Die Literaturrecherche erfolgte vom 1. Oktober 2014 bis 31. Mai 2015 in der weltweit umfangreichsten Literaturdatenbank im Bereich der Medizin „PubMed“, mit den in Tabelle 4 angegebenen Schlagwörtern (PubMed 2019). Aus der Forschungsfrage heraus wurden hierzu drei Begriffscluster gebildet: “Multimorbidity“ umfasst mögliche Synonyme der Multimorbidität. Begriffe, die Werte und Perspektiven der PatientInnen wiedergeben, sind unter der Säule „Patient“ zusammengefasst. Die Art der Erhebungsmethode wird durch „Method“ repräsentiert und legt ihren Fokus auf qualitative Studie, jedoch wurden auch quantitative Studien in die Auswertung einbezogen. Der Fokus auf qualitative Studien beruht auf dem angestrebten Studiendesign der PatientInneninterviews. 650 Ergebnisse wurden in der Datenbank gefunden, von denen nur wenige mindestens einen Suchbegriff aus jeder der drei Säulen der Literaturrecherche behandelten. Nach Sichtung aller Ergebnisse und deren Quellenangaben kristallisierten sich sieben qualitative und drei quantitative Studien heraus, die für die vorliegende Forschungsfrage dieser Dissertationsarbeit relevant sind. Auf diese wird in den nächsten Kapiteln näher eingegangen.

Tabelle 4: Begriffscluster der Literaturrecherche (Tabelle aus: Eigene Darstellung, siehe auch Anhang 3)

| Multimorbidity | Patient | Method |
|---|---|---|
| multimorbid* | „patient* centered“ | „focus group“ |
| comorbid* | „patient* satisfaction“ | interview |
| „frail elderly“ | „patient* view“ | survey |
| | „patient* perception“ | „mixed method*“ |
| | „patient* perspective“ | „qualitative study“ |
| | „patient* preference“ | „qualitative research“ |
| | expectation* | |

Um die Studien einheitlich bewerten zu können, wurden zwei Systeme

angewandt: Die Bewertung der qualitativen Studien orientierte sich nach Giacomini u. Cook (2000, Anhang 6). Die Kriterien behandelten Methoden, TeilnehmerInnen, Datenerhebung und Analyse. Die Checkliste der quantitativen Studien richtete sich nach Kriterien des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) mit der Kontrolle anhand von sechs Kriterien (Anhang 8).

## 2.1 Qualitative Studien der Literaturrecherche

In den Recherchen wurden sieben qualitative Studien aufgefunden, die hier mit ihren Hauptcharakteristika und -ergebnissen dargestellt werden (siehe auch Anhang 5). Vier der Studien wurden in den Vereinigten Staaten von Amerika erhoben, drei in Europa (Niederlande, Schweden). Die Rekrutierung erfolgte bei vier Studien über hausärztliche Praxen, bei einer weiteren über die Gemeinde, und des Weiteren während einer Hospitalisation. Bei einer Studie ist das Setting nicht nachvollziehbar.

2005 wurden PatientInnen der Primärversorgung mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen in Fokusgruppen mithilfe eines semi-strukturierten Leitfadens hinsichtlich ihrer Pflegebedürfnisse und -präferenzen befragt (Noël et al. 2005). Durch Stichproben wurden acht Primärversorgungskliniken in vier geographischen Regionen der Vereinigten Staaten von Amerika aus der Veterans Health Administration ausgewählt. Vier Kliniken befanden sich in einer Großstadt, vier auf dem Land. Aus diesen Stichproben wurden 60 Veteranen multizentrisch, mit besonderem Fokus auf ihren funktionellen Status, rekrutiert. In Anlehnung an die vier Komponenten von “Von Korffs kollaborativem Management von Pflege chronischer Erkrankung“ wurden die Ergebnisse in fünf Kategorien gruppiert: PatientInnen-identifizierte Probleme, Kommunikation, Selbstmanagement-Fähigkeiten, Präferenzen für Monitoring und Follow-up sowie übergreifende Themen (Korff et al. 1997). Anhand einer Inhaltsanalyse der geführten Interviews wurde ermittelt, dass die multimorbiden Personen mehr über ihre eigene Funktionalität und über den Einfluss, den ihre Erkrankungen auf ihr Leben ausüben, besorgt sind als über die Symptome an sich. Zudem äußerten sie Probleme mit Arzneimittelnebenwirkungen sowie der Koordination der Medikamenteneinnahme bei Polypharmazie.

Außerdem stellte für die Interviewten der Umgang mit ihren behandelnden Ärzten/Ärztinnen und dem Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar.
Die Studie „Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making" versuchte die Sicht älterer Personen mit drei bis acht gleichzeitig vorliegenden chronischen Erkrankungen auf potenzielle Arzneimittelwechselwirkungen zu erfassen (Fried et al. 2008). 66 ProbandInnen wurden multizentrisch durch gezielte Auswahl, unter Berücksichtigung der Ethnie und des sozioökonomischen sowie funktionellen Status rekrutiert. Mithilfe eines Gesprächsleitfadens, der kontinuierlich um die Erkenntnisse der initialen Gespräche erweitert wurde, wurden in Fokusgruppen Befragungen zum Verständnis der ProbandInnen für ihre Erkrankung und deren Therapie sowie über ihre persönlichen Therapieziele anhand zwei konkreter Szenarien durchgeführt. Die TeilnehmerInnen kategorisierten ihre Präferenzen bezüglich potenzieller Behandlungsziele in zwei Gruppen: Erwünschte Wirkungen versus Unerwünschte Wirkungen. Die Lebensverlängerung wurde als wichtigster Parameter beschrieben, jedoch nicht, wenn diese ohne Lebensqualität einherginge. Zudem äußerten die ProbandInnen den Wunsch nach Erhalt der physischen und sozialen Funktionalität sowie die Verhütung einer Erkrankung beziehungsweise der Verschlimmerung einer bereits bestehenden. In Bezug auf die Verbesserung von spezifischen Symptomen gaben die ProbandInnen am häufigsten Schmerz, Kurzatmigkeit und Depression an. Schmerz, Übelkeit, Benommenheit, Schwindel und mentale Verlangsamung wurden als unerwünschte Ergebnisse genannt.
In der Arbeit der Gruppe um Bayliss et al. (2007), die sich der Frage „Welche Prozesse wünschen sich ältere, multimorbide PatientInnen, deren Multimorbidität widersprüchliche Ansprüche für PatientInnen und AnbieterInnen haben können?" angenommen hat, wurden die TeilnehmerInnen willkürlich aus einer bereits bestehenden klinischen Studie rekrutiert. Multimorbidität wurde in diesem Fall durch die Symptomentrias Diabetes, Depression und Arthrose als Minimum an bestehenden Erkrankungen definiert. Das semi-strukturierte Interview beinhaltete unter anderem die Aufforderung, die für die ProbandInnen perfekte klinische Betreuung zu konstruieren. Kontinuität der im Betreuungsablauf integrierten

Personen sowie eine klare Kommunikation waren den TeilnehmerInnen besonders wichtig. Darüber hinaus schlugen sie eine individuelle Betreuung vor, welche direkt kontaktiert werden könnte. Zudem möchten sie „gehört werden“ und in die Erstellung ihres Therapieplanes einbezogen werden.

Anhand semi-strukturierter Interviews wurden in einer anderen Studie 15 bizentrisch rekrutierte „gebrechlich ältere PatientInnen“ mit einem Alter über 75 Jahren und drei oder mehr ICD-10 Diagnosen während ihrer Hospitalisation in einem mittelgroßen Krankenhaus in Schweden befragt (Ekdahl et al. 2010). Die PatientInnen wurden hinsichtlich ihrer Präferenzen zur Partizipation an der medizinischen Entscheidungsfindung während einer Krankenhausaufnahme interviewt. Die Ergebnisse wurden wie folgt kategorisiert: Partizipation, Information und Kommunikation, Kommunikationsbarrieren, Grad der Partizipation und Machtinstitution Krankenhaus. Als Hauptfazit geben die AutorInnen an, dass für die Mehrheit der PatientInnen Partizipation in erster Linie mit Information und guter Kommunikation verbunden sei. Sie wünschen sich Zeit seitens des Personals, um ihre Gedanken und Gefühle äußern zu können. Als Barrieren der Kommunikation wurden eine hohe Anzahl von in den Behandlungsablauf involvierter Ärzte und Ärztinnen sowie Stress und die damit einhergehende Schnelligkeit der Behandlung angegeben. Weniger wichtig scheint ihnen die Einbeziehung in die medizinische Entscheidungsfindung zu sein. Das Krankenhaus per se wurde als eine Machtinstitution beschrieben, der man nicht widersprechen könne.

2012 beschäftigten sich Robben et al. mit der Frage, wie viel Informationen ältere Personen und ihre pflegenden Angehörige erhalten und inwieweit sie in die medizinische Entscheidungsfindung einbezogen werden möchten. Mittels zielgerichteter Stichproben in den Provinzen Gelderland und Noord-Braband in den Niederlanden und unter Berücksichtigung der Lebenssituation, des sozioökonomischen Status, gesundheitlicher sowie sozialer Probleme und der Erfahrungen mit dem Studienthema, wurde versucht, möglichst heterogene InterviewpartnerInnen zu erfassen. Die Rekrutierung erfolgte über den Hausarzt bzw. die Hausärztin. Mithilfe der Grounded Theory konnten vier Themenblöcke ermittelt werden: Informationsinhalt, Präferenzen zum Informationserhalt, Strategien, die

erhaltene Information zu verbessern und Präferenzen für den Kontext des Informationserhalts. Über die Ausführlichkeit der Informationen, die die PatientInnen erhalten wollen, bestanden unterschiedliche Meinungen. Einige bevorzugen limitierte, andere wiederum detaillierte und ausführliche Informationen. Optimalerweise werden diese durch visualisierte Skizzen und schriftliche, klare und „auf den Punkt gebrachte“ Fakten ergänzt. Allgemein bestand der Wunsch nach Aufklärung über die persönliche medizinische Kondition, die Prognose und über Probleme, die im Laufe einer Erkrankung auftreten können. Um selbstständig die Information zu verbessern, bereiten sich die PatientInnen auf hausärztliche Besuche vor, kommen in Begleitung von Angehörigen und/oder informieren sich selbstständig mithilfe unterschiedlicher Medien. Auch in dieser Arbeit wurde die Wichtigkeit der Kontinuität, durch die eine vertrauensvolle Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung erst möglich wird, deutlich. PatientInnen empfanden es ebenfalls als wichtig, dass Ärzte/Ärztinnen sich Zeit für sie nehmen und einen respektvollen Umgang sowie ein ernsthaftes Interesse ihnen gegenüber zeigten.

Der gleichen ProbandInnengruppe sowie Methodik bediente sich eine andere niederländische Arbeitsgruppe mit der Frage nach dem Bedarf an Hausbesuchen bei „gebrechlichen älteren Menschen“ (van Kempen et al. 2012). Die Mehrheit der PatientInnen befürwortete Hausbesuche. Sie erhofften sich dadurch mehr Zeit und bessere Möglichkeiten, mit dem/der Arzt/Ärztin über Probleme sprechen zu können. Positiv bewertet wurde auch die Einbettung des psychosozialen Kontextes des/der Patienten/Patientin, die erst durch Hausbesuche möglich sei. Zudem wurde auch hier die Kontinuität der Fachkräfte angeführt, die als Basis für Hausbesuche angesehen wurde, um Vertrauen aufzubauen.

Die Studie von Jerant et al. (2005) untersuchte in Fokusgruppen die von PatientInnen empfundenen Barrieren des aktiven Selbst-Managements. Es wurden zahlreiche Gründe genannt, wobei unter psychischen und physischen Hindernissen ebenfalls die als unzulänglich empfundene Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation zum Ausdruck kam. Des Weiteren wurden Transportprobleme und finanzielle Probleme z.B. bei der Inanspruchnahme von Fitness-Studios genannt, die das aktive Selbst-Management limitieren. Zudem seien einige erwünschte

Leistungen nicht von der Krankenversicherung abgedeckt. Der Vorschlag eines Selbst-Management-Services für Zuhause wurde von der Mehrheit mit Interesse aufgenommen.

## 2.2 Synthese der Ergebnisse der qualitativen Studien

Nach Sichtung des Materials und induktiver Kategorisierung der qualitativen Studienergebnisse ergaben sich fünf Hauptkategorien:

(1) Rahmenbedingungen
(2) Kommunikation
(3) Bedürfnisse
(4) Arzt-/Ärztin-PatientInnen-Beziehung
(5) Therapieziele

Die Rahmenbedingungen, wie beispielsweise das Gesundheitssystem, bilden die Basis für alle weiteren Hauptkategorien. Zu ihnen gehört auch die individuelle Kontaktperson, zum Beispiel der Arzt/Ärztin, als Möglichkeit, die anderen oben erwähnten Punkte zu verfolgen. Die Kommunikation wiederum umfasst die Kategorien Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung, Bedürfnisse sowie Therapieziele, welche ohne Kommunikation keinen Ausdruck finden könnten. Die Kommunikation sollte klar, respektvoll und ernsthaft gestaltet werden. Zudem sollte sich für Kommunikation Zeit genommen, Informationen vermittelt und sprachliche Schwierigkeiten erkannt und entgegengewirkt werden. Sie ist zusammen mit einer Kontinuität der im Behandlungsablauf integrierten Personen die Basis für eine vertrauensvolle Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung. Zudem möchten PatientInnen in die Planung des Behandlungsablaufs einbezogen werden. Die Bedürfnisse der PatientInnen umfassen insbesondere die Aufrechterhaltung der eigenen physischen wie auch sozialen Funktionalität und Behandlung aktueller Symptome. Zudem wünschen die PatientInnen sich bei der Behandlung die Berücksichtigung des psychosozialen Kontextes und die Möglichkeit Gedanken und Gefühle äußern zu können. Die Lebensverlängerung wird als wichtigstes Therapieziel empfunden, jedoch nicht, wenn die Lebensqualität darunter leidet. Zudem

erwarten PatientInnen die Prävention einer Erkrankung beziehungsweise das Fortschreiten einer bereits bestehenden Erkrankung.

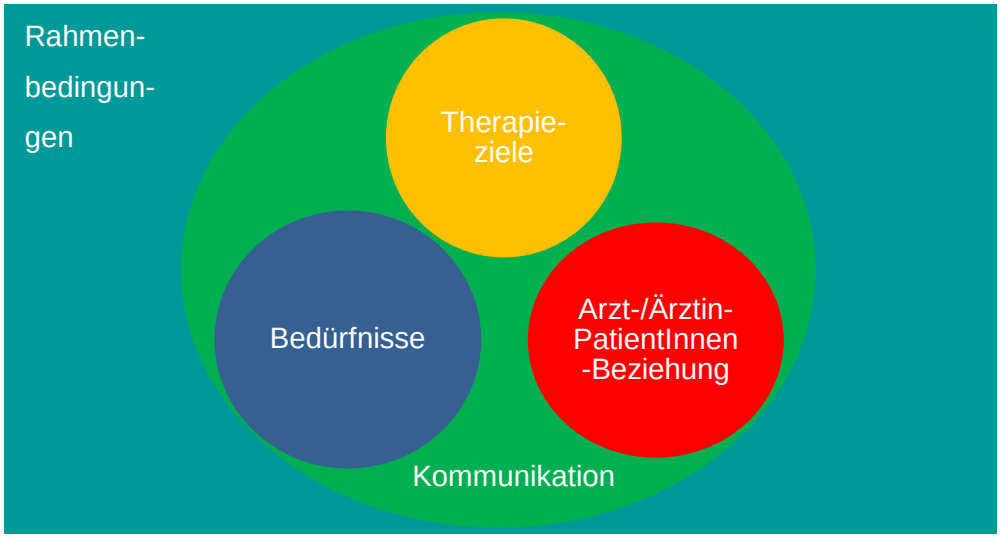



Abbildung 6: Ergebnisse der qualitativen Literaturrecherche (Abbildung aus: Eigene Darstellung)

## 2.3 Quantitative Studien

An quantitativen Studien wurden in den Recherchen drei aufgefunden, die hier mit ihren Hauptcharakteristika und -ergebnissen dargestellt werden (siehe auch Anhang 7). Zwei Studien stammen aus den Vereinigten Staaten von Amerika, eine aus Griechenland. Die Rekrutierung erfolgte bei zwei Studien über den Hausarzt bzw. die Hausärztin und eine durch direkte Kontaktaufnahme.

Noël et al. (2005) aus den USA erforschten die Herausforderungen der Multimorbidität aus Perspektive der PatientInnen. Sie untersuchten die Lernbedürfnisse von Selbst-Management Strategien und den Willen der PatientInnen, nicht-ärztliche TherapeutInnen aufzusuchen. Dazu erfolgte eine Einteilung in zwei ProbandInnengruppen. Es erfolgte der Vergleich von PatientInnen mit mehr als drei chronischen Erkrankungen mit chronisch monomorbiden PatientInnen. Anhand dieser Querschnittsstudie wurde deutlich, dass multimorbide PatientInnen stärker als PatientInnen mit einer einzelnen Erkrankung gewillt waren, alle angebotenen Fähigkeiten des Selbst-Management zu erlernen. Die fünf häufigsten genannten

Fähigkeiten waren die korrekte Medikamenteneinnahme, Überwachung wichtiger Symptome, Schlafverbesserung, Schmerzbewältigung sowie Stressreduktion. Dies stand in positiver Assoziation mit dem Willen, nicht-ärztliche TherapeutInnen aufzusuchen.

Eine amerikanische Gruppe um Fung et al. beschäftigte sich 2008 mit der Beziehung zwischen Multimorbidität und PatientInnenbewertungen der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation. Mithilfe von fünf Fragen im Hinblick auf ihre Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung wurden 15.709 PatientInnen, die eine national repräsentative Stichprobe von US-BürgerInnen darstellen sollten, hinsichtlich der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Kommunikation befragt. Das Resultat zeigte unter Berücksichtigung demographischer Daten, des Urbanisierungsgrades, des Krankenversicherungsstandes, der Anzahl der ärztlichen Besuche im vergangenen Jahr sowie der Selbsteinschätzung des eigenen, allgemeinen Gesundheitszustandes, dass eine höhere Anzahl an Erkrankungen mit einer niedrigeren Bewertung der Kommunikation einhergeht.

Eine Tür-zu-Tür-Umfrage untersuchte die Prävalenz von Multimorbidität auf Zypern, die Zufriedenheit der BürgerInnen hinsichtlich der momentan bereitgestellten Gesundheitsversorgung und versuchte aus diesen Kenntnissen Empfehlungen abzuleiten (Kiliari et al. 2014). Auch in dieser Befragung stellte sich die zugeteilte Zeit, sowohl zur Besprechung der spezifischen Probleme als auch des generellen Gesundheitszustandes des/der Patienten/Patientin, als wesentlicher Faktor der PatientInnen-Zufriedenheit dar.

## 2.4 Synthese der Ergebnisse der quantitativen Studien

Die Kategorisierung der Ergebnisse orientierte sich zur besseren Vergleichbarkeit deduktiv an den Kategorien der qualitativen Studienergebnisse. Es wurden drei unterschiedliche, nicht ineinander übergreifende Themengebiete angesprochen:

(1) Kommunikation

(2) Bedürfnisse

(3) Therapieziele

Auch in den quantitativen Studien stehen die herausgearbeiteten Kategorien im Kontakt zueinander. Ausreichende Zeit für eine angemessene Kommunikation, um Bedürfnisse und Behandlungsmaßnahmen besprechen zu können, zeigt sich als wesentlicher Faktor der PatientInnen-Zufriedenheit. Eine höhere Anzahl an Erkrankungen geht zudem mit einer niedrigeren Bewertung der Kommunikation einher. Darüber hinaus sind multimorbide PatientInnen gewillt, Selbst-Management-Fähigkeiten zu erlernen und nicht-ärztliche Berufsgruppen aufzusuchen. Als die wesentlichen Therapieziele werden das Monitoring wichtiger Symptome, Schmerzmanagement, Stressreduktion sowie Schlafverbesserung angegeben.

Abbildung 7: Ergebnisse der quantitativen Literaturrecherche (Abbildung aus: Eigene Darstellung)

## 2.5 Diskussion

Die Literaturrecherche diente dem Ziel der orientierenden Übersicht von bereits bestehenden Arbeiten. Zudem diente sie der Orientierung zur Erstellung eines Interview-Leitfadens. Eine Schwäche dieser Recherche ist zum einen die Beschränkung auf die Datenbank PubMed und den draus resultierenden Referenzlisten. Zum anderen führte die Verwendung der Begriffe Multimorbidität und Komorbidität angesichts der Häufigkeit des Problems zu verhältnismäßig wenig Literaturstellen. Möglicherweise wären in einer Suchstrategie, die sich nicht auf

die Oberbegriffe Multimorbidität und Komorbidität beschränken, sondern nach häufigen Krankheitskonstellationen sucht, mehrere Suchergebnisse aufgefunden worden. Dennoch wurden in den aufgefundenen Arbeiten wichtige Aspekte der PatientInnenperspektiven ermittelt, die jedoch nicht ausschließlich auf die hausärztliche Versorgung abzielten, sondern auch auf die Versorgung in Krankenhäusern oder durch andere SpezialistInnen. Aus Sicht der PatientInnen zeigten sich in der individuellen ärztlichen Betreuung die Kontinuität der Beziehung, ausreichend Zeit und der respektvolle Umgang miteinander als Grundlage des Aufbaus einer vertrauensvollen Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung.
Die Herausarbeitung der Präferenzen multimorbider PatientInnen speziell in der hausärztlichen Grundversorgung wird Gegenstand dieser Dissertationsarbeit sein.

# 3. Fragestellung und Ziel

Nach Erstellung eines Interview-Fragebogens sollen durch qualitative Interviews, die aus der Literatur erarbeiteten Präferenzen multimorbider PatientInnen überprüft und gegebenenfalls um weitere, speziell auf die hausärztliche Versorgung bezogene Aspekte ergänzt werden. Das Ziel ist die Ausdifferenzierung der Präferenzen multimorbider PatientInnen in der hausärztlichen Grundversorgung. Zur Darstellung der Ergebnisse wurde der Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin als strukturierendes Element gewählt. Im Anschluss wird die Erarbeitung einer Strategie zur Implementierung der Ergebnisse in einen Meta-Algorithmus erfolgen, der ebenfalls die hausärztliche Konsultation als strukturierendes Element verwendet. Dieser Algorithmus wird das Kernstück der evidenzbasierten S3-Leitlinie für Multimorbidität sein, die im darauffolgenden Schritt entwickelt werden soll.

# 4. Material und Methoden

Der Studienplan wurde am 03.02.2015 durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg im Rahmen eines Amendment-Antrages für die zugrunde liegenden MultiCare Studie genehmigt (Bearbeitungs-Nr.: 2881, Anhang 2). Eine unterschriebene Einverständniserklärung jedes/jeder Interview-Teilnehmers/Teilnehmerin liegt vor (Anhang 10).

## 4.1 Studiendesign

Qualitative Forschung bewahrt in der Untersuchung eines Gegenstandes dessen Komplexität und Vielschichtigkeit. Das Ziel ist nicht das Erfassen und Vergleichen von Daten. Das Ziel der Methode ist, die Fragestellungen so offen wie möglich zu gestalten, um Neues zu erfahren, dieses zu verstehen und zu interpretieren, um daraus Theorien entwickeln zu können. Insbesondere die Subjektivität der Antworten, gegebenenfalls über die direkt gestellte Frage der Untersuchten hinaus, ist, im Unterschied zur quantitativen Forschung, bewusst gewollt. Auch die subjektiven Beobachtungen und Empfindungen des/der Forschers/Forscherin während einer Untersuchung werden zu Daten, die dokumentiert werden (Flick 2017).

Für die vorliegende Forschungsfrage wurde die Methodik des semistrukturierten Interviews anhand eines Interviewleitfadens gewählt. Diese erfasst, aufgrund der offenen Fragestellungen, die Unterschiedlichkeit der PatientInnenperspektiven und ihrer Sicht- und Handlungsweisen bestmöglich. Der Interviewleitfaden setzt sich aus Elementen des SPSS-Prinzips nach Helfferich zusammen: Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsumieren.

Der erste Schritt, „Sammeln“, beinhaltete das Zusammentragen aller Fragen, die im Zusammenhang mit der Forschungsfrage stehen, ohne dabei auf die korrekte Fragestellung oder inhaltliche Relevanz zu achten (Helfferich 2011). Diese bezogen sich auf die durch die Literaturrecherche herausgearbeiteten fünf

Themenbereiche: Rahmenbedingungen, Kommunikation, Bedürfnisse, Arzt/Ärztinnen-PatientInnen-Beziehung und Therapieziele.

In einer institutsinternen, multiprofessionellen Besprechung wurde anhand unterschiedlicher Prüffragen der zweite Schritt „Prüfen“ durchgeführt. Sind diese Art von Fragen offen gestellt? Lassen sich durch die Fragen Texte produzieren? Durch diese Fragen wurde geprüft, ob die Fragen freie Texte produzieren lassen, wie es bei qualitativen Interviews gewünscht ist. Die Fragen wurden nach inhaltlichen Aspekten in Bündel zusammengefasst („Sortieren“) und zu jedem Themenbündel eine Erzählaufforderung generiert („Subsumieren“).

Den Intervieweinstieg dieser Promotionsarbeit bildete die Vorstellung der Interviewerin, eine kurze Erläuterung des Projektes sowie ein Überblick über den Ablauf des Interviews. Insbesondere die Pseudonymisierung des Interviews und die Einwilligung der Teilnehmenden in die Tonbandaufnahme mit der Option, das Gespräch seitens der Teilnehmenden jederzeit abbrechen zu können, wurden hervorgehoben. Die Einwilligung zur digitalen Aufnahme des Gespräches wurde zusätzlich durch die unterschriebene Einverständniserklärung bestätigt.

Anhand des Interviewleitfadens wurden von der Interviewerin offen formulierte Fragen gestellt (Anhang 9). Der Leitfaden sollte sicherstellen, dass im Gespräch kein relevanter Aspekt ausgelassen wird. Die Eingangsfrage war hierbei immer identisch. In welcher Reihenfolge die anschließenden Fragen gestellt wurden sowie die Variation der Fragen ergaben sich im Verlauf des Interviews in Abhängigkeit davon, welche Antworten erfolgten. Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wurden ergänzend eingesetzt.

Im Anschluss an diese systematischen Schritte wurde der Leitfaden an alle involvierten ProjektmitarbeiterInnen mit der Bitte um Rückmeldung gesendet. 75 Prozent der angeschriebenen MitarbeiterInnen (n=6) beteiligten sich und äußerten Verbesserungsvorschläge und Ratschläge. Anhand dieses überarbeiteten Leitfadens wurde vor Beginn der Interviews ein Pretest an einer Probandin (76 Jahre, Erkrankungen n=4) durchgeführt, um die praktische Umsetzbarkeit des Interview-Leitfadens zu evaluieren. Er beinhaltet Fragen zu dem letzten hausärztlichen Besuch, die Präferenzen in der aktuellen Behandlungssituation sowie die Frage

nach Aspekten, die dem Patienten/der Patientin in Bezug auf die hausärztliche Versorgung als wichtig erscheinen. Der anschließend an dieses Gespräch erneut überarbeitete Leitfaden wurde fortgehend in allen Interviews angewandt (Anhang 9). Änderungen erfolgten hingehend der Reihenfolge der gestellten Fragen, Änderung der Anordnung der Sitzplatzposition der Interviewerin zu den Interview-TeilnehmerInnen sowie des Anwendens von Aufrechterhaltungsfragen. Die Interviews wurden innerhalb eines Zeitraumes von 32 Tagen durchgeführt.

### 4.1.1 Auswahl der Studienpopulation

Insgesamt sollten 15 InterviewpartnerInnen rekrutiert werden, die zu gleichen Anteilen drei unterschiedlichen Gruppen zuzuordnen waren (siehe 1.5, Vorarbeiten im Institut). Dieses hielt den Umfang der vorliegenden Arbeit in einem überschaubaren Rahmen und konnte gleichzeitig eine möglichst große Vielfalt an Krankheitskonstellationen erfassen.
Die fünf TeilnehmerInnen der ersten Gruppe sollten jeweils einer Triade der 10 häufigsten Kombinationen chronischer Erkrankungen entsprechen (van den Bussche et al. 2011). Die zweite Gruppe sollte mindestens eine Erkrankung aus jeweils einem von drei Multimorbiditätsmustern aufweisen (Schäfer et al. 2010). Gruppe Nummer drei enthielt PatientInnen mit folgender Definition (sogenannte Problemfälle): Eine Krebserkrankung, die in der Vergangenheit bestand oder aktuell vorliegt und/oder ein lebensbedrohliches Ereignis, wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder intrazerebrale Blutungen in der Vergangenheit.

### 4.1.2 Identifikation geeigneter Teilnehmer

Die Auswahl geeigneter ProbandInnen erfolgte randomisiert aus der MultiCare Studie (Schäfer et al. 2009). Es handelt sich um eine multizentrische, prospektive Kohortenstudie von 2008 bis 2013 mit Einbezug von 3050 multimorbiden PatientInnen im Alter von 65 bis 85 Jahren, die per Zufall aus 158 Hausarztpraxen in acht Studienzentren ausgewählt wurden. Ein- und Ausschlusskriterien der Studie sind der Tabelle 5 zu entnehmen.

Tabelle 5: Ein- und Ausschlusskriterien der MultiCare Studie (Tabelle aus: Schäfer et al. 2009)

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|---|---|
| - Geburtsdatum zwischen 01.07.1923 und 30.06.1943<br><br>- ≥ 1 Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin in den letzten 3 Monaten<br><br>- ≥ 3 unterschiedliche Erkrankungen aus einer Liste von 29 (Anhang 11) | - Altersheim-BewohnerInnen (durchschnittliche Lebenserwartung nach Eintritt in Institution von 6 Monaten bei geplanter Langzeitstudie)<br><br>- Schwere Erkrankung, nach Angaben des/der Hausarztes/Hausärztin, mit vermutlich tödlichem Verlauf innerhalb von 3 Monaten<br><br>- Unfähigkeit, Deutsch zu sprechen und zu lesen<br><br>- Unfähigkeit der Einverständniserklärung (beispielsweise Demenz)<br><br>- Unfähigkeit, am Interview teilzunehmen (beispielsweise Blindheit, Taubheit)<br><br>- Personen, die keine regulären PatientInnen der teilnehmenden Praxen waren, sondern nur als Notfall behandelt wurden<br><br>- Aktuelle Teilnahme an anderen Studien |

Aus dem PatientInnenkollektiv der MultiCare Kohorte wurden für die aktuelle Erhebung solche PatientInnen ausgewählt, die den entsprechenden Merkmalen der oben erläuterten Gruppen entsprachen. Nach vorheriger Kontaktierung und Befragung der zuständigen Hausärzte/Hausärztinnen nach dem aktuellen Gesundheitszustand ihrer PatientInnen wurden die potenziellen Interview-TeilnehmerInnen zuerst per Anschreiben und später telefonisch kontaktiert (Anhang 11, 12). Für die Teilnahme an der Studie wurde keine Aufwandsentschädigung gezahlt.

Die Teilnahme war freiwillig und konnte zu jedem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden.

### 4.1.3 Durchführung der Erhebung

Auf Wunsch der TeilnehmerInnen wurden zwei der Interviews im Institut für Allgemeinmedizin und die restlichen 14 in den Häuslichkeiten der PatientInnen durchgeführt. Alle Interviews wurden von der Verfasserin dieser Dissertation geführt. Die Dokumentation der Interviews erfolgte mittels digitaler Aufzeichnung.

### 4.1.4 Transkription

Die Transkription der digitalen Aufnahmen wurde mithilfe von f4transkript nach einem einfachen Transkriptionssystem umgesetzt (Dresing u. Pehl 2018). Des Weiteren erfolgte eine Pseudonymisierung aller Daten, um die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Es wurde wörtlich transkribiert und die Sprache wie auch die Interpunktion hierbei leicht geglättet. Das heißt, das gesprochene Wort wurde an das Schriftdeutsch angenähert, fehlerhafte Satzformen jedoch beibehalten. Verständnissignale wurden nicht transkribiert. Längere Pausen wurden durch (…) markiert, Störungen im Gesprächsablauf in Klammern angegeben und Lautäußerungen, wie Lachen, wurden ebenfalls im Transkript angegeben. Unverständliche Passagen wurden mit (unv.) und ausgelassene mit […] gekennzeichnet.

## 4.2 Auswertung

Die Auswertung erfolgte computergestützt mit der MAXQDA-Software 10 mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (Abbildung 8).

Nach Transkription der 15 Interviews, ohne Berücksichtigung des Pretests, wurden alle für relevant empfundenen Textstellen markiert und Kurzbeschreibungen der Abschnitte in Form von Memos verfasst. Hieraus erfolgte die deduktiv-induktive Kategorienbildung.

Von deduktiver Kategorienbildung spricht man, wenn die Kategorien aus einem bereits zuvor bestehendem Datensatz abgeleitet werden. In diesem Fall gingen die Hauptkategorien als Merkmale einer Hausarztkonsultation direkt aus dem Leitfaden hervor.
Im Gegensatz dazu erfolgt die induktive Kategorienbildung ausschließlich auf Basis der empirisch gesammelten Daten. Aus den Interviews heraus wurden weitere Hauptkategorien entwickelt, um eine bessere Strukturierung des Materials zu erhalten sowie die Priorität einiger Themen, die während der Sichtung deutlich wurden, hervorzuheben.

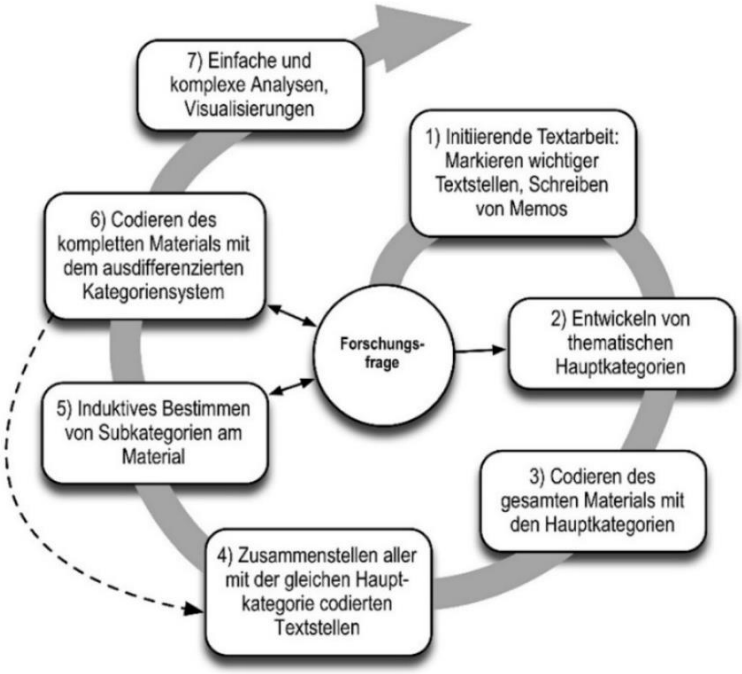



Abbildung 8: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Abbildung aus: Kuckartz 2014)

Im ersten Codierprozess wurde das markierte Material den Hauptkategorien zugeordnet. Hierbei sind die Zuordnungen einer Textstelle zu mehreren Kategorien möglich, falls in einem Text mehrere Kategorien angesprochen werden. Im Anschluss wurden die Textstellen einer Kategorie erneut gesichtet und induktiv Subkategorien zu jeder Hauptkategorie erstellt. Diese sollten so einfach wie möglich, aber differenziert sein.

Anhand dieses ausdifferenzierten Kategoriensystems folgte der zweite Codierprozess und damit der letzte Schritt der Inhaltsanalyse (Anhang 4). Hier werden die Textstellen dem ausdifferenziertem Kategoriensystem zugeordnet.
Abschließend erfolgte die kategorienbasierte Auswertung mit Darstellung von relevanten Zitaten.
Auf intersubjektive Nachvollziehbarkeit wurde in jedem Schritt geachtet. Diese kann anhand des Codesystems nachvollzogen werden (Anhang 4). Die Codierungen, Subcodierungen sowie Ergebnisse dieses Auswertungsprozesses wurden im Rahmen der interdisziplinären Arbeitsgruppe zu qualitativen Forschungsmethoden (AG QualiMeth) am Institut für Allgemeinmedizin diskutiert und weiterentwickelt.

# 5. Ergebnisse

## 5.1 Rekrutierungsvorgang

Der Rekrutierungsvorgang lief in drei Wellen und begann per Anschreiben am 30.12.2014 (Abbildung 9, Anhang 10). Insgesamt wurden 31 Einladungen zur Teilnahme an einem Interview verschickt. Die potenziellen Interview-TeilnehmerInnen wurden anschließend telefonisch nach ihrer Interview-Bereitschaft befragt.

17 Personen (55 Prozent) erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen. Mit 16 Personen (52 Prozent) wurde ein Interview geführt.

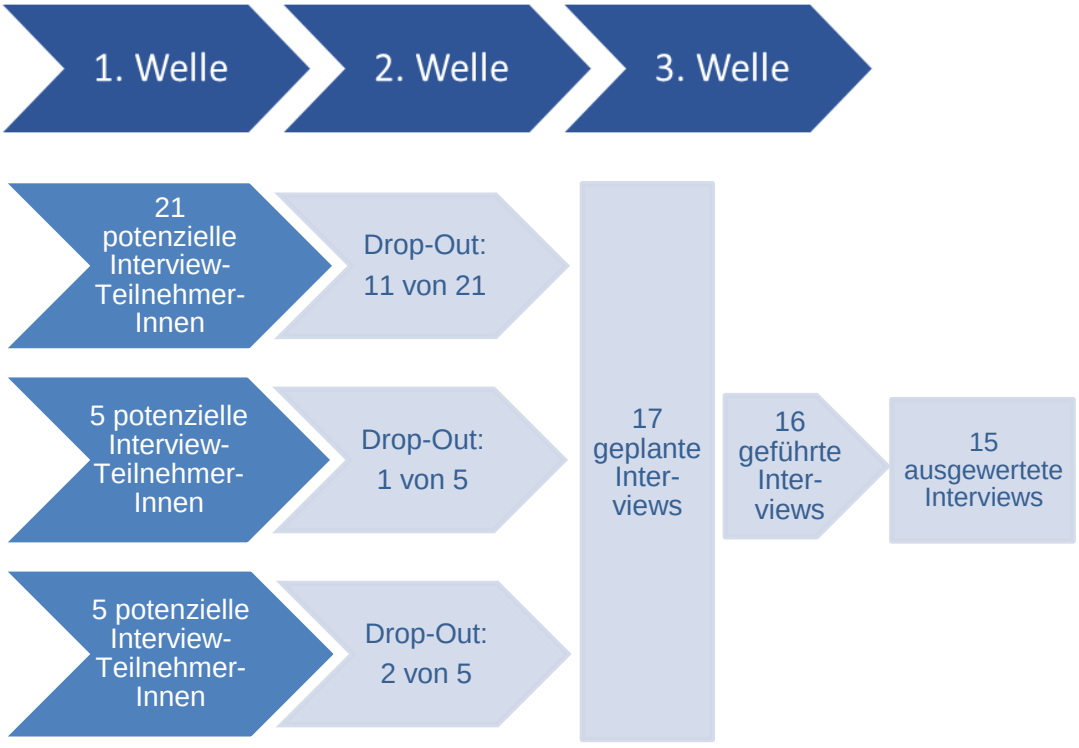



Abbildung 9: Rekrutierungsvorgang (Abbildung aus: Eigene Darstellung)

Zwei Interviews wurden in Anwesenheit einer dritten Person geführt. Im Interview Nr. 05 war dies der Ehemann, der seine Ehefrau, die durch einen Schlaganfall leichte kognitive Beeinträchtigungen aufwies, lediglich bei

Wortfindungsstörungen unterstützte und ihre Ausführungen teilweise ergänzte. Dieses Interview floss in die Auswertung ein. Im Interview Nr. 07 äußerte hauptsächlich der Nachbar, der sich täglich um die Teilnehmerin kümmerte, seine Meinung und der Sprachanteil der eigentlichen Interview-Teilnehmerin fiel sehr gering aus. Aufgrund dessen wurde dieses Interview nicht in die Wertung einbezogen. Daraus ergeben sich 15 Interviews, die in die Auswertung eingingen.
Das Interview Nr. 09 wurde nach zweimaliger Änderung des Termins durch die Teilnehmerin krankheitsbedingt von dieser abgesagt.
Gründe für das Nichtzustandekommen von Interviews:

- Ohne Angabe von Gründen. (n=7)
- Akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes. (n=2)
- Zu hohe Belastung durch kranke Angehörige. (n=2)
- Absage durch Autorin, da die Interviewgruppe der angeschriebenen Person bereits ausreichend belegt war. (n=2)
- Person war unter der in der Datenbank angegebenen Telefonnummer nicht erreichbar. (n=1)

## 5.2 Soziodemographische Daten der Interview-TeilnehmerInnen

Anhand eines quantitativen PatientInnen-Fragebogens, der zuvor im Rahmen der MultiCare Studie entwickelt wurde, wurden die soziodemographischen Daten der InterviewteilnehmerInnen erhoben (Schäfer et al. 2009). Tabelle 6 zeigt eine Übersicht der TeilnehmerInnendaten. Von 15 InterviewpartnerInnen waren 8 männlich (53 Prozent) und 7 weiblich (47 Prozent). Das Alter lag zwischen 71 und 87 Jahren (Median: 79 Jahre). Die Anzahl der Erkrankungen variierte zwischen 4 und 14 (Median: 9 Erkrankungen). Die Länge der Interviews variierte zwischen 28 bis 74 Minuten (Median: 42 Minuten).

Tabelle 6: Soziodemographische Daten der Interview-TeilnehmerInnen (Tabelle aus: Eigene Darstellung)

| ID | Geschlecht | Alter | Anzahl der Erkrankungen | Gruppe |
|---|---|---|---|---|
| **01** | w[1] | 79 | 9 | Multimorbiditätsmuster |
| **02** | w | 82 | 7 | Multimorbiditätsmuster |
| **03** | m[2] | 82 | 5 | Multimorbiditätsmuster |
| **04** | m | 73 | 11 | Problemfall |
| **05** | w | 84 | 9 | Problemfall |
| **06** | m | 76 | 11 | Problemfall |
| **07** | w | 80 | 4 | Triade[3] |
| **08** | m | 87 | 7 | Multimorbiditätsmuster |
| **09** | m | 71 | 9 | Multimorbiditätsmuster [4] |
| **10** | w | 74 | 8 | Multimorbiditätsmuster |
| **11** | m | 72 | 10 | Triade |
| **12** | w | 80 | 14 | Problemfall |
| **13** | w | 79 | 8 | Triade |
| **14** | w | 79 | 13 | Problemfall |
| **15** | m | 79 | 12 | Triade |
| **16** | m | 86 | 4 | Triade |
| **17** | m | 86 | 7 | Triade |

[1] weiblich, [2] männlich, [3] Interview nicht auswertbar, [4] Interview hat nicht stattgefunden

## 5.3 Ergebniskategorien

Die einzelnen Oberbegriffe der Ergebnisse aus den Interviews wurden Hauptkategorien zugeordnet (Tabelle 7). Diese Kategorien wurden aufgrund der besseren Übersicht und der Praxisnähe als Ablauf eines Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin zusammengestellt. Darüber hinaus wurde eine weitere Hauptkategorie „Sonstiges“ mit den Subkategorien „Altersgerechte Gestaltung der Stadt“ und „Altersdiskriminierung“ erfasst, die der Verfasserin dieser Arbeit als relevant erschien.

Tabelle 7: Ergebniskategorien der Interviews (Tabelle aus: Eigene Darstellung)

| **Gründe für einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin** |
|---|
| · Disease-Management-Programm<br>· Rezept<br>· Akute Symptome<br>· Routine<br>· Ernst genommen werden |
| **Erwartungen an einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin** |
| · Individualität eines/einer Patienten/Patientin<br>· Fachliche Kompetenz<br>· Empathie<br>· Behandlung akuter Symptome<br>· Kritikfähigkeit<br>· Diagnostik<br>· Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen<br>· Verschreibungen |
| **Ablauf eines Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin** |
| · Erreichbarkeit des/der Hausarztes/Hausärztin<br>· Praxisablauf<br>· Wartezeit<br>· Dauer der Konsultation des/der Arztes/Ärztin<br>· Autorität des/der Arztes/Ärztin<br>· Eigene Ideen mit dem/der Arzt/Ärztin besprechen<br>· Ablehnen von Behandlungsvorschlägen<br>· Hausbesuche |
| **Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung** |
| · Dauer der Beziehung und Vertrauen<br>· Verständnis<br>· Information<br>· Kommunikation |

| **Ziele der Behandlung** |
|---|
| · Verbesserung von Symptomen |

| |
|---|
| · Anlässe<br>· Medikation<br>· Autonomie und Teilhabe<br>· Status quo |
| **Eigeninitiative der PatientInnen** |
| · Beschäftigung<br>· Bewegung<br>· Therapien |
| **Sonstiges** |
| · Altersgerechte Gestaltung der Stadt<br>· Altersdiskriminierung |

### 5.3.1 Gründe für einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin

Disease-Management-Programm: Das Disease-Management-Programm (DMP) veranlasst PatientInnen, regelmäßig ihren/ihre Hausarzt/Hausärztin zu konsultieren. Auch die TeilnehmerInnen, die nicht gerne oder nicht von sich aus einen/eine Hausarzt/Hausärztin aufsuchen, halten sich an die turnusmäßigen Termine des DMP.

> ***ID11:*** *[...] Sie weiß auch, dass ich nicht gerne zum Arzt gehe und an für sich das vermeide. Und darum ruft sie mich dann auch an. Sie hat mich in so einem. Na, wie nennt sich das? Ich weiß jetzt immer nicht, wie sich das nennt. Alle halbe Jahr muss man beim Arzt sein, dann nimmt sie Blut ab und so weiter, diese Untersuchung und das wird dann ausgewertet. Und von daher muss ich ja da sein.*

Rezept: Als ein weiterer Grund für einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin wurde die Abholung eines Rezeptes angegeben. Hierbei haben die PatientInnen meistens keinen Kontakt zum/zur Arzt/Ärztin. Die Rezepte werden direkt von den Medizinischen Fachangestellten (MFA) ausgestellt, von dem/der Arzt/Ärztin unterschrieben und dem/der Patienten/Patientin ohne direkte Konsultation des/der Arztes/Ärztin ausgestellt.

> ***ID16:*** *[...] Es ist also so: ich habe sechs verschiedene Tabletten und schon deshalb muss ich, na sagen wir, alle zwei, drei Monate hin. Also einmal im Quartal auf jeden Fall. Und es ist nun allerdings so, dass mittlerweile die Praxis überlaufen ist. Und das heißt, wenn ich nicht akute gesundheitliche Probleme habe, dann brauche ich eigentlich gar nicht mit dem Arzt zu sprechen. Und/ Also das heißt, ich hole dann nur die Tabletten. Das kann man ja telefonisch vorher sagen und dann machen sie es fertig.*

Akute Symptome: Des Weiteren waren akute Symptome ein von den TeilnehmerInnen angegebener Grund für den Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin.

> ***ID02:*** *Ich hatte eine starke Erkältung, wahrscheinlich auch einen Virus eingefangen vor Weihnachten. Und dementsprechend war ich da und habe eben Medikamente bekommen, auch Antibiotika.*

Routine: Die TeilnehmerInnen gaben unterschiedliche Routineuntersuchungen, wie zum Beispiel die Diabetesvorsorge oder Blutentnahmen zur Kontrolle bestehender Dauermedikation als Begründung für ihren regelmäßigen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin an.

> ***ID10:*** *[...] Also ich bin turnusmäßig da, einmal im Monat zum Blut abnehmen wegen Marcumar, zur Kontrolle. Und dann vierteljährlich der Besuch wegen dieses DRK Schutzprogrammes, das ist vorgeschrieben und da wird er ein bisschen gründlicher, natürlich. Untersucht auch ein bisschen und fragt auch, Blutuntersuchungen und so weiter. Ist alles in Ordnung, das würde er sonst aber auch ohne dieses Programm wahrscheinlich auch veranlassen, schätze ich mal. Aber mir fällt das jetzt eben ein, weil das ist eine Regelmäßigkeit, an die ich mich dann auch schon so ein bisschen gewöhnt habe. (...)*

***ID14:*** *Ja, ich gehe ja regelmäßig zur Diabetesvor- oder -fürsorge. Da war ich grad vor einigen Tagen. Ja, und da wurde mir gesagt, dass mit meinem Blut alles in Ordnung ist. Ich kriege dann allerdings auch richtig die Zahlen, dass ich das vergleichen kann.*

Zudem erwähnten die TeilnehmerInnen Erinnerungen an Termine durch die hausärztliche Praxis, sei es an anstehende Impfungen oder regelmäßige Untersuchungen, wie Blutuntersuchungen.

***ID08:*** *Letzter Hausarztbesuch, das ist immer sehr nett. Ich habe eine nette Ärztin. Und da wurde ich einmal geimpft, gegen Grippe. Das macht sie regelmäßig, genau. Da passt sie auf. Und auch so was. Das ist eigentlich toll bei ihr. [...]*

***ID13:*** *[...] Und denn guckt sie, was wir letztes Mal gemacht haben. "Blut müssen wir wieder im Februar abnehmen." sagt sie. "Dass wir das mal beobachten."*

### 5.3.2 Erwartungen an einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin

Individualität eines/einer Patienten/Patientin: PatientInnen wollen Aufmerksamkeit, mit ihren Problemen wahrgenommen und nicht als eine anonyme Nummer behandelt werden. Sie möchten als Person mit ihren individuellen Anliegen gesehen werden.

***ID01:*** *Mehr Aufmerksamkeit. Also, was mein Problem betrifft. Das würde ich mir wünschen. Ja. Was soll man da mehr zu sagen? (...) Und das kriegt man heute in der Regel ja nicht mehr. Das geht ruckzuck und dann ist das so. […]*
***ID03:*** *[...] Sie kriegen ja pro Patient so und so viel Taler und man wird möglichst schnell abgefertigt. Das ist das. Dann warten schon die nächsten. Ja, das ist so. Das Empfinden hat man. Das ist nicht mehr,*

*dass man sich persönlich ein bisschen mehr bespricht. Das ist so. Dass sie so auf die einzelnen Belange eingehen der Patienten. Das ist so.*

***ID12:*** *Ja, also die angenehme Atmosphäre da, dass er sich also sehr um seine Patienten kümmert und das denn also auch noch, das hat sich im Laufe der Zeit ja so ergeben, vom rein fachlichen, dass man dann also auch mal persönliches Wort da mit reinbringt. Er geht auf seine Patienten ein, das ist also sehr schön.*

Fachliche Kompetenz: Ein gut fundiertes, fachliches Wissen gibt den PatientInnen ein Gefühl der Sicherheit.

***ID10:*** *Ja, dass er so umfassend in seinem Wissen ist, liegt natürlich auch an seiner Ausbildung, er war auch jahrelang im Krankenhaus tätig und ist sowohl Facharzt für Inneres, als auch Facharzt für Praktische Geschichte. Ja und das kommt vielleicht auch alles zusammen. Ich habe auf jeden Fall ein sicheres Gefühl, man fühlt sich vor allem gut aufgehoben. Und wenn mal was ist, der schiebt er es nicht auf die lange Bank und gleich. Und wenn er mal wirklich nicht weiß, dann geht es auch gleich zum Facharzt. Also da muss man nicht lange viel fragen. Also mit anderen Worten: ich bin da sehr zufrieden.*

Empathie: Die PatientInnen schätzen es, wenn der behandelnde/n Arzt/Ärztin empathisch auf ihre Bedürfnisse eingeht und zugleich erkennt, wenn ihnen etwas Kummer bereitet, ohne es direkt ansprechen zu müssen. Zudem wünschen sie sich, dass unausgesprochene Ängste erkannt werden und auf sie eingegangen wird. In der Informationsvermittlung und in dem Arzt/Ärztin- PatientInnen-Gespräch wünschen sich die PatientInnen mehr Einfühlungsvermögen des/der Arztes/Ärztin.

> ***ID01:*** *[...] Patienten sind nur noch Nummern heute. Das Menschliche fehlt überall. Der Mensch ist das. Da steht ein Mensch, da steht keine Nummer. Der hat Bedürfnisse, der hat Ängste, was so ein Mensch alles hat. Und da müsste ein Arzt auch wieder drauf eingehen.*

> ***ID04:*** *[...] Also, dass die vielleicht ein bisschen mehr lernen würden, sich auf Patienten einzustellen, die ängstlich sind und mit diesem ganzen Fachjargon nicht klarkommen.*

Ernst genommen werden: Der respektvolle Umgang und das ernst nehmen der Bedürfnisse und Meinung der PatientInnen ist ihnen wichtig.

> ***ID02:*** *Ja, also. Sie ist sehr umgänglich, sie ist freundlich, sie hört zu und ich fühle mich ernst genommen und angenommen. Und mehr geht eigentlich nicht, denke ich.*

> ***ID11:*** *Na, erst einmal, dass er mich ernst nimmt, denn wenn ich was sage, dann meine ich das auch wirklich ernst. Und "Ja, ja. Machen wir mal." Denn, das ist mir ganz wichtig, denn ich würde mich sofort verschließen, sowie ich merke, der nimmt mich nicht ernst, dann würde ich gar nichts mehr sagen, sondern. "Ja, es ist in Ordnung." Und dann gehe ich. Also veräppeln lasse ich mich nicht. Also auf dem Gebiet. Würden wir mal sagen, Sie sagen: "Es tut mir da weh." Und sie sagt: "Ja, denn müssen Sie den Arm nicht heben." (lacht) Das sind dann diese Witze immer. Ja, das brauche ich nicht. Also wenn ich meine, ich habe irgendetwas, dann/ Ja. Dann möchte ich auch, dass es ernst genommen wird und auch abgeklärt wird.*

Behandlung akuter Symptome: PatientInnen erwarten eine Behandlung und Beseitigung akuter Symptome. In diesem Zusammenhang wollen sie nicht ihr Alter als Begründung der Beschwerden bekommen, durch das akute Symptome in der

Empfindung mancher PatientInnen von ihrem/ihrer Arzt/Ärztin scheinbar heruntergespielt werden.

> ***ID17:*** *[...] Das muss man sagen, also wenn man jetzt ein gewisses Alter erreicht hat, da kann man denn, wenn man jetzt 86 ist, da kann ich jetzt keinen Marathon laufen, aber da kann der Arzt der Beste sein, den es gibt, das geht eben nicht mehr, das ist logisch. Das erwarte ich auch von keinem Arzt. Ich erwarte nur von dem Arzt, wenn ich jetzt eine Erkältung habe oder irgendetwas oder mein Herz macht jetzt irgendwelche Sprünge, dass er versucht, das wieder in Gleichlauf zu bringen. Das hoffe ich, dass er es schafft.*

Kritikfähigkeit: Die TeilnehmerInnen sprachen ebenfalls die Kritikfähigkeit der Ärzte/Ärztinnen an und fordern mehr Offenheit und Kritikfähigkeit.

> ***ID01:*** *Das ist/ Ich weiß, dass ich die Kreuzschmerzen habe, aber es kann ja auch mal wieder nachgeguckt werden nach vier Jahren, wie das aussieht. "Nein, Sie sind ja 79, Frau B., Sie wissen ja." Kriegt man das Alter vorgeworfen. Ich habe immer gesagt, vor Jahren, da ging es auch um das Thema mit Alter und so weiter. "Na ja," habe ich gesagt, "Das kommt soweit, dass wir alle, alle Menschen, auch Sie," habe ich gesagt, "mit 60 antreten müssen, dann kriegen wir eine Todesspritze." Da war was los. Da war was los. Der hat mich ja monatelang gar nicht richtig angeguckt.*

Diagnostik: Routinemäßige körperliche Untersuchungen, wie zum Beispiel Lungenauskultation, Blutdruck- und Pulsmessung sowie körperliche Untersuchungen werden gewünscht und erwartet.

> ***ID08:*** *[...] Sie ist sehr genau in der Untersuchung. Macht das gründlich. Sehr, sehr gründlich sogar. Hat mehr Zeit, als sie wahrscheinlich kriegt von der Ärzteschaft. Ja. (...)*

> ***ID10:*** *Wie gesagt, ich bin der Meinung, dass er intensiver, wollen wir mal sagen, einen abhorchen sollte, zum Beispiel, gerade jetzt wo ich, das hören Sie ja auch, mit der Lunge zu tun habe. Ich habe dreimal hintereinander eine Lungenembolie gehabt und dadurch sind Teile der Lunge/ Also passé und dass ich, wenn ich dann zu ihm hinkomme und sage: "Also im Moment kriege ich mal ein bisschen schlecht Luft und so." Und er dann "Ja, ja." sagt. Bisschen schleifen lassen, für meine Verhältnisse, wollen wir mal sagen, aber er sieht das vielleicht mit seinen Augen anders ein halt. Das weiß man nicht. Und dass er denn also das Abhören mal mehr machen müsste und Blutdruck messen müsste, Puls und so weiter und weil eben auch das Herz also ja nicht in Ordnung ist und so.*

Bemängelt wird, dass ausführliche und gründliche körperliche Untersuchungen teilweise ausschließlich im Rahmen der routinemäßigen Diabetesvorsorge durchgeführt werden. PatientInnen sehen regelmäßige Untersuchungen als Schutz vor Verschlechterung des Status quo.

> ***ID08:*** *Dass sie weiter gut aufpasst, dass sie gleich merkt, wenn was verkehrt läuft. Sie macht EKG und alles und sie ist immer/ Neulich war bei meinem EKG einmal eine Zacke zu viel (lacht) Sagt sie gleich: "Da müssen wir gegenarbeiten." Habe ich Tabletten gekriegt und dann war es weg. Sie passt immer auf. Das finde ich gut. (...) Was andere Ärzte nicht tun wahrscheinlich.*

Der hohe und schnelle Einsatz von apparativer Diagnostik wird kritisch gesehen, wobei der Fortschritt der Technik grundsätzlich geschätzt wird.

> ***ID17:*** *[...] Das war auch einfacher, da brauchte man auch noch nicht so viele Geräte. Da brauchte man nur die Zunge rausstrecken und dann wussten die schon, was man hatte. Heute, da muss man 25 Apparate anschließen, die fallen dann dreimal aus zwischendurch und*

*dann (lacht) sagt man: "Ach so, ja. Das könnte vielleicht das sein." Gut. Es ist eben so. Nun war ich natürlich froh, dass die Medizin Fortschritte gemacht hat, auch in Bezug auf Technik, sonst würden wir alle nicht so alt.*

Zudem erwarten PatientInnen bei Auftreten von Symptomen eine gründliche körperliche wie auch apparative Diagnostik. Wenn bei bleibenden Symptomen keine Ursachen gefunden werden können, wünschen die PatientInnen eine zeitnahe Weiterempfehlung an andere SpezialistInnen.

***ID06:*** *[...] Der muss mal Belastungs-EKG machen, der muss mal eine Lufu machen und was weiß ich alles, was es alles für Möglichkeiten gibt da. Ich weiß gar nicht, wo ich mal gewesen bin, da ist mir sogar ein Kontrastmittel gespritzt worden und so was. Das finde ich dann in Ordnung, dann wird auch richtig nachgeguckt, was ist da los.*

Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen: In der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wird eine Offenheit der Ärzte/Ärztinnen erwartet. Viele PatientInnen empfinden die Behandlung und Integration nicht-ärztlicher Berufsgruppen in die Therapie, wie zum Beispiel Pflegedienst, LogopädInnen, PhysiotherapeutInnen und HeilpraktikerInnen als positiv.

***ID02:*** *Und diese logopädischen Anwendungen, die habe ich circa ein Jahr bekommen. Und die waren auch sehr nützlich.*

PatientInnen sind zugleich bereit, Kosten für Therapiemaßnahmen zu übernehmen, die ihnen in der Vergangenheit Linderung verschafft haben. Hier wird auch der Wunsch nach einer besseren Zusammenarbeit von HeilpraktikerInnen und Ärzten/Ärztinnen oder zumindest eine Offenheit gegenüber HeilpraktikerInnen geäußert.

> ***ID01:*** *Na, da habe ich ihn gefragt und da hat er mir nicht geraten, nichts, er war nur ein bisschen schnippisch und dann war das Thema für ihn erledigt. Ich müsste ja zur Heilpraktikerin, ich müsste ja das Geld dahin bringen. (...) Ja, so ist das. Man kriegt noch nicht mal einen richtigen Ratschlag. Was nützt das/ Überall steht immer: Fragen Sie Ihren Hausarzt. Und wenn Sie Ihren Hausarzt fragen und da kriegen Sie eine dumme Antwort. Was soll das denn? Also mache ich das alleine, ohne dass der Hausarzt das weiß. Ist doch auch nicht gut. Er kann das doch mit in seine Behandlung einflechten. Wäre doch gut. Die sollten alle mal Hand in Hand arbeiten. Dann würde viel, viel verhindert. In der Prophylaxe sollte viel gemacht werden, also vorher, nicht, wenn man todkrank ist. Das wäre richtig.*

Eine rechtzeitige Überweisung an andere SpezialistInnen zur differenzierten Diagnostik sowie ein gutes Netzwerk des/der Hausarztes/Hausärztin zu KollegInnen in anderen Fachgebieten wird geschätzt. Zudem loben die PatientInnen KollegInnen-Empfehlungen ihrer Ärzte/Ärztinnen, insbesondere, wenn diese unter Einbeziehung der individuellen Möglichkeiten der PatientInnen, wie zum Beispiel Erreichbarkeit, geschieht.

> ***ID08:*** *Und vor allem, was ich gut finde: wenn sie etwas nicht hat. Sie hat ja nun auch nicht alle Geräte und so weiter. Sie überweist dann weiter. Wollen wir mal sagen, wenn es dann zum Orthopäden geht, dann überweist sie auch weiter. Nicht, dass sie da selbst erst mal so lange rumdoktert, bis zum geht nicht mehr. Also das finde ich gut.*

> ***ID12:*** *Ich habe da also ein Beispiel, da bin ich ihm also heute noch sehr dankbar: ich hatte vor zwei Jahren eine Phase, da kam ich also überhaupt nicht zu Potte, wie man so schön sagt. Ich wurde nicht klar, wurde nicht wach, konnte/ Also richtig schlapp, es gab aber keinen ersichtlichen Grund. Habe ich ihm erzählt. Er sagt: "Na gut, dann*

*nehmen wir jetzt erst mal gucken, eine große Blutuntersuchung vor." Hat er denn da so gemacht und gesagt: "Nichts Auffälliges, kann ich also absolut nicht sehen, aber ihre Frau ist doch da bei dem Onkologen, gehen Sie da mal hin."*

***ID16:*** *[...] Zum anderen kennt er seine Grenzen. Und, ich glaube, das ist sehr, sehr wichtig. Das heißt, er gibt einem dann auch Empfehlungen und hat auch, glaube ich, so ein Netz von Kollegen, die er empfehlen kann. Und das finde ich auch gar nicht schlecht. Also so, wenn wir jetzt zum Beispiel hier von K. irgendwo nach M. fahren müssten, wäre das immer schwierig. Nicht für einen Besuch unbedingt so, wenn man mal einmal dahinfährt. Wenn es eine ernsthafte Erkrankung ist, dann ist das schon besser, man hat zumindest in Z.-Nord.*

Die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst wird als unterstützend und entlastend empfunden.

***ID05a:*** *[...] Wir haben ja auch, Gott sei Dank, noch vom Diakonischen Hilfswerk hier aus P., den Diakonischen Hilfsdienst im Haus. Also jeden Tag kommt eine Schwester, immer mal eine andere, und hilft mir persönlich beim Anziehen, Ausziehen. Ich hätte nie gedacht, dass ich da Hilfe brauche, aber es ist schon so, dass mir das sehr entgegenkommt. Sie sind allerdings auch sehr streng im Einhalten ihres Ablaufs. Privat hätte ich den nicht immer so eingehalten, wenn ich für mich gewesen wäre. (...) Aber auf die Weise sind wir nie aus dem Lot gekommen. Der Haushalt, da haben wir auch jemandem, der meinem Mann hilft, dass wir da unseren Haushalt bewältigen nach wie vor vollständig mit den Hilfsangeboten.*

<u>Verschreibungen:</u> Hinsichtlich der Verschreibung von Rezepten wünschen sich PatientInnen ein besseres Ineinandergreifen von Hausärzten/Hausärztinnen und

anderen SpezialistInnen. So könnten zusätzliche Wege und ärztliche Besuche des/der PatientInnen vermieden werden.

> ***ID03:*** *[...] Und viele Ärzte oder wie das heute ist (...) kleine Sachen, die sie auch verschreiben könnten: "Nein, da müssen Sie zum Facharzt, woanders hin." Das ist Quatsch. Ich habe/ Wollen wir mal sagen, das Medikament von dem Facharzt mal verschrieben bekommen, aber das könnte ja mein Hausarzt auch weiter verschreiben. Da brauche ich ja nicht extra wieder hin, zum/ Und das ist das, dass die Ärzte sich untereinander die Patienten zuschieben. Das Gefühl hat man. Das ist so. Wie sagt man? "Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus." So ungefähr ist das. Nein, sonst wüsste ich nicht. Wenn man irgendwelche Schmerzen hat, geht man hin und so weiter. Das ist genauso mit den Beinen, den Lymphmassagen. Müssen Sie meistens ja selbst bezahlen. Ganz selten, dass ein Orthopäde die noch verschreibt. Aber das könnte meine Hausärztin auch verschreiben. Die Möglichkeiten hat sie. Macht sie aber nicht.*

### 5.3.3 Ablauf eines Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin

Erreichbarkeit des/der Hausarztes/Hausärztin: Bei der Frage nach positiven und negativen Aspekten ihres/ihrer Hausarztes/Hausärztin erwähnten die Interview-TeilnehmerInnen die örtliche wie auch zeitliche Erreichbarkeit ihres/ihrer Hausarztes/Hausärztin. PatientInnen nehmen lange Wege auf sich, wenn sie einem/einer Arzt/Ärztin vertrauen und ein gutes Arzt/Ärztin-PatientInnen-Verhältnis aufgebaut haben. Selbst wenn sie diesen Weg als beschwerlich und als einen Nachteil empfinden. Einige können den/die Arzt/Ärztin nicht mehr aufsuchen, da der Weg zu lang oder zu kompliziert ist und bedauern dies.

> ***ID04:*** *[…] Ich meine, schön war, dass ich ihn zu Fuß erreichen konnte. Ich hatte damals noch nicht diese Herzbeschwerden. Ich laufe gerne. Also. Nein. Laufen ist vielleicht irreführend. Ich bewege mich gerne.*

*Und konnte dann eine halbe Stunde hinlaufen, halbe Stunde zurück. Dann hatte ich mein Tagespensum an Bewegung erfüllt. Und das war sehr angenehm.*

***ID14:*** *Ja, besonders gut, weil ich ihn schon ewig kenne und mit ihm alles besprechen kann, ihm alles sagen kann. Ich habe großes Zutrauen zu ihm. Was mich ein bisschen bedrückt, ist, dass er so weit weg wohnt, weil ich ja umgezogen bin. Aber bisher gehe ich eben immer weiter dort noch hin. So lange ich das noch schaffe. (...)*

Zudem wird der barrierefreie Zugang zu Praxen erwähnt. Einige PatientInnen können aufgrund einer Beeinträchtigung, zum Beispiel nach einem Schlaganfall, nicht mehr oder nur sehr mühsam Treppen steigen. Sie wünschen sich bessere Zugangsmöglichkeiten in die Praxis oder Hausbesuche des/der Arztes/Ärztin.

***ID05a:*** *Nein. Kann ich so ad hoc gar nicht sagen. Ich muss auf verschlungenen Wegen in ihre Praxis gelangen. Das gefällt mir nicht, weil es mir schwerfällt. Nach dem Schlaganfall überhaupt Treppen zu steigen. Da sind etliche Treppe zu überwinden und (...) die sind zum Teil lang und steil. (...)*

***ID08:*** *[…] Da ist eine Treppe da hoch in die Praxis. Zwei Treppen. Die sind ein bisschen schwierig. Also Rollstuhl-Leute kommen da nicht hin.*

Die ständige Erreichbarkeit des/der Arztes/Ärztin, zum Beispiel bei Auftreten akuter Symptome, wird genannt. Die TeilnehmerInnen erwarten, sich bei akuten Beschwerden noch am gleichen Tag bei ihrem/ihrer Hausarzt/Hausärztin vorstellen zu können. Einige akzeptieren bei diesen kurzfristigen Terminvergaben lange Wartezeiten, andere wiederum empfinden diese als negativ.

> ***ID17:*** *[…] Wie gesagt, in letzter Zeit war das, ist das nun etwas anders geworden, aber er war immer, ist immer, wenn man was hat, auch so, wenn man jetzt ohne Anmeldung kommt, kommt man immer dran. Das dauert/ Muss man dann zwar etwas länger sitzen, aber man wird nie weggeschickt. Es ist nie so, dass man sagt: "Sie können heute nicht kommen." oder "Ich behandele Sie nicht." Das ist nie der Fall. Also man geht hin, sagt: "Ich habe zwar keinen Termin, ich möchte aber heute Herrn Doktor sprechen." Dann geht das immer klar. "Ja, Sie müssen aber etwas Zeit mitbringen." Und das klappt immer wunderbar. (...)*

Zudem wird es positiv aufgefasst, wenn der/die Hausarzt/Hausärztin, zum Beispiel bei Verschlechterung eines akuten Krankheitszustandes, jederzeit erreichbar ist.

> ***ID08:*** *Eben, dass er ständig bereit war, und kam, wenn man ihn anrief. Das ist ja auch nicht jedermanns Sache. (...) War er immer gleich da.*

Für den/die Patienten/Patientin nicht geeignete Arbeitszeiten des/der behandelnden Arztes/ Ärztin können in Gemeinschaftspraxen gut kompensiert werden.

> ***ID12:*** *[...] Wenn er mal nicht da ist, kommt seine Kollegin. Die ist also auch sehr gründlich, ob das nun damit zusammenhängt, dass man bei ihrem Kollegen da Patient ist, weiß ich nicht, aber jedenfalls habe ich das als ganz angenehm empfunden, weil die sehe ich, also verhältnismäßig, selten. Er ist meist da und dann läuft das also so. Ja, das ist eigentlich das, was ich zu der Praxis sagen kann.*

Praxisablauf: Im Praxisablauf ist den PatientInnen das Wohlgefühl wichtig - von der MitarbeiterInnen-Patienten/Patientin-Beziehung, der Atmosphäre bis hin zur

Inneneinrichtung. PatientInnen schätzen einen reibungslosen Ablauf eines Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin.

> ***ID11:*** *Das läuft immer wunderbar ab. Ich gebe vorne meine Karte ab und dann habe ich immer meine bestimmte Ärztin. Es sind da mehrere, aber ich warte solange, bis sie Zeit hat und das geht flott. Und. Ja. So ist es. Und sie nimmt sich Zeit und sie weist mich auch drauf hin, wollen wir mal sagen, wenn jetzt so diese Impfungen sind oder/ Also ich bin dann keine Nummer, sondern ich bin Frau G. Das liebe ich.*

> ***ID17:*** *[...] Und das hat mich eigentlich etwas irritiert. Früher war das so, da ging ich zu dem Arzt, zum Beispiel, morgens hin mit irgendeiner Frage oder einer Belastung. Und da wurde Blut abgenommen und dann hat er gesagt: "Kommen Sie übermorgen wieder." Und dann bin ich nächsten Tag oder übermorgen wieder hin und da war das Ergebnis da und da hat er das mit mir besprochen. Und im Moment ist das so, dass erst die Blutabnahme gemacht wird und dann höre ich nichts, dann muss ich anrufen dort und muss sagen: "Wie war das Ergebnis?" Und dann ruft er zurück und teilt mir das mit und das ist mir eigentlich jetzt etwas unpersönlicher. Das war früher anders.*

Ein freundliches Miteinander, besonders die Freundlichkeit der MFA die den PatientInnen in der Regel empfangen, wird als positiv empfunden. PatientInnen erwarten von den PraxismitarbeiterInnen, dass diese sie und ihre Krankheitsgeschichte kennen und den daraus resultierenden zügigen Ablauf.

> ***ID05b:*** *Ja. Also ich finde, wie sie ihre Sprechstunde, ihr Büro eingerichtet hat, gut. Menschlich. Die Frau L., die da am Schalter sitzt, die ist sehr, sehr entgegenkommend und kundig und da brauche ich nur anzurufen, Namen zu nennen, dann weiß sie schon Bescheid, wenn wir ein Medikament nachbestellen müssen oder wenn wir die*

*Krankengymnastik verlängern müssen. Das hat sie ganz prima organisiert, die Frau weiß Bescheid und/*

***ID08:*** *Ja, eben dieser ganze Umgang. Ist da vor allem familiär. Ist nicht so abrupt. Man fühlt sich da heimisch. Auch mit dem anderen Personal. Die beiden Damen, die da tätig sind, sind auch sehr nett. Das geht wunderbar.*

Einige Praxen nehmen telefonische Bestellungen von Rezepten entgegen. Diese können dann entweder persönlich abgeholt oder per Post nach Hause geschickt werden. Dadurch werden lange Wartezeiten für die PatientInnen und teilweise der Weg zu dem/der Arzt/Ärztin vermieden.

***ID05b:*** *Hat sie eine gute Hilfe eingestellt. Und das hilft ja, finde ich, für die Effektivität. Wenn man nicht bei allen Sachen erst schriftlich und die Ärztin selber muss/ Und die weiß Bescheid, was sie weiter verschreiben lassen darf, die Ärztin unterschreibt es, wenn sie es gesehen hat, schnell. Und das ist zügig. Am nächsten Tag haben wir das Rezept. Ich finde, das ist auch ein Vorteil der Praxis.*

***ID14:*** *Nur der weite Weg. Sonst gefällt mir dort alles, auch die ganze Praxis. Ich kenne sie ja alle schon. Ich meine, die Praxis kenne ich schon ganz lange. Ich kenne die ganzen vorhergehenden Ärzte und jetzt auch die Praxis. Also sehr nett. Und ich kann also immer hinkommen, wenn ich jetzt ein Rezept brauche, das schicken sie mir auch. Ich muss also dann nicht immer hin, wenn es sich also um Rezepte handelt über regelmäßige Verordnungen. Ja.*

Gut durchgeführte Routinetätigkeiten wie Blutentnahmen werden von den PatientInnen als positiver Aspekt des Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin erwähnt.

> ***ID04:*** *Er hatte sehr nette Sprechstundenhilfen. [...] Ja, das ist wichtig. Und die eine davon, war eine sehr geschickte Blutabnehmerin. Das finden Sie auch nicht allzu häufig.*

Wartezeit: Vielen PatientInnen ist die Wartezeit ein Anliegen. Die Empfindungen waren dabei sehr unterschiedlich: Einige von ihnen hatten negative Erfahrungen gesammelt. Diese beruhten, unter anderem, auf der Angst, durch die lange Zeit im Wartezimmer einer erhöhten Ansteckungsgefahr ausgesetzt zu sein. Andere wiederum hatten bisher ausschließlich positive Erfahrungen, sprich kurz Wartezeiten, gesammelt.

> ***ID03:*** *Ja, sage ich ja. Erst mal, wenn man ohne Termin - ich habe jetzt eben angerufen. Ich sagte, ich müsste aufgrund der Erkältung mal hin: "Ja," sagt sie, die Angestellte "einen festen Termin kann ich Ihnen nicht geben. Da müssen Sie kommen und warten." Und dann kommen Sie hin, kleines Wartezimmer da. Da sitzen zehn Leute, alle husten und prusten vor sich hin. Da habe ich das auch weggeholt. Na ja, und dann sitzen Sie da manchmal zwei Stunden, ehe Sie drankommen. Sind ja auch welche dazwischen mit festem Termin, dann kommt vielleicht noch mal ein Unfall dazwischen. Notarzt. Ist so.*

> ***ID08:*** *Letzter Hausarztbesuch, das ist immer sehr nett. Ich habe eine nette Ärztin. Und da wurde ich einmal geimpft, gegen Grippe. Das macht sie regelmäßig, genau. Da passt sie auf. Und auch sowas. Das ist eigentlich toll bei ihr. Man kommt sofort dran, wenn man bestellt ist, braucht nicht lange warten. Da sitzen auch nicht viele Leute im Vorraum, zwei, höchstens mal drei. Das klappt alles. (...)*

Wenn PatientInnen im Vorhinein durch die Praxis auf eine lange Wartezeit vorbereitet werden, wird die Wartezeit akzeptiert.

> ***ID13:*** *[...] Habe ich mich angemeldet, eine Woche habe ich warten müssen und sie sagte aber: "Frau K., es könnte ein bisschen dauern." Ich sage: "Macht nichts, ich bin ja eingestellt."*

Ebenfalls zeigen die PatientInnen Verständnis für die langen Wartezeiten aufgrund einer hohen Anzahl von PatientInnen des/der Arztes/Ärztin.

> ***ID05a:*** *[...] Manchmal muss man bei ihr ziemlich lange warten, eh man drankommt, aber das ist ja einzusehen, wenn das Wartezimmer vollsitzt.*

Des Weiteren wurde die lange Wartezeit aufgrund eines vollen Wartezimmers als Qualitätsmerkmal des/der Arztes/Ärztin bewertet. Verzögerungen implementiert für die PatientInnen, dass sich der/die Hausarzt/Hausärztin ausgiebig Zeit für jeden einzelnen PatientInnen nimmt.

> ***ID16:*** *[...] Was mir nicht gefällt ist, dass man, also ständig, also fast über eine Stunde warten muss. Und das wird immer schlimmer, weil ich aus der Tatsache so viele Leute hingehen, entnehme ich, dass die meisten zufrieden sind und ihn dann empfehlen. Außerdem hat er jetzt noch ein oder zwei Kollegen. Die eine Frau, die ist wahrscheinlich immer da, aber der andere Arzt ist immer da, also ist eine große Praxis geworden. So, das gefällt mir nicht.*

Nach Rücksprache mit den Praxis-MitarbeiterInnen nutzen die PatientInnen die Wartezeit außerhalb der Praxis.

> ***ID11:*** *Na ja. Gut. Ich muss Ihnen ganz ehrlich sagen, das stelle ich von alleine ab. Das ist, wenn ich reinkomme und muss da warten und soll in den Wartesaal und der ist nun voll und alle hüsteln und so, dann sage ich: "Ich komme in einer Stunde wieder." oder "Ich komme in*

*zwei Stunden wieder." und dann gehe ich lieber einkaufen oder mache etwas anderes. Aber ich setze mich da nicht hin. Aber das könnten die anderen ja auch machen. Ich meine/ Mehr als arbeiten können die nicht.*

Außerdem wurden die empfundene bessere Behandlung und die kürzeren Wartezeiten privatversicherter PatientInnen angesprochen, die selbst oder bei Angehörigen erlebt wurden.

***ID01:*** *Ist doch wahr. Das ist doch so. Wenn Sie 80 werden, dann kriege Sie nur noch einen Tritt in den Hintern. Das ist überall dasselbe. Das ist/ Gestern, eine Bekannte, die hat mir, die wollte zum Augenarzt und hat sich einen Termin geben lassen für den 21. April. Sagen Sie mal: da stimmt doch irgendetwas nicht. 21. April, in dem Alter, da kann man tot sein. Da hilft einem auch kein Arzt mehr. So sieht das aus heute. Wenn ich Privatpatient/ Muss ich wieder auf meinen Mann kommen. Der ruft an und kriegt einen Termin. Knall und Fall. Der kann sofort kommen.*

Dauer der Konsultation des/der Arztes/Ärztin: PatientInnen wollen sich einerseits nicht privat mit dem/der Arzt/Ärztin unterhalten, sondern erwarten, dass er sich ausführlich um ihre gesundheitlichen Probleme kümmert.

***ID01:*** *Ja, eben, dass der Arzt sich für die Krankheiten, für/ Nicht mehr so viel Zeit nimmt. Das ist das, was mich eigentlich immer stört. Sind paar Minuten, wo man drin ist und dann hätte man vielleicht noch was zu fragen, dann steht er schon auf und damit bin ich entlassen. Das heißt: stehe auf, ich muss weitermachen. Das ist doch/ Da hat sich eben auch viel geändert und ich glaube, da machen alle Ärzte keinen Unterschied. Gibt es nur noch ganz wenige, die sich wirklich um den Patienten kümmern. Wenn ich zum Arzt gehe, dann fehlt mir*

*irgendwas. Also ich gehe bestimmt nicht zum Arzt, nur um den zu besuchen. (lacht)*

Andererseits erwarten sie die Berücksichtigung ihres psychosozialen Kontextes in der Behandlung. Viele PatientInnen empfinden die Zeit der Konsultation des/der Arztes/Ärztin als zu kurz und kommen teilweise nicht dazu, ihre Fragen zu stellen. Um dieses zu vermeiden, schreiben sich einige PatientInnen vorher Notizen, damit sie in der Eile ihre Fragen an den/die Arzt/ Ärztin nicht vergessen.

***ID03:** […] Ich schreibe mir immer vorher etwas auf, was ich befragen möchte, aber um das abzufragen, komme ich gar nicht zu. So schnell bin ich schon wieder abgefertigt.*

Die PatientInnen empfinden, dass Ärzte/Ärztinnen sich aufgrund finanzieller Aspekte nicht mehr ausreichend Zeit für die PatientInnen nehmen oder nehmen können. Unbeeinflusst davon nähmen sich Hausärzte/Hausärztinnen teilweise Zeit für die Diagnostik und Aufklärung.

***ID04:** [...] Es müsste das Gespräch müsste besser bezahlt werden. Also die müssten mehr Zeit haben. So vier Minuten für einen Patienten ist eine Zumutung. Für beide Teile.*

***ID17:** Ich erwarte, dass er sich Zeit nimmt, was er auch wirklich macht, er hört sich das an, alles. Schreibt sich das alles auf, heute wird das ja alles im Computer festgehalten. Und erklärt dann auch, wenn man fragt, er erklärt alles, je nachdem, was man fragt. Also man hat nie den Eindruck, wenn man mit ihm jetzt zusammen ist, dass er einen schnell wieder los sein will. Er nimmt sich Zeit dafür, dass muss man wirklich ganz deutlich sagen. Er nimmt sich immer Zeit. Also nicht so ganz schnell wieder raus oder so, das ist nicht der Fall. (...)*

Autorität des/der Arztes/Ärztin: Die Autorität des/der Arztes/Ärztin wird in Verbindung mit ausführlicher Information und Aufklärung akzeptiert, teilweise erwünscht und gesucht. Eine Kombination aus freundlicher Bestimmtheit und Autorität wird als positiv empfunden.

> ***ID11:*** *Aber ich meine nur so. Also sie ist wirklich freundschaftlich auch. Und trotzdem sehr bestimmt.*

> ***ID14:*** *Nein, eigentlich nicht. Was er sagt, wenn er das begründet, ich meine, das sehe ich ja dann, wenn irgendwas ist oder an den Werten. Dass das eben sein muss. Na ja, dann/ Oder wenn er jetzt sagt, es muss, was weiß ich, eine Darmspiegelung oder eine Magenspiegelung, wenn das sein muss, dann würde ich das tun. (...)*

Teilweise werden Erwartungen nicht an den/die Arzt/Ärztin herangetragen.

> ***ID06:*** *Ja, ich bin manchmal der Meinung, dass man, wenn man zum Arzt kommt, des Öfteren mal den Puls misst und die Lunge abhorcht und Blutdruck und so. Und da hätte ich erwartet, dass das öfters gemacht wird, aber der Arzt muss es ja wissen, wie oft er es machen muss. Das weiß ich als Patient nicht, aber das wäre so meine Meinung so.*

Die PatientInnen sehen sich selbst als Laien und erwarten Ratschläge ihres/ihrer Hausarztes/Hausärztin. Alternative Behandlungsvorschläge werden begrüßt und letztendlich wird dem Ratschlag des/der Arztes/Ärztin zugestimmt.

> ***ID01:*** *Ja, das ist so eine Sache: Mitbestimmung. Der Arzt/ Ich bin nicht der Arzt. Ich weiß nicht, was für mich gut ist in dem Moment. Und deswegen verlasse ich mich auf den Arzt. Sicher, ich kann vielleicht sagen, wenn ich jetzt eine Kur beantrage, dass ich sagen würden: "Ach,*

*kann ich nicht mal da hin oder dahin." Weiß nicht, inwieweit das heute noch angenommen wird von den Kassen.*

***ID02:*** *Ja, ich bin ja Laie und kann gewisse Dinge gar nicht beurteilen. Und deshalb ist es schon wichtig, dass mir zumindest gesagt wird, was zu machen ist oder was gemacht werden kann und das ist ja dann der Fall, nach meinen Erfahrungen.*

***ID10:*** *[...] Es war auch irgendwie einleuchtend. Es ist ja nicht so, dass man mich überzeugen musste, zu irgendetwas, sondern es war einfach für mich selbst auch einleuchtend. [...] Und wenn der sagt: "Das rate ich Ihnen.", wäre man ja blöde, wenn man es nicht täte. Nein, nein. Es sei denn, er bietet selbst Alternativvorschläge an, wo man dann aussuchen kann und ihn dann hinterher fragen kann: was würde er denn an meiner Stelle tun? Dann würde ich natürlich darauf hören, aber solche Gelegenheiten, muss ich gestehen, habe ich bisher eigentlich nicht gehabt. War eigentlich immer ziemlich klar. (...)*

Andere gaben an, ihre Meinung zwar zu äußern, die endgültige Entscheidung jedoch bei dem/der Arzt/Ärztin läge.

***ID03:*** *Ist ja so. Er gibt das ja vor, was er macht. Da kann ich ja nicht bestimmen. Ich äußere mich zwar/ (...) Aber sonst. [...]*

Die Autorität wird in dem Moment in Frage gestellt, in dem der/die Arzt/Ärztin Verhaltensänderungen des/der Patient/Patientin fordert, die er persönlich nicht einhält.

***ID03:*** *Ist ja so. Er gibt das ja vor, was er macht. Da kann ich ja nicht bestimmen. Ich äußere mich zwar/ (...) Aber sonst. Die sagen ja auch/ Da bin ich ja auch bei meinem Zuckerdoktor. Der sagt dann, ich soll*

*abnehmen und er steht mit solch einer Plauze vor mir. (hält seine Arme im Halbkreis vor sich) (lacht) (...) Da staunt man.*

Eigene Ideen mit dem/der Arzt/Ärztin besprechen: Einige empfinden es als positiv, ihre eigene Meinung in einem Arzt/Ärztin-Patienten/Patientin-Gespräch einbringen zu können.

***ID11:*** *[...] Und dass man das bespricht, was er meint, was man hat. Und denn kann ich da auch sagen: "Nein, so ist das nicht." oder "Ganz so schlimm ist es nicht, wie Sie jetzt sagen." Das finde ich gut. Und ansonsten. Nicht so viel Gedöns. (lacht)*

Gleichzeitig sprechen PatientInnen, die einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in der Therapie grundsätzlich positiv gegenüberstehen, Unzufriedenheit bei Handlungen des/der Arztes/Ärztin nicht an. Darüber hinaus hinterfragen sie die Gründe seiner Entscheidung nicht und befolgen trotz eigener Einwände seine Empfehlungen.

***ID15:*** *[...] Na ja, bis jetzt habe ich sie alle genommen und denn muss ich ja zur Knochendichte und da habe ich so viel Brausetabletten gekriegt. Und ich nehme auch an, dass der Dr. Z. Knochendichte, habe ich jetzt gehört, ist sehr teuer, dass er mit diesen komischen Tabletten, ich kann Ihnen so eine Röhre zeigen, damit das in den Griff kriegen will und gar nicht, dass ich zur Knochendichte gehe. Denn so ist er eingestellt, würde ich sagen. Denn, wenn ich da jetzt mal sollte hinkommen, in einem Vierteljahr oder so, denn würde ich das sagen oder irgendwie.*

Ablehnen von Behandlungsvorschlägen: Bei verständlicher Begründung einer Empfehlung des/der Arztes/Ärztin sehen PatientInnen keinen Grund für das Ablehnen von Behandlungsvorschlägen.

***ID17:*** *Nein, die Behandlung würde ich nie ablehnen bei ihm. Ich würde immer wieder hingehen, ich würde ihn auch empfehlen für andere.*

Sie halten sich an die Vorgaben des/der Arztes/Ärztin. Selbst bei größeren Eingriffen würden die PatientInnen dem/der Arzt/Ärztin nicht widersprechen und seinen Ratschlag befolgen. Vertrauen wird hierbei als Grund für die Annahme jeglicher Behandlungsvorschläge angegeben.

***ID16:*** *[...] Nein, also es ist im Grunde so, das ist ein wichtiger Punkt immer, dass jeder sich auf den Arzt verlassen können muss. Das/ Man weiß es natürlich immer nicht und insofern spielt natürlich auch immer eine Rolle, dass man zumindest in den ersten Jahren der Behandlung dann immer, zumindest mit dem Gefühl rausgegangen ist, dort, das, was er einem gesagt hat oder was er verschrieben hat in Ordnung war. Daraus entsteht ja ein Vertrauen. Das gilt ja für alle Bereiche des Lebens. Wenn man zu einem Menschen Vertrauen gewonnen hat, gibt es eigentlich keinen Grund, dass man dann nicht mehr hingeht.*

Grundsätzlich können sich die meisten PatientInnen nicht vorstellen, Behandlungsvorschläge des/der Arztes/Ärztin abzulehnen. Einige widersprechen ihrem/ihrer Arzt/Ärztin punktuell.

***ID04:*** *[...] Also was ich hasse aus ganzer Seele sind so Reha-Einrichtungen. Man hat mir schon gelegentlich vorgeschlagen, ich sollte doch da und dahin gehen. Diese Reha sei berühmt für/ Und da habe ich gesagt: "Nein." Wenn ich mich da auf das Zimmer legen soll oder mir vorzustellen ich müsste frühstücken mit so einer ganzen Horde in so einem Frühstückssaal da unten und dann dieses gesunde Essen zu mir nehmen soll. Nein. Ich hasse Rehas. Und deswegen habe ich schon abgelehnt, dahin zu gehen.*

Hausbesuch: Hausbesuche werden von PatientInnen geschätzt. Oftmals ist die örtliche Erreichbarkeit der Hausärzte/Hausärztinnen nicht barrierefrei, weshalb PatientInnen besonders dankbar für Besuch durch den/die Hausarzt/Hausärztin sind. Teilweise setzen sie diese als Pflicht des/der Hausarztes/Hausärztin an, da aus ihrer Sicht immer ein ernsthafter Grund vorliegt, wenn der/die Patient/Patientin um einen Besuch durch den/die Hausarzt/Hausärztin bittet.

> ***ID05a:*** *[...] Ich hatte immer den Eindruck, sie empfindet das als zugehörig zu ihrem Arbeitsbereich. Und ist es den Patienten irgendwo auch schuldig, weil sie sie ja auch weitgehend kennt und weiß dann, dass sie, die Patienten, das nicht aus Jux und Dollerei das machen, sie anzurufen, sondern, dass es für sie notwendig ist und da hilft sie gern. […] Insofern rechne ich ihr die Hausbesuche noch mehr an. Zumal man rundum hört, dass viele Ärzte das gar nicht machen.*

> ***ID08:*** *Eben, dass er ständig bereit war, und kam, wenn man ihn anrief. Das ist ja auch nicht jedermanns Sache. (...) War er immer gleich da.*

Die Mehrheit erfährt bisher keine Besuche durch den/die Hausarzt/Hausärztin, wünscht sich diese jedoch in bestimmten Situationen.

> ***ID16:*** *Also, es ist so: ich/ Hausarzt ist ja eigentlich sowieso heutzutage schon eine schlechte Formulierung. Die nennen sich ja Hausarzt, weil es vielleicht sich gut anhört. Aber, zum einen brauchte ich meinen Arzt nicht/ Er braucht nicht hierher zu kommen. Es war immer umgekehrt, aber, wenn man auch mit Freunden spricht, dann habe ich den Eindruck: die wenigsten, die sich Hausarzt nennen, sind tatsächlich Hausärzte. Also, die wenigsten gehen zu den Patienten hin. Und das ist sicher ein Mangel.*

### 5.3.4 Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung

Dauer der Beziehung und Vertrauen: Lange Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehungen sind Grundlage für ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientInnen.

> ***ID03:*** *Na ja. An sich. Dass man sich lange zeitlich kennt. Bin schon Jahre da, man hat Vertrauen dazu und (...)*

> ***ID14:*** *Ja, besonders gut, weil ich ihn schon ewig kenne und mit ihm alles besprechen kann, ihm alles sagen kann. Ich habe großes Zutrauen zu ihm.*

Verständnis: Es wird Verständnis für die nicht immer individuelle Behandlung gezeigt und Gründe für die Kritikpunkte, wie die geringe Zeit der Ärzte/Ärztinnen pro PatientIn, in dem Gesundheitssystem gesucht.

> ***ID15:*** *Ich muss ehrlich sagen, das ganze System ist problematisch geworden. Aus den verschiedensten Gründen.*

Information: Die PatientInnen wollen ihre Erkrankungen verstehen und an der Erstellung des Behandlungskonzeptes informiert werden. Ist dies gegeben, ist für die PatientInnen die Auswahl und Notwendigkeit einer bestimmten Therapie besser nachzuvollziehen.

> ***ID04:*** *[...] Also was mir gar nicht gefallen hat, man musste hinter jeder Auskunft her sein. Also wenn er Blut abgenommen hatte, ein Blutbild, da musste ich mir wirklich Mühe geben, herauszuhören von ihm, was war denn nun? Ist was? Also freiwillig hat er keine Information rausgerückt. Und wenn ich dann sagte, ich möchte gerne Arztberichte haben und sammeln, weil ich nämlich weiß, dass die in Krankenhäusern auch verloren gehen, dann war er jedes Mal unglücklich. (lacht) Ja. Also das*

*war so ein Arzt alter Schule. Ich war nicht böse, dass er nachher im Ruhestand war.*

***ID06:*** *[...] Worüber ich mich immer geärgert habe, ist, dass man festgestellt hat, dass eine Herzklappe nicht richtig schließt, dass sie schlurft, hat man gesagt. Also das Blut unten durchschlupft, so ungefähr und ich dann im Fernsehen hören muss, dass man da Herzklappen auswechseln kann oder reparieren kann oder so und ich denn darüber nachdenke: warum wird das bei mir nicht gemacht? Weshalb ist das bei mir nicht machbar? Warum geht da kein Arzt bei und sagt: "Das könnte repariert werden." Oder so was. Und wenn das dann nicht reparierbar ist, dann sollte man mir das offen und ehrlich in das Gesicht sagen. Und sagen: "Höre zu, du hast einen Herzklappenfehler, aber der ist nicht zu reparieren. Operativ nicht machbar." So. Fertig. Aber das in den Raum stellen, du hast Herzklappenfehler und damit sollst du dann plötzlich leben damit. Das sollst du da beschäftigst du dich gedanklich mit. Das ist das Problem.*

***ID11:*** *Erst mal möchte ich wissen: woher kommt das? Denn da habe ich ja nun überhaupt keine Ahnung von. Und wenn man weiß, woher irgendetwas kommt, dann kann ich auch etwas dagegen tun. Ich kann ja nun nicht immer zig ausprobieren und ausprobieren und nichts passiert.*

Offenheit gegenüber anderen Perspektiven und Behandlungsmethoden werden als Wunsch angegeben.

***ID01:*** *[…] Hawaiianische Bumsdings, ich weiß nicht mehr. Und da habe ich den Arzt gefragt/ Also ich sollte, wenn ich das wirklich mache, das ist eine Ganzkörperbehandlung, aber nur einmalig ist das. Ich sollte aber meinen Hausarzt fragen. Habe ich auch gemacht. "Was die*

*alle anbieten. Heilpraktiker. Das müssen Sie dann wissen." So richtig schnippisch.*

Kommunikation: PatientInnen erwarten Ehrlichkeit und Klarheit des/der Arztes/Ärztin.

***ID04:** Erst mal Offenheit und Klarheit. Und nicht, das Verstecken hinter irgendwelchen Vorschriften und manchmal das Verstecken hinter Fremdwörtern. Das ist so/ Nun, meine Frau hat Biologie studiert. Wir sind nicht so ganz unbedarft, was Anatomie und so was angeht, aber viele Ausdrücke kennen wir nicht. Und dass man dann jedes Mal nachfragen muss: "Was heißt denn das? Was bedeutet das?" Also das gefällt mir nicht so sehr. Wenn da mehr Klarheit geschaffen würde und sozusagen der Medizinbericht oder der Arztbrief übersetzt würde. Das wäre sehr hilfreich.*

### 5.3.5 Ziele der Behandlung

Verbesserung von Symptomen: Eine Erwartung an die Behandlungserfolge ist die Verbesserung von akuten wie auch chronischen Symptomen und der Wiederherstellung der Gesundheit. Die PatientInnen wünschen sich von ihrem/ihrer Hausarzt/Hausärztin eine gezielte Behandlung der von ihnen präsentierten, neu aufgetretenen Symptome. Zugleich fordern sie die Behandlung zur Verbesserung chronischer Symptome.

***ID05a:** Ja, man möchte ja die Schwächen, die so ein Schlaganfall hinterlassen hat, überwinden und ausmerzen, wenn es geht. Das ist mir aber klar, dass das eine sehr lange Behandlungszeit voraussetzt. Und nicht ganz in ihrer Hand liegt. [...]*

***ID17:** Ja, ich möchte wieder gesund werden, ich möchte die Belastung, die ich habe oder das negative, das soll ja/ Ja, wegnehmen. (...)*

*Das ist es, aber das ist, glaube ich, das Ziel von jedem, der zum Arzt geht. Ich meine, Sie gehen doch nicht zum Arzt, weil Sie krank werden wollen, Sie gehen doch zum Arzt, dass Sie gesund werden wollen.*

Anlässe: Für einige TeilnehmerInnen war das Erleben bestimmter Anlässe ein wichtiges Therapieziel.

***ID15:*** *[...] Ich gebe die Hoffnung nicht auf. Wenn ich jetzt erst wieder mit den Beinen in Ordnung bin, dass ich dann wieder/ Ich habe ja im April auch Geburtstag, das wollte ich groß feiern.*

Medikation: Es gibt PatientInnen, die die Anzahl ihrer Medikamente möglichst so gering wie möglich halten möchten. Wenn diese jedoch von dem/der Arzt/Ärztin als notwendig betrachtet werden, werden sie trotz Zweifel eingenommen. Teilweise wird die Medikation bei Zweifeln dann jedoch in geringerer Dosis oder in größeren Intervallen als verschrieben eingenommen.

***ID14:*** *[…] Ich möchte möglichst nicht so viel einnehmen, aber was er dann wohl für nötig hält, das mache ich dann schon und wenn es mir/ Ist auch nicht nur bei meinem Hausarzt, auch sonst/ Dann nehme ich eben nicht so viel. Zum Beispiel bin ich schlecht mit Schmerztabletten. Also die möchte ich immer meiden. (...) Ja. Und ansonsten. Na ja. Was wegen Bluthochdruck nehme ich was und (...) gegen Fettstörungen.*

Einige PatientInnen akzeptieren die hohe Anzahl von einzunehmenden Medikamenten, obwohl sie damit unzufrieden sind.

***ID12:*** *[…] meist sind das also Rezept abholen, denn leider bin ich also im Moment dabei und habe relativ viel Medikamente zu schlucken. Gut. Das wird sich auch nicht mehr ändern, aber das muss man halt so hinnehmen.*

Begrüßt wird als primärer Therapieversuch die Gabe von Hausmitteln sowie Therapiemöglichkeiten des/der Arztes/Ärztin, welche durch die PatientInnen eigenständig durchgeführt werden können. Durch die nicht-medikamentösen Behandlungsoptionen erhoffen sich die PatientInnen eine geringere Dosierung der Medikamente.

> ***ID05b:*** *[…] Sie empfiehlt: „Erst mal viel trinken.“, sagt sie zum Beispiel. Bewegen. Wenn es geht auch gehen. Also diese natürlichen Möglichkeiten nutzen, das unterstützt eigentlich deinen Eindruck mit Tabletten: nur das Nötigste. Und viel mit dem machen, was man und die Natur selber sozusagen kann.*

Auch die Reduktion bestimmter Medikamentendosierungen wurde geäußert.

> ***ID12:*** *[...] Also ich würde schon ganz gerne mal weniger Medikamente einnehmen, aber ich glaube, ich habe jetzt sechs oder sieben verschiedene.*

> ***ID16:*** *Ideal wäre natürlich, wenn man sagen könnte, oder ich kann es ja sowieso nicht sagen, aber wenn der Arzt sagen könnte oder würde: "Sie können jetzt von denen irgendetwas absetzen." Dass das auf einen Schlag nicht bei allen diesen Präparaten möglich ist, ist mir auch klar. Aber, wenn er, zum Beispiel, sagen würde: "Bei diesen zwei Ramipril können Sie irgendwie das eine absetzen." Aber solange er das nicht sagt, würde ich da auch nichts verändern. Ich nehme drei morgens und drei abends. Und bisher habe ich auch keine schädlichen Nebenwirkungen gespürt. Oder ich habe auch nicht gespürt, dass ich durch eine der Tablette vielleicht dann nicht mehr richtig schlafen kann oder was es alles Mögliche geben könnte. Also insofern glaube ich, dass er mir die richtigen Tabletten verordnet hat.*

Einerseits möchten die PatientInnen weniger Medikamente einnehmen. Andererseits fordern sie den Erhalt von Hilfsmitteln oder Medikamenten bei akuten Symptomen ein und empfinden es als positiv, wenn der/die Arzt/Ärztin die eingeforderten Medikamente verschreibt. Wiederum andere beschreiben die großzügige Verschreibung von Medikamenten als sehr positiv.

> ***ID02:*** *[...] Da kann man nicht mehr viel machen und wenn das schlimmer würde, dann müsste ich noch zusätzlich eine Tablette nehmen. Also ich muss sagen, ich kriege Medikamente, die sind einmalig, die ich so kriege. Also das muss ich schon sagen.*

> ***ID17:*** *Ja, wie ich das schon gesagt habe, dass er auf meine Fragen eingeht, dass er mir das erklärt, dass er sagt, wie das zusammenhängt. Dass er dann entsprechende Medikamente verschreibt. Und die verschreibt er wirklich großzügig, da hat man überhaupt keine Probleme. Man hat nie den Eindruck, dass er dann irgendwie bremst und sagt: "Das ist zu teuer." Oder was ist dies oder jenes. Ist es immer so, dass er sofort irgendetwas verschreibt (...).*

Die PatientInnen erhoffen sich von den Arzneimitteln die Aufrechterhaltung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes.

> ***ID12:*** *Alle meine kleinen Wehwehchen als Dauergabe habe ich die leider und die bleiben auch. Mir ist da also eigentlich nur wichtig, dass sich das nicht verschlechtert und dass sich das also durch die Behandlung, beziehungsweise durch die Verschreibung der entsprechenden Medikamente nicht verschlechtert, bin ich also einfach richtig happy.*

Zudem wird deutlich, dass PatientInnen die Medikation durch ihren/ihre Hausarzt/Hausärztin nicht hinterfragen, wenn sie ihm vertrauen. Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Gewichtszunahme, werden als gegeben hingenommen.

> ***ID11:*** *Blutdrucksenkern und was das alles ist. Ich glaube die/ Denn seitdem habe ich kontinuierlich zugenommen. Jetzt halte ich das zwar, aber/ Na ja, es ist ebenso. Kann man nichts machen.*

Teilweise sind die PatientInnen sehr aufmerksam und deuten neu aufgetretene Symptome als Nebenwirkungen. Diese Vermutungen besprechen sie mit ihrem/ihrer Arzt/Ärztin und setzen die Medikation erst nach Rücksprache mit diesem unter regelmäßiger Kontrolle ab.
Darüber hinaus nehmen PatientInnen nicht verschreibungspflichtige Medikamente ein. Sie werden ohne Rücksprache mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin eingenommen.

> ***ID16:*** *[…] Neue Tablette, alte Tablette und so was alles. Also insofern bin ich sehr vorsichtig. […] Und dann hat er mir, Ibuprofen. Ich weiß nicht, kennen Sie solche Sachen? Die 600er. Las ich den Beipackzettel, habe ich auch gedacht: „Hat keinen Sinn." Oder meine Frau hat auch gesagt: "Nehme das lieber nicht." Und es war auch richtig, denn ich habe dann irgendeine andere Tablette genommen, die man dann auch direkt von der Apotheke bekommt, ohne Rezept und das heißt ja immer schon, dass diese Tabletten nicht so schwer sind. Und allein die Tablette hat geholfen, also hatte ich zwei genommen, aber nun liegt sie da (zeigt auf den Tisch).*

Der Ausgabe von Generika in Apotheken wird ablehnend gegenübergetreten. Den PatientInnen ist es wichtig, ihre Medikamente kontinuierlich von der Marke verschrieben und ausgegeben zu bekommen, mit der sie bisher gute Erfolge hatten.

> ***ID17:*** *[…] Und denn gehe ich in die Apotheke, da kriege ich das von einer ganz anderen Firma. Das ist mir zwar egal, aber es nicht/ Es stimmt einfach nicht, dass das das gleiche Mittel ist. Das Grundmittel*

*ist gleich, aber 50 Prozent von den beigemischten Mitteln dann, die sind unterschiedlich und deshalb ist das auch falsch, sage ich jetzt mal so. Jedenfalls für mich als Ingenieur ist das ein Dreck, das gibt es nicht. Bei mir ist dreimal drei neun und da kann ich das nicht mischen. Klar, können Sie auch sagen: das ist/ Zwei mal drei ist sechs plus drei ist auch neun. Das gibt es auch, natürlich. Irgendwo kommt es auch auf neun, aber was da alles so gemacht wird und uns eingeredet wird, das gefällt mir alles nicht mehr, […]*

PatientInnen erwarten exaktes Wissen des/der Arztes/Ärztin und tolerieren keine Unsicherheiten bei den Verschreibungen.

***ID13:*** *Erst mal die lange Wartezeit und dann: "Ja, wir könnten ja mal die Tabletten versuchen." Ich meine, das ist ja kein Renommee, dass man sagt: "Wir versuchen nochmal."*

Die Erstellung eines Medikamentenplanes durch den/die Hausarzt/Hausärztin wird als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt. Die TeilnehmerInnen benutzen ihn im Alltag oder zur Vorlegung bei Konsultationen anderer SpezialistInnen.

***ID05a:*** *Einen Medikamentenplan hat sie gemacht. Ja, der ist wichtig. Und dass ich mich danach richten kann. (...) Denn ich muss sehr viele Medikamente nehmen.*

Autonomie und Teilhabe: Die Aufrechterhaltung der Autonomie kann in ganz unterschiedlichen Bereichen erfolgen. Zum einen in den alltäglichen Dingen wie Wäsche waschen, Haushalt reinigen und Lebensmittel einkaufen. Zudem ist es einigen TeilnehmerInnen ein großes Bedürfnis, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden wohnen bleiben zu können.

> ***ID08:*** *Ich bin vollkommen mobil hier im Haus. Mache alles. Koche mir mein Essen, mache sauber. Wäsche waschen. Alles, was anfällt. Muss man machen. Nur einkaufen. Das ist schwierig. Da nehme ich das Fahrrad. Ich habe ja dies Dreirad draußen. [...] Und ich habe auch schon für/ Falls ich mal krank, bettlägerig werde einen Raum hier drüben mit Dusche eingebaut. Ist ein Bett drin und Waschanlage. Dass da mal jemand wohnen kann.*

Ein anderer Aspekt war die Mobilität. Hier kann zwischen zwei Gruppen unterschieden werden: Jene PatientInnengruppe, die ihre Mobilität erhalten möchten und von ihrem/ihrer Hausarzt/Hausärztin erwarten, mögliche Veränderungen sofort zu erkennen und der Immobilität entgegenwirkend zu handeln.

> ***ID12:*** *Ja, für mich persönlich ist eigentlich wichtig, dass ich mich noch möglichst lange so bewegen kann, wie es also momentan geht und dass also bei irgendwelchen drohenden Verschlechterungen, da gleich ein P vorgesetzt wird, wenn es geht.*
> ***ID14:*** *Ja, dass ich nicht/ möglichst nicht bettlägerig werde.*

Die andere Gruppe der TeilnehmerInnen erhofft eine Wiederherstellung ihrer verloren gegangenen Mobilität.

> ***ID06:*** *Ja, also für mich, also wirklich das Segensreichste, wenn die Ärzte es schaffen würden, dass ich wieder besser laufen kann. Das ist ein Handicap wie nur irgendetwas, dass ich also ganz schlecht laufen kann.*

> ***ID11:*** *Ja, ich würde gerne wieder Radfahren.*

Um die erhaltene Mobilität zu nutzen und eine Rest-Selbständigkeit zu erhalten, werden Hilfsmittel in Anspruch genommen.

***ID01:*** *[...] Habe ich so ein bisschen gelähmtes Bein. Und da ist mit laufen, so draußen irgendwie. Ja, wir haben im Urlaub immer viele Touren gemacht, wir sind immer in die Berge gefahren. Das geht alles nicht mehr. So für längere Strecken muss ich einen Rollator nehmen. Da kann ich das nicht so. Hier in der Wohnung nehme ich nichts oder kurze Wege auch nicht. Aber wenn, sowie das länger ist, dann muss ich einen Rollator haben. [...] Ja gut, wenn mein Mann nicht da wäre, müsste ich es machen, aber dann, wie gesagt, mit Rollator. Und das ist eine Einschränkung. Das ist eine ganz schöne Einschränkung. Vor allen Dingen, weil ich immer so flott immer gelaufen bin und alle abgehängt habe, so ungefähr und dann jetzt mit diesem Rollator.*

***ID08:*** *Es hat sich verändert. Gewaltig verändert. Dass man nicht mehr so mobil ist, wie früher. Mal weggefahren ist, in die Oper gegangen und sonst. Ja. Und nun ist das alles vorbei. Das ist vorbei. (...) Jetzt gehe ich hier noch nach P. in den D., E.-Weg, F. Da bin ich immer noch beim Kabarett. Haben sechs Aufführungen im Jahr, das ist nur in der Winterzeit. Da kann ich mit dem Rad hin oder mit dem Taxi hinfahren.*

Die TeilnehmerInnen erwähnten, dass viele Unternehmungen, wie Reisen, Theaterbesuche und das Pflegen sozialer Kontakte aufgrund eingeschränkter Mobilität nicht mehr möglich seien. Sie versuchen, so unabhängig wie möglich zu bleiben, sind aber nichtsdestotrotz oft abhängig von Angehörigen. Die Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel ist nur bedingt möglich, da eine Orientierung schwerfällt und Schilder oftmals schlecht lesbar sind.

***ID04:*** *Ich bin früher viel unterwegs gewesen. Ich war Journalist, bin viel rumgekommen. Und bin jetzt in meiner Beweglichkeit und*

*Bewegungsradius gewaltig eingeschränkt. Das hat sich doch eben negativ bemerkbar gemacht.*

***ID05a:*** *[...] Dann die Motorik, die Beweglichkeit in Bezug auf Gehen. Das ist ja etwas ganz/ (...) Wie soll ich/ Etwas alltägliches, etwas Grundsätzliches, was man können muss. Gehen ist ja noch keine besondere Fähigkeit.*

Auch der Erhalt oder das Wiederherstellen kognitiver Fähigkeit, wie Schreiben und „geistig fit" sein, trägt zum Erhalt der Autonomie bei.

***ID14:*** *Ja, dass ich nicht/ möglichst nicht bettlägerig werde. Und, ich meine. Gut. Fit. Ob man immer geistig noch fit bleibt, dass liegt sicher nicht nur an der Behandlung. Denn das habe ich ja an meinem Mann gesehen, also da ist doch zunehmend die Einschränkung gewesen. Das wünsche ich mir nicht, weil ich dann niemand/ Ich meine gut, ich habe Kinder, aber ich/ so, wie ich bei meinem Mann sein konnte, können die nicht. Ich kann ja nicht meine Kinder hier beanspruchen, dass sie dann immer da sind.*

Die Reduzierung der Sehfähigkeit beeinträchtigt PatientInnen in unterschiedlichen Situationen. Die reduzierte Sehkraft schränkt die Mobilität ein: Autofahren ist nicht mehr und das Benutzen von öffentlichen Verkehrsmitteln nur bedingt möglich. Zudem kann Vorlieben und Hobbies nicht mehr nachgegangen werden.

***ID04:*** *Die Mobilität ist das Hauptproblem. Und vor allem durch diese blöden Augengeschichten kann ich auch kein Auto mehr fahren.*

***ID05a:*** *Ja, das Sehen ist nicht besser geworden. Das ist ein großer Kummer bei mir. Dass die Sehfähigkeit so abgenommen hat. Sehr abgenommen hat. Weil ich ja durch meinen Beruf auch darauf*

*angewiesen bin, beziehungsweise durch meine/ (...) Fähigkeit oder auch Vorliebe, alles zusammen. Also ich bin Malerin von Haus aus.*

***ID08:*** *Ja. Und schreiben kann ich nicht mehr mit der Hand. Das ist auch vorbei. Ich schreibe drei Worte, drei, vier Worte und dann schreibe ich plötzlich ganz was anderes, hinterher/*

Teilweise sind auch Lebensziele nicht mehr eigenständig zu erreichen.

***ID11:*** *Dass ich schreiben kann. (lacht) Aber das kann ich mir abschminken. Ich habe ja Tagebücher gemacht und wollte daraus ein Buch machen. Ja, ich habe schon gesammelt und dann war plötzlich Schluss. Ich habe auch so ein Gerät gehabt. Zur Tonaufnahme. Da kam ich auch mit klar. Der Finger geht mal daneben oder das (unv.). Dann habe ich mir einen Tippapparat/ Schreibmaschine. Elektrische Schreibmaschine gekauft. (lacht) Dachte, das könnte ja klappen. Habe früher immer Schreibmaschine geschrieben. Das ging auch wunderbar, aber oft daneben und der Finger ging nicht so schnell weg. Da kam jeder Buchstabe zwei, dreimal. (lacht) Ging nicht. Habe ich das wieder weggestellt. Muss man mit leben, dass das nicht richtig funktioniert.*

Eine Blasen- wie auch Darminkontinenz werden als Einschränkung empfunden.

***ID05b:*** *Das ist auch etwas, was dich sehr belastet, was wir jetzt übergangen haben: die Inkontinenz. Das ist ja auch mit dem Schlaganfall/*
***ID05a:*** *Richtig. Das ist noch eine Einschränkung. Und das ist ganz scheußlich.*

***ID14:*** *Na ja, das sind aber so Sachen, die sind nicht ganz so schön. (Inkontinenz) Aber, ich denke, es gibt sehr viel Schlimmeres. Ich kann*

*immer noch laufen und mich bewegen und selbst über alles entscheiden. Also das ist dann doch sehr viel wert.*

Status quo: Einige TeilnehmerInnen erhoffen sich den Erhalt des momentanen Gesundheitszustandes.

***ID02:*** *Ja, ich kann nur sagen, dass wichtig ist für mich, dass sich mein Zustand nicht verschlechtert, denn mehr als jetzt ist, ist nicht zu erreichen. Das weiß ich. Damit muss ich leben und kann ich auch.*

***ID06:*** *[...] Dass ich wirklich noch ein bisschen positives Leben habe. Wenn das möglich ist und würde gemacht werden, wollen wir mal so sagen, dann wäre ich zufrieden. Besser könnte es dann nicht sein, wenn es so wäre.*

***ID10:*** *Ja, gut. Ziele ist das nicht. Wenn man Rentner ist, dann kann man ja sozusagen den Status quo verwalten, mehr oder weniger. Denn Ziele, dass was besser wird oder man gesünder wird, gibt es ja praktisch nicht mehr, sondern man versucht, den bestehenden Zustand möglichst erträglich zu halten, zu gestalten und mehr eigentlich nicht.*

### 5.3.6 Eigeninitiative der PatientInnen

Beschäftigung: Die TeilnehmerInnen zeigten Eigeninitiative zur positiven Beeinflussung ihres Behandlungserfolges und Erhalt der Lebensqualität. Einige suchten aktiv nach Beschäftigungen, wie zum Beispiel die Ausführung eines Ehrenamtes, um vorzugsweise in Kontakt mit jüngeren Menschen treten zu können. Der Kontakt zu hauptsächlich älteren Personen hält ihnen permanent die eigene Zukunft vor Augen, mit der sie zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht konfrontiert werden möchten.

> ***ID10:*** *Nein, eben. (...) Ich höre das ja jetzt immer, wenn die/ Komischerweise/ Sagen Sie mal, wenn man sich so trifft, warum müssen die alten Leute immer von Krankheit reden? Das ist ja furchtbar. (lacht) Das ist genauso/ Ich wollte so gerne mal, na ja, irgendwas zu tun haben und denn bin ich ja auch hingegangen. Da gibt es ja immer solche Börse. Ja, wo man so ehrenamtlich was machen kann. Hier bei uns gibt es Krankenhäuser, es gibt Altenbetreuung/ Alt bin ich allein, brauche ich nur in den Spiegel gucken. Aber, es gibt nichts, was irgendwie (...) Ich weiß nicht. Gibt es heute keine anderen Arbeiten mehr? […] Was haben sie mir angeboten? Häkeln. Ja gut, häkeln kann ich, daran liegt es nicht. Dann häkle ich hier, bin ja auch alleine, ich will doch gerade raus. Gerade etwas Leben haben.*

Auch werden Beschäftigungen genutzt, um sich voll und ganz auf eine Sache konzentrieren zu können und Belastendes für den Moment vergessen zu können.

> ***ID08:*** *[…] Auch die Malerei, die hilft mir viel. Dann wird man abgelenkt von allem. Ist nur beim Malen, denkt an weiter nichts. Ist gut.*

Bewegung: PatientInnen schätzen es, wenn Ärzte/Ärztinnen ihnen Möglichkeiten an die Hand geben, die sie selbständig umsetzen können. Durch freiwillige Ämter, zum Beispiel in der Kirche, trainieren die TeilnehmerInnen aus eigener Initiative ihre Mobilität. Angehörige können motivierend auf die eigenständige Mobilisation einwirken.

> ***ID01:*** *Ja. Dann machen wir hier unten in der Kirche machen wir Küster-Dienst, Kirchenkaffee. Ja, so sind wir dauernd in Bewegung. Wenn wir in Bewegung sind, ist ja gut so. Erhält ja auch die 79 Jahre. Die müssen ja jung erhalten werden.*

***ID05a:*** *[...] Und mein Mann hat immer sehr drauf gehalten, dass wir immer, also jeden Tag, uns bewegen, gehen und ja. In der Hauptsache gehen. Immer mal, gehen. Ich bin nicht so darauf aus, natürlich. Denn mich strengt es ja an. Und du (Probandin sieht Ehemann an) bist darauf aus, weil du überzeugt bist von der Wirksamkeit und dem muss ich mich öffnen. Lange wollte ich es auch nicht, weil das eben mühevoll ist. (...) Ja. Das ist mühevoll und anstrengend. Aber es hat sich rentiert. Ich bin einigermaßen gut drauf, sozusagen. Beim Laufen und sonst und so.*

***ID11:*** *Sieht zwar komisch aus, aber es ist mir egal. Ich will wieder, ja/ Und dann, wie gesagt, habe ich mir den Hund angeschafft, damit ich dann auch wirklich/ Dann geht man mal raus, egal wie das ist. Wettermäßig oder so, er muss raus. Und ja, dann geht man ja auch.*

Therapien: PatientInnen nehmen zusätzlich selbst zu bezahlende Therapien nicht-ärztlicher Behandlungen in Anspruch. Zum einen, da sie bereits positive Erfahrungen und Erfolge mit Anwendungen sammeln konnten. Zum anderen in der Hoffnung, dass diese Therapien die ersehnten Erfolge bringen werden, die die klassischen Therapien nicht vollbringen konnten.

***ID01:*** *Ja, durch Lockerungen, ja wenn ich Massagen kriege oder ja/ Krankengymnastik und lasse die Fußreflexzonenmassage machen und ich würde/ Was ich wahnsinnig gerne wieder machen lassen würde, das wäre Shiatsu. Das habe ich mal zehn Jahre bei einer Therapeutin machen lassen. Jede Woche. Also Ferien natürlich jetzt ausgeschlossen. Und das ist mir gut bekommen. Dieses entspannen, man braucht selber nicht viel, man braucht nur in sich zu gehen und das gewähren lassen. Und das finde ich ganz toll. Hier in A., da ist eine Therapeutin, die macht sowas. Und ich bin dauernd am überlegen, es ist natürlich immer die Fahrt nach A. Im Winter ist das/ Wenn Schnee*

*und Eis liegt, ist das natürlich blöd. Da würde ich/ Das würde ich mal wieder gerne machen. Weil ich weiß: das würde mir bekommen. 100 prozentig. Weil ich darauf stehe. Ja. Aber das bieten ja die Ärzte nicht an. Das geht auch nicht, das wäre auch zu weit, das kann man nicht verlangen. Das muss ja auch selber bezahlen.*

### 5.3.7 Sonstiges

Altersgerechte Gestaltung der Stadt: Die Interview-TeilnehmerInnen berichteten von einem Mangel an öffentlichen Toiletten. Gleichzeitig steigt jedoch der Bedarf an Toiletten im Alter, sei es aufgrund der Medikation oder von Inkontinenzbeschwerden. Zudem erschweren bauliche Maßnahmen die selbständige Fortbewegung.

***ID10:*** *Passen Sie mal auf. Gerade die alten Leute, da in dieser Herzgruppe, das sind ja nun, ach, wir sind 26. Nur mal so als Beispiel. Wir kriegen immer Entwässerungstabletten. Ist ja wunderbar. Nehmen wir sie abends, können wir nicht schlafen. Wir sollen aber schlafen. So. Nehmen wir sie aber morgens, so wie es da steht, dann fehlen uns die Toiletten. (...) Ja. Und wenn Sie das mal auf den Punkt bringen. Ich schlucke die Medikamente, alles wunderbar, aber wo sind die Toiletten? Denn nehmen Sie nur mal den Stadtpark. Da sind da auf dem Spielplatz eine, aber vor zehn ist keiner da. Ja, was wollen Sie machen? Landhaus Walter. Da können wir aber auch nicht mit dem Hund mal eben schnell rein. Es fehlen überall. Oder gegenüber der Fuhle entlang. Ja, gut. Ich selber, weiß, ich gehe zur DAK da oben (lacht) , aber ich meine jetzt. Die fehlen.*

Als weiterer Aspekt wurde die Schrift auf Schildern erwähnt. Bei Einschränkungen der Sehstärke sind sie immerzu auf andere angewiesen oder verlassen das Haus seltener.

***ID04:*** *Also da, in der Innenstadt kenne ich mich nun auch noch aus. Aber wenn ich da raus müsste, irgendwo in die Uni-Nähe oder so. Dann wäre ich ziemlich hilflos. Vor allem, wenn Sie dann für jedes Straßenschild die Brille wechseln müssen, um das Straßenschild lesen zu können.*

***ID13:*** *Ich wusste gar nicht, wie ich über die Straße komme. Und da habe ich gesagt: "Hallo! Herr Straßenbauer. Herr Straßenbauer." Er hat so gelacht. Und dann kam er, weil ich Angst hatte. Das ging so rum und so (zeichnet Schlangenlinien mit den Händen) und denn die Ampeln. Und denn hat er mich denn rübergebracht.*

***ID 01:*** *Ja, mit dem Auge. Weil ich ja nur ein Auge zur Verfügung habe. Das ist eine gewisse Einschränkung. Ich kann so nach der Seite (zeigt nach links) absolut nichts mehr sehen. Es ist, wie gesagt, nur noch hier so im Winkel. Das sehe ich so ein bisschen. Das ist aber alles. Und ich/ Wenn wir eben einkaufen gehen oder was, dann ecke ich viel mit den Leuten zusammen und muss mich dauernd entschuldigen. Das ist mir ein bisschen unangenehm. Ist eine Einschränkung. Hier in der Wohnung oder so, da weiß ich Bescheid. Da habe ich keinerlei Einschränkungen. Aber draußen dann schon. Muss/ Wenn ich die Treppen hochgehe oder runtergehe, ich muss immer gucken, dass ich nicht daneben trete und ja, es ist schon/ Mit dem Bein.*

Eine Patientin erzählte mir im Anschluss, als das Aufnahmegerät bereits ausgeschaltet war, dass ihre Sehkraft sehr eingeschränkt sei. Dies sei auch ein Grund dafür, dass Sie in letzter Zeit öfter stolpert und stürzt. Insbesondere Marmorböden seien schwer zur Orientierung. Sehr hilfreich seien Handläufe sowie bunte Streifen auf den Stufen, da Stufen für sie wie eine ebene Fläche aussähen.

Altersdiskriminierung: Die interviewten Personen wünschen sich eine gleichwertige Betrachtung ihrer Beschwerden im Vergleich zu jüngeren PatientInnen. Ihnen ist durchaus bewusst, dass sich ihr grundlegender Gesundheitszustand aufgrund ihres Alters verändert. Nichtsdestotrotz erwarten sie eine respektvolle Behandlung.

> ***ID01:*** *[…] "Und Sie sind ja auch schon 79." "Ja," ich sage: "stellen Sie sich mal vor, Herr Doktor, das weiß ich." Da kriegt man noch sein Alter vorgeworfen, fehlt gerade noch/ Na ja. Gut. (...) Was ich davon halte, ganz allgemein. Von der schleichenden Sterbehilfe. Die brauchen gar keine Gesetze zu verabschieden, das haben wir ohnehin.*
> *[…] Und immer, immer, das sagen ja auch andere Patienten. Also die, die ich so kenne, immer wird einem das Alter vorgeworfen. Da wird geforscht, damit die Leute noch älter werden, möglichst über 100. 120, 130. Und auf der anderen/ Das ist doch ein Widerspruch. Auf der anderen Seite werden Sie dauernd an Ihr Alter/ "Das geht nun nicht mehr, Sie wissen ja, Sie sind alt und da kann man nicht mehr viel machen."*
> ***ID04:*** *Auf der Straße rumzulaufen und dann rempeln einen die Leute an. Ich erzähle gerne als abschreckendes Beispiel, was mir dann schon zweimal jetzt passiert ist. Dadurch, dass ich keinen Gleichgewichtssinn mehr oder gestörten habe, kann ich auch nicht geradeaus laufen. Ich laufe so (zeichnet mit Hand Zick-Zack-Muster auf den Tisch), muss immer mit dem Auge korrigieren, wo ich gerade bin. Ich bin schon angehalten worden, ich sollte mich schämen, so früh am Tag schon so besoffen zu sein.*

# 6. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass PatientInnen respektvoll und empathisch als Individuum angesehen und als solches behandelt werden wollen. Sie möchten gezielt auf ihre aktuellen Beschwerden ausgerichtete Diagnostik erfahren und erwarten regelmäßig durchgeführte Standarduntersuchungen, um krankhaften Veränderungen frühzeitig entgegenwirken zu können. Des Weiteren wünschen sie sich ein Ineinandergreifen der Diagnostik sowie Therapie des/der Hausarztes/Hausärztin und anderer Berufsgruppen. Der/Die Hausarzt/Hausärztin wird routinemäßig zu Vorsorgeuntersuchungen oder zur Rezeptabholung aufgesucht, wobei die PatientInnen regelmäßige schriftliche Erinnerungen als durchaus positiv erleben und schätzen. Die Konsultationsdauer wird grundsätzlich als zu kurz angesehen und die oftmals langen Wartezeiten werden kritisiert. Ein wichtiger Stellenwert in der Zufriedenheit der PatientInnen stellen die MFA dar, deren Wirkung auf das Wohlgefühl der PatientInnen sowie auf die Gesamtwahrnehmung einer hausärztlichen Praxis einen Einfluss hat. Hausbesuche werden gefordert, insbesondere bei nicht barrierefreiem Zugang der hausärztlichen Praxis. Als Therapieziel wurde am häufigsten der Wunsch nach Erhalt beziehungsweise Wiederherstellung der Autonomie sowie die Reduktion der häufig auftretenden Polymedikation angegeben. Eigeninitiative seitens der PatientInnen zeigte sich insbesondere im Wahrnehmen ehrenamtlicher Aufgaben zur Aufrechterhaltung der kognitiven sowie physischen Aktivität. Eine gute Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung basiert auf Vertrauen und ausreichender Informationen der PatientInnen.

## 6.1 Methode

Mittels qualitativer Analyse der geführten Interviews konnte eine umfangreiche Datensammlung bezüglich der Präferenzen, Erwartungen und Bedürfnisse multimorbider PatientInnen an ihren/ihre Hausarzt/Hausärztin generiert werden.

Die Rekrutierung erfolgte über die TeilnehmerInnendaten der MultiCare Studie, weshalb die Studienpopulation durch die Ein- und Ausschlusskriterien dieser Studie begrenzt war (Schäfer et al. 2009). Die PatientInnen wurden ausschließlich aus dem Großraum Hamburg rekrutiert. Hier könnten zusätzliche Untersuchungen mit PatientInnen aus ländlichen Bereichen angestrebt werden, um Verzerrungen durch unterschiedliche Lebensstandorte zu minimieren. Eine Besonderheit der Studie ist das sehr hohe Alter der InterviewteilnehmerInnen, welches durchschnittlich 79 Jahre beträgt. Dieses resultierte aus den gesuchten Krankheitskonstellationen und den Stichproben aus der MultiCare Studie. Hier wäre es interessant, anhand weiterführender Studien zu untersuchen, wie sich der Blick auf die PatientInnenpräferenzen bei jüngeren PatientInnen auf das Gesamtergebnis auswirken würde.
Durch transparente Darlegung sämtlicher Schritte der Methodik ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet (Anhang 4).

## 6.2 Ergebnisse

Gründe für einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin. Das Disease-Management-Programm zeigte sich als eine von den PatientInnen akzeptierte und geschätzte Grundlage für die regelmäßige Vorstellung multimorbider PatientInnen in der hausärztlichen Praxis. Aktuell zielen die Programme jedoch ausschließlich auf chronisch kranke PatientInnen mit sogenannten Zivilisationskrankheiten ab (Bundesversicherungsamt 2018). Disease-Management-Programme für Multimorbidität existieren zum jetzigen Zeitpunkt nicht (Rijken et al. 2014). Hier wären weiterführende Arbeiten zu möglichen Programmen für multimorbide PatientInnen interessant, die insbesondere die bei Multimorbidität auftretenden Komplikationen, wie zum Beispiel Arzneimittelinteraktionen bei Polypharmazie, frühzeitig identifizieren und so eine frühzeitige Intervention ermöglichen (Marengoni u. Onder 2015).

Erwartungen an einen Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin. PatientInnen erwarten eine zeitnahe Überweisung an andere SpezialistInnen zur

differenzierteren Diagnostik bei Ausschöpfung der Diagnose-Ressourcen des/der Hausarztes/Hausärztin. Zudem schätzen sie ein gutes medizinisches Netzwerk des/der Hausarztes/Hausärztin und Weiterempfehlungen unter Einbeziehung der persönlichen Möglichkeiten des/der einzelnen Patienten/Patientin. Des Weiteren wird eine Offenheit der Ärzte/Ärztinnen gegenüber nicht-ärztlichen Berufsgruppen gewünscht, insbesondere gegenüber HeilpraktikerInnen. Hierzu wäre ein Abbau von Kommunikationsbarrieren zwischen Arzt/Ärztin und Patienten/Patientin notwendig, so dass PatientInnen offen mit ihrem/ihrer Arzt/Ärztin über HeilpraktikerIn-Besuche sprechen können. Die Bereitschaft der Ärzteschaft scheint unter der Voraussetzung von klar definierten Behandlungsgrenzen für HeilpraktikerInnen grundsätzlich vorhanden zu sein (Thanner et al. 2013). Des Weiteren fordern PatientInnen die Weiterführung der Verordnungen von anderen SpezialistInnen durch die Hausärzte/Hausärztinnen, um die Anzahl der Besuche bei dem/der Hausarzt/Hausärztin zu reduzieren.

Ablauf eines Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin. Um das Leistungsangebot einer Praxis für alle erreichbar zu machen, sollten barrierefreie Zugänge gewährleistet werden. Alternativ könnten Hausbesuche für diejenigen PatientInnen angeboten werden, denen aufgrund von Mobilitätseinschränkungen ein Besuch der Praxis nicht möglich ist. Hausbesuche würden dem/der Arzt/Ärztin die Möglichkeit eröffnen, den psychosozialen Kontext des/der Patienten/Patientin zu erleben und so eine individuellere Behandlung ermöglichen (van Kempen et al. 2012). Um den Bedarf an Hausbesuchen decken zu können, entstehen unterschiedliche Modellprojekte zur Delegation hausärztlicher Hausbesuchsleistungen an speziell hierfür ausgebildete MFA. Als Beispiele können genannt werden: Die arztentlastende, gemeindenahe e-health-gestützte, systemische Intervention (AGnES), die Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung (HELVER) oder das Prinzip der Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VerAH) (Dini et al. 2012; Schüler et al. 2011; Mergenthal et al. 2013). Zur Identifikation des inhaltlichen Spektrums der ärztlichen Hausbesuche zur Implementation neuer Modellprojekte startete die 3. Sächsische Epidemiologische Studie in der

Allgemeinmedizin (SESAM-3) (Voigt et al. 2011). Die Anzahl der notwendigen Hausbesuche von multimorbiden PatientInnen lag bei 80,5 Prozent. Dies zeigt den Stellenwert der Hausbesuche insbesondere bei multimorbiden PatientInnen auf.

Seit Einführung der Modellprojekte konnten Hausbesuche der Ärzte/Ärztinnen sowie medizinisch eilige Hausbesuche reduziert und gleichzeitig eine Verbesserung der Versorgung festgestellt werden (Mergenthal et al. 2013; van den Berg et al. 2010). Die Freundlichkeit der Praxis-MitarbeiterInnen wird als elementar bewertet. Insbesondere die Freundlichkeit der Medizinischen Fachangestellten wird immer wieder hervorgehoben und geschätzt. Darüber hinaus haben gut durchgeführte Routinetätigkeiten wie Blutentnahmen bei PatientInnen einen hohen Stellenwert.

Die teilweise langen Wartezeiten führen oft zu Unmut bei den TeilnehmerInnen. Es wurden Unterschiede in der Wartezeit zwischen gesetzlich und privat versicherten PatientInnen wahrgenommen, wie sie durch Lungen et al. (2008) beschrieben wurden. So warteten 56 Prozent der PrivatpatientInnen, aber nur 41 Prozent der PatientInnen mit gesetzlicher Krankenversicherung eine Viertelstunde (Kopetsch 2014). Darüber hinaus sorgt eine Begründung der Wartezeit bei PatientInnen für Verständnis. Die erwartete Wartezeit sollte direkt bei Ankunft des/der Patienten/Patientin oder bereits im Vorfeld telefonisch mitgeteilt werden. Der/Die Patient/Patientin hat so die Möglichkeit sich auf die Wartezeit einzustellen.

Die von den PatientInnen empfundene knapp bemessene Konsultationsdauer macht es ihnen zum Teil unmöglich, all ihre Fragen zu stellen. Eine Ermutigung der PatientInnen, sich im Vorfeld alle Fragen zu notieren, wäre hilfreich (Robben et al. 2012). Der/Die Patient/Patientin ist im Anschluss zufriedener, all seine Anliegen besprochen zu haben und für den/die Arzt/Ärztin stellt es langfristig eine Zeitersparnis dar. Folgetermine werden reduziert oder bleiben aus.

Die Autorität des/der Arztes/Ärztin wird in Verbindung mit ausführlicher Information und Aufklärung akzeptiert oder teilweise erwünscht. Eine Kombination aus freundlicher Bestimmtheit und Autorität wird als positiv empfunden. Hier wird die

Wichtigkeit des Informationserhalts deutlich: PatientInnen sehen bei verständlicher Begründung einer Behandlungsempfehlung des/der Arztes/Ärztin keinen Grund für das Ablehnen von Vorschlägen. Einige empfinden es als positiv, ihre eigene Meinung in die Entscheidungsfindung einfließen lassen zu können und wünschen sich darüber hinaus kritikfähige Ärzte/Ärztinnen. Aus Vertrauen zum/zur Hausarzt/Hausärztin läge die endgültige Entscheidung jedoch bei ihm. Ein Beispiel für einen Leitfaden zur Implementierung von Shared Decision Making in der ärztlichen Praxis entwickelten (Elwyn et al. 2012). Schritt eins „choice talk" – ist die Sicherheit, dass der Patient/die Patientin weiß, dass es unterschiedliche Optionen gibt. Im nächsten Schritt – „option talk" – erhält der/die Patient/Patientin detaillierte Informationen bezüglich der Möglichkeiten. In dem letzten Schritt des Leitfadens – „decision talk" – wird der/die Patient/Patientin bei der Entscheidungsfindung unterstützt. Ratschläge des/der Hausarztes/Hausärztin werden erwartet, alternative Behandlungsvorschläge und eine Offenheit sowie Flexibilität gegenüber den Behandlungsmöglichkeiten begrüßt. Evaluierte Instrumente, wie das Outcome prioritization tool (OPT), anhand dessen die Präferenzen durch Ausfüllen eines Fragebogens durch die PatientInnen abgeleitet werden, könnten zu einem besseren Verständnis der Ärzte/Ärztinnen bezüglich der Bedürfnisse des/der Patienten/Patientin beitragen (van Summeren et al. 2016).
In Situationen, in denen PatientInnen nicht objektiv in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, ist es durchaus sinnvoll, ihnen diese vorerst abzunehmen. Laut Chi et al. (2017) nimmt die Bereitschaft der aktiven Entscheidungsfindung mit Anzahl der Erkrankungen ab. Daraus resultiert, dass insbesondere bei multimorbiden PatientInnen Shared Decision Making angewandt werden sollte. Darüber hinaus hat eine patientenzentrierte Behandlung sowie therapeutische Mitbestimmung einen positiven Einfluss auf das physische und soziale Wohlbefinden der PatientInnen (Kuipers et al. 2019).

Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung. Das Gefühl, als Individuum wahr- und ernst genommen zu werden sowie das durch Kontinuität der AnsprechpartnerInnen aufgebaute Vertrauen stellte sich als Basis einer gut funktionierenden Arzt/Ärztin-

PatientInnen-Beziehung heraus (Bayliss et al. 2008; Robben et al. 2012; van Kempen et al. 2012). In der vorliegenden Arbeit zeigte sich, dass Ängste und Unsicherheiten durch Empathie des/der Arztes/Ärztin wahrgenommen und Möglichkeiten geschaffen werden sollten, sich dem/der Arzt/Ärztin anzuvertrauen. Darüber hinaus können durch ausführliche Informationen über ihre Erkrankungen, mögliche Auswirkungen auf den Körper, das alltägliche Leben sowie mögliche Komplikationen und Aufklärung des/der Patienten/Patientin Missverständnissen vorgebeugt werden (Hansen et al. 2015). Ausführliche Informationen fördern die Eigenverantwortung wie auch die Compliance des/der Patienten/Patientin. Gestärkt werden diese zusätzlich, indem PatientInnen die genauen Daten von Untersuchungsergebnissen ausgehändigt werden. Darüber hinaus fördert es die Integration des/der Patienten/Patientin in seine Behandlung und ermöglicht es ihm, den Verlauf selbständig anhand von Daten zu verfolgen. Skizzen zur Verdeutlichung einer Erkrankung oder Therapie sowie schriftliche, klare Fakten würden für mehr Klarheit sorgen und die Integration des/der Patienten/Patientin in seine Behandlung zusätzlich fördern (Robben et al. 2012). Zukünftige Konsultationen können vom Aufbau eines soliden Vertrauensverhältnisses profitieren: Probleme werden seitens des/der Patienten/Patientin schneller geäußert, nonverbale Zeichen können von dem/der Arzt/Ärztin schneller detektiert und angesprochen werden. Konsultationszeiten können dadurch langfristig reduziert und gleichzeitige PatientInnenzufriedenheit erreicht werden.
Der Wunsch nach neuen Verordnungen bereits bekannter Hilfsmittel oder Therapiemaßnahmen wird meist direkt geäußert. Augenmerk des/der Arztes/Ärztin sollte daher insbesondere auf Verhaltensänderungen oder Verschlechterungen des Gesundheits- oder Allgemeinzustandes des/der Patienten/Patientin lenken, die eine Änderung der bisherigen Therapiemaßnahmen als sinnvoll erscheinen lassen.

Ziele der Behandlung: Insbesondere die Einschränkung der Autonomie und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bedeutet für die interviewten TeilnehmerInnen eine reduzierte Lebensqualität (Quah et al. 2017). Fortin et al. (2004)zeigten,

dass die empfundene Lebensqualität von multimorbiden PatientInnen invers mit der Anzahl der Erkrankungen assoziiert ist. Zudem besteht eine vermehrte Unzufriedenheit bezüglich der hausärztlichen Versorgung bei Einschränkungen der Lebensqualität, insbesondere bei Einschränkungen durch Schmerzen als durch eine erhöhte Anzahl an Erkrankungen (Paddison et al. 2015).

Hilfsmittel wie Rollatoren oder elektronische Mobilitätshilfen, die die Mobilität und damit die Autonomie des/der Patienten/Patientin wiederherstellen, sollten angeboten werden. Eine große Beeinträchtigung der Lebensqualität und Autonomie erfolgt zudem durch eine Blasen- und Darminkontinenz. Hier sollten einfühlsam mit dem/der Patienten/Patientin mögliche Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsmittel besprochen werden.

Zur Unterstützung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben könnten Broschüren für Ehrenämter sowie zur Vermittlung zu Kirchengemeinden oder Vereinen, die Ausflüge anbieten, ausgelegt werden und die PatientInnen darauf aufmerksam gemacht werden.

Darüber hinaus haben die soziale Unterstützung wie auch ein vorhandenes Kohärenzgefühl positiven Einfluss auf die erlebte Lebensqualität multimorbider PatientInnen (Vogel et al. 2012).

Chronische Erkrankungen werden von PatientInnen durch die regelmäßige Medikamenteneinnahme nicht mehr als solche angesehen, sondern als zum gesunden Körper zugehörig und neu auftretende Symptome werden als krankmachend empfunden. Hier wird die Verbesserung der neu aufgetretenen Symptome erwartet, um den Status quo aufrecht zu halten (Fried et al. 2008).

Eine gute Aufklärung bezüglich der Gründe der Verordnung spezieller Medikamente und hinsichtlich bestimmter Therapievorgehen würde hier Unzufriedenheiten und Unverständnis vorbeugen. Diesbezüglich sollten besonders die Vorstellungen der Medikation seitens der PatientInnen erfragt und berücksichtigt werden. Ansonsten kann mangelndes Wissen und daraus resultierende Unzufriedenheit dazu führen, dass die Häufigkeit der Medikamenteneinnahme oder die Dosierung eigenständig verändert werden. Eine zusätzliche Folge kann das Auftreten des sogenannten Nocebo-Effektes sein. Er beschreibt das durch die

negative Erwartungshaltung des/der Patienten/Patientin oder des medizinischen Personals bezüglich einer medikamentösen Therapie induzierte Auftreten von Nebenwirkungen (Häuser et al. 2012). Diesem Effekt kann mit guter Aufklärung der PatientInnen entgegengewirkt werden. Zudem sollten PatientInnen ermutigt werden, auf mögliche Nebenwirkungen zu achten und ihren/ihre Hausarzt/Hausärztin darauf hinzuweisen.

PatientInnen schätzen die Ausstellung von Folgerezepten ohne erneute vorherige Konsultation des/der Arztes/Ärztin. Mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die der/die Patient/Patientin nicht als solche wahrnimmt, können so übersehen werden und die Kontrolle der korrekten Medikamenteneinnahme findet nicht statt. Hier sollte mindestens einmal im Quartal eine Medikamentenanamnese durchgeführt werden, vor allem unter Berücksichtigung potenziell inadäquater Medikamente (Holt et al. 2010). Modig et al. (2012) zeigten, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zu dem/der Hausarzt/Hausärztin und ausreichender Information bezüglich der Medikation dem/der Patienten/Patientin Sicherheit vermittelt. Darüber hinaus nehmen 12,3 Prozent der Männer und 29,3 Prozent der Frauen sogenannte Over-the-counter-Präparate zusätzlich zu ihren ärztlich verordneten Arzneimitteln ein (Beitz et al. 2004). Es besteht die Annahme, dass Medikamente, die lediglich apotheken- und nicht verschreibungspflichtig sind, keine Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten verursachen können. Daher erfolgt die Einnahme dieser Präparate nicht immer in Absprache mit dem/der behandelnden Arzt/Ärztin. Hier sollte im Vorfeld eine allgemeine Aufklärung erfolgen, in der auf mögliche Interaktionen zwischen Dauermedikationen und OTC-Arzneimitteln aufmerksam gemacht wird und die PatientInnen für mögliche Nebenwirkungen sensibilisiert werden.

Eine regelmäßige Kontrolle des Medikamentenplanes zur Reduktion unerwünschter Nebenwirkungen ist essentiell (Heser et al. 2018). Die PatientInnen sollten ihre Medikamente mitbringen und es sollte überprüft werden, ob die Einnahme der Medikamente nach dem aktuellen Medikamentenplan durchgeführt wird. Wichtig ist hierbei der Abgleich der Medikamente mit der Priscus-Liste, um potenziellen Medikamenten-Interaktionen vorzubeugen (Holt et al. 2010).

Eigeninitiative der PatientInnen. Die TeilnehmerInnen suchten aktiv nach Beschäftigungen. Sie nutzen Aufgaben in Einrichtungen wie der Kirche, um im Kontakt mit ihren Mitmenschen zu bleiben und ihre Mobilität zu erhalten. Durch Einbindung multimorbider PatientInnen in die Gesellschaft, zum Beispiel durch ehrenamtliche Angebote, könnten positive Einflüsse auf das psychische Wohlbefinden der PatientInnen erreicht werden. Hausärzte/Hausärztinnen könnten Ehrenämter in einer Konsultation ansprechen und dem/der Patienten/Patientin gegebenenfalls Anlaufstellen für weitere Informationen nennen. Flyer oder Prospekte verschiedener Organisationen könnten unterstützend ausgehändigt werden. Darüber hinaus wird die Mobilität durch tägliche Spaziergänge und Radausflüge gefördert. Der Einbezug von Angehörigen und deren Motivation erhöht das Leistungspensum der PatientInnen.
PatientInnen schätzen es, wenn ihnen Möglichkeiten an die Hand gegeben werden, mit denen sie ihren Behandlungserfolg selbstständig positiv beeinflussen können. Zu Beginn einer Therapie sollte den PatientInnen daher vermittelt werden, welche Ziele durch welche Lebensstil-Veränderungen erreicht werden können.

Sonstiges. Unabhängig von der Forschungsfrage äußerten einige der InterviewteilnehmerInnen Aspekte, die gesamtgesellschaftlich relevant scheinen, weshalb sie hier zusätzlich erwähnt werden. Die Bedürfnisse älterer Menschen unterscheiden sich teilweise grundlegend von anderen Altersklassen. Aufgrund bestimmter Medikation und vermehrt auftretender Harninkontinenz ist es für ältere, multimorbide Menschen oftmals notwendig, schnell erreichbare Toiletten zur Verfügung zu haben. Die Anzahl öffentlicher Toiletten in Hamburg ist gering und immer mehr öffentlich zugängliche Toiletten werden geschlossen. Dies schränkt diesen Personenkreis immens in seinem Bewegungs- und Unternehmensfreiheit ein.
Ein weiterer Aspekt ist die Sehfähigkeit vieler älterer Menschen. Diese ist oftmals reduziert. Unterschiedliche Höhen von Ebenen können nur schwer erkannt werden. Daraus folgt ein erhöhtes Sturzrisiko. Hilfreich wären farbliche

Kennzeichnungen von Treppen und Treppenstufen, um diese besser erkennbar zu gestalten sowie die Installation von griffsicheren Handläufen. So kann das Sturzrisiko reduziert und eine sicherere Mobilität sehbeeinträchtigter Personen gewährleistet werden. Des Weiteren hat sich eine Art Altersdiskriminierung gezeigt. PatientInnen bekommen ihr Alter vorgeworfen und Symptome werden dadurch heruntergespielt. Hier sollte, gerade in Bezug auf die stetig alternde Bevölkerung, ein Umdenken stattfinden.

All diese Aspekte sollten Eingang in die Leitlinie Multimorbidität finden. Die Implementierung der in dieser Arbeit herausgearbeiteten PatientInnenerwartungen an die hausärztliche Versorgung könnten dazu beitragen, den Meta-Algorithmus für den Anwender und PatientInnen greifbarer zu machen. Darüber hinaus lässt sich mutmaßen, dass diese Erwartungen allgemein für chronisch kranke PatientInnen Gültigkeit besitzen. Die Aspekte der Polypharmazie sind bei der Multimorbidität sicherlich ausgeprägter, haben jedoch auch ihren Stellenwert bei chronisch kranken PatientInnen. Zudem ist das Bestreben nach Erhaltung des Status Quo und die Aufrechterhaltung der Autonomie im Alter nicht nur auf multimorbide PatientInnen übertragbar.

# 7. Zusammenfassung

**Fragestellung**: Aus der ständig steigenden Zahl multimorbider PatientInnen in der hausärztlichen Versorgung resultieren komplexe Versorgungsbedürfnisse, für die bisher nur wenige Ansätze für evidenzbasierte Leitlinien existieren. Die vorliegende Arbeit soll die Präferenzen multimorbider PatientInnen in der hausärztlichen Versorgung identifizieren.

**Methode**: Mittels leitfadengestützter, semistrukturierter Einzelinterviews wurden multimorbide (Erkrankungen n=4-14) PatientInnen (n=15) aus der MultiCare Studie befragt. Das Material wurde wörtlich transkribiert und computerunterstützt anhand einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse**: In der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung sind die Information und Aufklärung sowie das gegenseitige Vertrauen entscheidend. Die PatientInnen verlangen eine individuelle Betrachtung ihrer Bedürfnisse und dass diese ernst genommen werden. Zudem sind sie gewillt, aktiv an der Therapie teilzunehmen und begrüßen eine partizipative Entscheidungsfindung. Gefordert werden Hausbesuche und die frühzeitige Überweisung an andere SpezialistInnen bei unklarer Diagnostik. Als Behandlungsziele sind der Erhalt der Autonomie und die Verbesserung von Symptomen entscheidend.

**Schlussfolgerungen**: Langjährige Kontinuität und die individuelle Behandlung der PatientInnen mit ihren speziellen Bedürfnissen und Problemen sind entscheidend für eine vertrauensvolle Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung. PatientInnen sind gewillt, aktiv an der Therapie teilzunehmen und begrüßen eine partizipative Entscheidungsfindung. Gefordert werden Hausbesuche und die frühzeitige Überweisung an andere SpezialistInnen bei unklarer Diagnostik. Insbesondere der Erhalt der Autonomie sowie die Verbesserung von Symptomen wurden als langfristige Therapieziele genannt.

# Abstract

**Preferences of multimorbid patients in primary health care**

Rebekka Mundt

**Background.** As a result of the constantly increasing number of multimorbid patients, the need of a complex support in primary care emerges, as there are only few existing attempts of evidence-based guidelines.

**Objective.** To identify the preferences of patients with multiple chronic illnesses in primary health care and to include the results into a guideline for multimorbidity.

**Design.** Qualitative study using semi-structured one-on-one interviews (n=15) with multimorbid (n=5-14) patients aged 71-87. The interviews were transcribed verbatim and analysed using a qualitative content analysis.

**Results.** Identified expectations of general practitioners (GP) included consideration of the individual patient, respectful and empathetic interactions and an early referral to other specialists. Accessibility of the practice, kindness of the team, waiting time, and the length of a consultation were important factors for rating the procedure of the visit. Routinely implemented examinations are accepted and appreciated by the patients. They were willing to support the success of their treatment by self-management skills like nutrition and exercises. Autonomy, particularly preserving or recovering mobility, and participation in social life were the most desired targets of treatment. The perceived deficiency of home visits and the polypharmacy were major concerns. GPs are seen as authorities that should provide advice while giving patients the opportunity to voice their point of view. A good patient-GP-relationship is based on confidence and a well-informed patient.

**Conclusions.** Accessibility to the practices should be ensured and in case this is not achievable, home visits should be implemented. Routine examinations guarantee a regularly visit and can avert severe illnesses. Improving the confidence between patient and GP is the foundation of a good relationship. Close collaboration with other specialists allows security and prevention of severe progressions.

# 8. Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| AG | Arbeitsgemeinschaft |
| AGnES | Arztentlastende, gemeindenahe, e-Health-gestützte, systemische Intervention |
| AGREE | Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation |
| AWMF | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften |
| ÄZQ | Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin |
| COPD | Chronisch obstruktive Lungenerkrankung |
| DEGAM | Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin |
| DELBI | Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung |
| DMP | Disease-Management-Programm |
| DNEbM | Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin |
| EbM | Evidenzbasierte Medizin |
| GEK | Gmünder Ersatzkasse |
| G-I-N | Guidelines International Network |
| GP | General practitioner |
| GRADE | The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation |
| HELVER | Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung |
| HMO | Health Maintenance Organization |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| MFA | Medizinische/r Fachangestellte/r |
| NICE | The National Institute for Health and Care Excellence |
| NVL | Nationale VersorgungsLeitlinien |
| OPT | Outcome prioritization tool |
| OTC | Over-the-counter |
| PIM | Potenziell inadäquate Medikation |

| | |
|---|---|
| SESAM-3 | 3. Sächsische Epidemiologische Studie in der Allgemeinmedizin |
| SIGN | Scottish Intercollegiate Guidelines Network |
| VerAH | Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis |

# 9. Literaturverzeichnis

Anderson, Gerard; Horvath, Jane (2004): The growing burden of chronic disease in America. In: *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)* 119 (3), S. 263–270. DOI: 10.1016/j.phr.2004.04.005.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – (2012): AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Online verfügbar unter http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2008): Deutsches Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI). Fassung 2005/2006 + Domäne 8 (2008). Online verfügbar unter https://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/literatur/delbi-fassung-2005-2006-domaene-8-2008.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2017): Patientenbeteiligung. Online verfügbar unter https://www.leitlinien.de/patienten/patientenbeteiligung, zuletzt aktualisiert am 14.06.2017, zuletzt geprüft am 21.08.2019.

Balshem et al. (2011): GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. In: *Journal of clinical epidemiology* 64 (4), S. 401–406. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.

Bayliss, Elizabeth A.; Ellis, Jennifer L.; Steiner, John F. (2007): Barriers to Self-Management and Quality-of-Life Outcomes in Seniors With Multimorbidities. In: *Annals of family medicine* 5 (5), S. 395–402. DOI: 10.1370/afm.722.

Bayliss et al. (2008): Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. In: *Family practice* 25 (4), S. 287–293. DOI: 10.1093/fampra/cmn040.

Beers, Mark H. (1991): Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. In: *Archives of internal medicine* 151 (9), S. 1825. DOI: 10.1001/archinte.1991.00400090107019.

Beitz et al. (2004): Selbstmedikation mit Over-the-Counter-(OTC-)Präparaten in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47 (11), S. 1043–1050. DOI: 10.1007/s00103-004-0923-3.

Bergert et al. (2013): Hausärztliche Leitlinie Multimedikation. Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten, zuletzt geprüft am 16.08.2019.

Boyd et al. (2005): Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. In: *JAMA* 294 (6), S. 716–724. DOI: 10.1001/jama.294.6.716.

Brouwers, Melissa C.; Kho, Michelle E.; Browman, George P.; Burgers, Jako S.; Cluzeau, Francoise; Feder, Gene et al. (2009): AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [Electronic version]. In: *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 182 (18), E839-42. DOI: 10.1503/cmaj.090449.

Bundesversicherungsamt (2018): Grundlegende Informationen - www.bundesversicherungsamt.de. Online verfügbar unter https://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme/zulassung-disease-management-programme-dmp.html, zuletzt aktualisiert am 09.2018, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Byles, Julie E.; D'Este, Catherine; Parkinson, Lynne; O'Connell, Rachel; Treloar, Carla (2005): Single index of multimorbidity did not predict multiple outcomes. In: *Journal of clinical epidemiology* 58 (10), S. 997–1005. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2005.02.025.

Chi et al. (2017): Multimorbidity and Decision-Making Preferences Among Older Adults. In: *Annals of family medicine* 15 (6), S. 546–551. DOI: 10.1370/afm.2106.

Cochrane Deutschland (2019): Leitlinien. Definition und Hintergrund. Online verfügbar unter http://www.cochrane.de/de/leitlinien, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. (2018): Wer wir sind — Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V. Online verfügbar unter https://www.ebm-

netzwerk.de/wer-wir-sind, zuletzt aktualisiert am 17.09.2018, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Dini et al. (2012): Home visit delegation in primary care: acceptability to general practitioners in the state of Mecklenburg-Western Pomerania, Germany. In: *Deutsches Arzteblatt international* 109 (46), S. 795–801. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0795.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (Hg.) (2018): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 7. Auflage. Marburg: Eigenverlag, zuletzt geprüft am 20.10.2019.

Ekdahl et al. (2010): "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. In: *Patient education and counseling* 80 (2), S. 233–240. DOI: 10.1016/j.pec.2009.10.026.

Elwyn et al. (2012): Shared decision making: a model for clinical practice. In: *Journal of general internal medicine* 27 (10), S. 1361–1367. DOI: 10.1007/s11606-012-2077-6.

Flick, Uwe (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Originalausgabe, 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (Rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55694).

Fortin et al. (2004): Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. In: *Health and quality of life outcomes* 2, S. 51. DOI: 10.1186/1477-7525-2-51.

Fried et al. (2008): Views of older persons with multiple morbidities on competing outcomes and clinical decision-making. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 56 (10), S. 1839–1844. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2008.01923.x.

Fuchs et al. (2012): Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 55 (4), S. 576–586. DOI: 10.1007/s00103-012-1464-9.

Fung et al. (2008): The relationship between multimorbidity and patients' ratings of communication. In: *Journal of general internal medicine* 23 (6), S. 788–793. DOI: 10.1007/s11606-008-0602-4.

Giacomini, M. K.; Cook, D. J. (2000): Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. In: *JAMA* 284 (3), S. 357–362. DOI: 10.1001/jama.284.3.357.

Guidelines International Network (2016): Welcome to G-I-N — Guidelines International Network. Online verfügbar unter https://www.g-i-n.net/, zuletzt aktualisiert am 18.11.2016, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Hansen et al. (2015): Reasons for disagreement regarding illnesses between older patients with multimorbidity and their GPs - a qualitative study. In: *BMC family practice* 16, S. 68. DOI: 10.1186/s12875-015-0286-x.

Häuser et al. (2012): Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. In: *Deutsches Arzteblatt international* 109 (26), S. 459–465. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0459.

Helfferich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. Online verfügbar unter http://dx.doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4.

Heser et al. (2018): Perspective of elderly patients on chronic use of potentially inappropriate medication - Results of the qualitative CIM-TRIAD study. In: *PloS one* 13 (9), e0202068. DOI: 10.1371/journal.pone.0202068.

Hessel et al. (2000): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland -. In: *Zeitschrift fr Gerontologie und Geriatrie* 33 (4), S. 289–299. DOI: 10.1007/s003910070049.

Holt et al. (2010): Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. In: *Deutsches Arzteblatt international* 107 (31-32), S. 543–551. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0543.

Hughes et al. (2013): Guidelines for people not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. In: *Age and ageing* 42 (1), S. 62–69. DOI: 10.1093/ageing/afs100.

Jerant et al. (2005): Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. In: *Patient education and counseling* 57 (3), S. 300–307. DOI: 10.1016/j.pec.2004.08.004.

Kernick et al. (2017): Clinical assessment and management of multimorbidity: NICE guideline. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 67 (658), S. 235–236. DOI: 10.3399/bjgp17X690857.

Kiliari et al. (2014): Multimorbidity and unmet citizens' needs and expectations urge for reforms in the health system of Cyprus: a questionnaire survey. In: *JRSM open* 5 (1), 2042533313515860. DOI: 10.1177/2042533313515860.

Kopetsch (2014): Wartezeiten in der ambulanten Versorgung, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Kopp, I. B. (2011): Von Leitlinien zur Qualitätssicherung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (2), S. 160–165. DOI: 10.1007/s00103-010-1207-8.

Korff et al. (1997): Collaborative management of chronic illness. In: *Annals of internal medicine* 127 (12), S. 1097–1102. DOI: 10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008.

Kriston, Levente; Berner, Michael (2009): Evidenzbasierte Medizin und die psychiatrische Praxis. In: *Psychiatr. Psychother. up2date* 3 (01), S. 49–67. DOI: 10.1055/s−2008−1067414.

Kuckartz, Udo (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

Kuipers et al. (2019): The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. In: *BMC health services research* 19 (1), S. 13. DOI: 10.1186/s12913-018-3818-y.

Löffler et al. (2015): Multimorbidität aus Hausarzt- und Patientensicht. Qualitative Studie. In: *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie* 48 (5), S. 452–456. DOI: 10.1007/s00391-014-0820-9.

Lungen et al. (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. In: *International journal for equity in health* 7, S. 1. DOI: 10.1186/1475-9276-7-1.

Marengoni, Alessandra; Onder, Graziano (2015): Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 350, h1059. DOI: 10.1136/bmj.h1059.

Mergenthal et al. (2013): Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. In: *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 107 (6), S. 386–393. DOI: 10.1016/j.zefq.2013.07.003.

Modig et al. (2012): Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. In: *BMC geriatrics* 12, S. 46. DOI: 10.1186/1471-2318-12-46.

Muche-Borowski, C.; Kopp, I. (2011): Wie eine Leitlinie entsteht. In: *Z Herz- Thorax-Gefäßchir* 25 (4), S. 217–223. DOI: 10.1007/s00398-011-0860-z.

Muth et al. (2014): The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. In: *BMC medicine* 12, S. 223. DOI: 10.1186/s12916-014-0223-1.

Noël et al. (2005): Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. In: *Health expectations : an international journal of public*

*participation in health care and health policy* 8 (1), S. 54–63. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2004.00312.x.

Noël et al. (2007): The challenges of multimorbidity from the patient perspective. In: *Journal of general internal medicine* 22 Suppl 3, S. 419–424. DOI: 10.1007/s11606-007-0308-z.

Nölling, Torsten (2014): Es bleibt dabei: Leitlinien sind nicht rechtlich verbindlich. GMS Mitteilungen aus der AWMF; 11:Doc6; ISSN 1860-4269. DOI: 10.3205/AWMF000295.

Paddison et al. (2015): Why do patients with multimorbidity in England report worse experiences in primary care? Evidence from the General Practice Patient Survey. In: *BMJ open* 5 (3), e006172. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-006172.

PubMed (2019): Home - PubMed - NCBI. Online verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Quah et al. (2017): Health-related quality of life of older Asian patients with multimorbidity in primary care in a developed nation. In: *Geriatrics & gerontology international* 17 (10), S. 1429–1437. DOI: 10.1111/ggi.12881.

Rijken et al. (2014): Chronic Disease Management Programmes: an adequate response to patients' needs? In: *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 17 (5), S. 608–621. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2012.00786.x.

Robben et al. (2012): Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. In: *Family practice* 29 (6), S. 742–747. DOI: 10.1093/fampra/cms033.

Robert Koch Institut (2019): Multimorbidität. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/M/Multimorbiditaet/Multimorbiditaet.html, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im

Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, S. 30. Online verfügbar unter http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Sackett et al. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 312 (7023), S. 71–72. DOI: 10.1136/bmj.312.7023.71.

Sänger et al. (2008): Handbuch Patientenbeteiligung. Beteiligung am Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien. Neukirchen: Make a book (ÄZQ-Schriftenreihe, 33). Online verfügbar unter https://www.leitlinien.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe33.pdf, zuletzt geprüft am 21.08.2019.

Schaefer et al. (2015): G-I-N Public Toolkit: Patient and Public Involvement in Guidelines., zuletzt geprüft am 20.10.2019.

Schäfer, Ingmar; Hansen, Heike; Schön, Gerhard; Maier, Wolfgang; Höfels, Susanne; Altiner, Attila et al. (2009): The German MultiCare-study: Patterns of multimorbidity in primary health care - protocol of a prospective cohort study. In: *BMC health services research* 9, S. 145. DOI: 10.1186/1472-6963-9-145.

Schäfer et al. (2010): Multimorbidity patterns in the elderly: a new approach of disease clustering identifies complex interrelations between chronic conditions. In: *PloS one* 5 (12), e15941. DOI: 10.1371/journal.pone.0015941.

Scheidt-Nave et al. (2010): Challenges to health research for aging populations using the example of "multimorbidity". In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (5), S. 441–450. DOI: 10.1007/s00103-010-1052-9.

Scherer et al. (2017): Multimorbidität. S3-Leitlinie. Online verfügbar unter https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047l_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf.

Schüler et al. (2011): Neue Tätigkeitsprofile für Arzthelferinnen und medizinische Fachangestellte (MFA) in der Versorgung älterer Menschen. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung, zuletzt geprüft am 18.08.2019.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2015): SIGN 50: a guideline developer's handbook. Online verfügbar unter http://www.sign.ac.uk, zuletzt geprüft am 19.08.2019.

Thanner et al. (2013): Möglichkeiten und Grenzen einer Zusammenarbeit mit Heilpraktikern aus ärztlicher Sicht. In: *Forschende Komplementarmedizin (2006)* 20 (1), S. 23–32. DOI: 10.1159/000346608.

Thürmann, Petra A. (2010): PRISCUS Liste und Polypharmazie: Stand der Forschung, zuletzt geprüft am 20.10.2019.

Tinetti et al. (2012): Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. In: *JAMA* 307 (23), S. 2493–2494. DOI: 10.1001/jama.2012.5265.

Uijen et al. (2008): Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. In: *The European journal of general practice* 14 Suppl 1, S. 28–32. DOI: 10.1080/13814780802436093.

van den Berg et al. (2010): Delegation of GP-home visits to qualified practice assistants: assessment of economic effects in an ambulatory healthcare centre. In: *BMC health services research* 10, S. 155. DOI: 10.1186/1472-6963-10-155.

van den Bussche et al. (2011): Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. In: *BMC public health* 11, S. 101. DOI: 10.1186/1471-2458-11-101.

van Kempen et al. (2012): Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 62 (601), e554-60. DOI: 10.3399/bjgp12X653606.

van Summeren et al. (2016): Eliciting Preferences of Multimorbid Elderly Adults in Family Practice Using an Outcome Prioritization Tool. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 64 (11), e143-e148. DOI: 10.1111/jgs.14415.

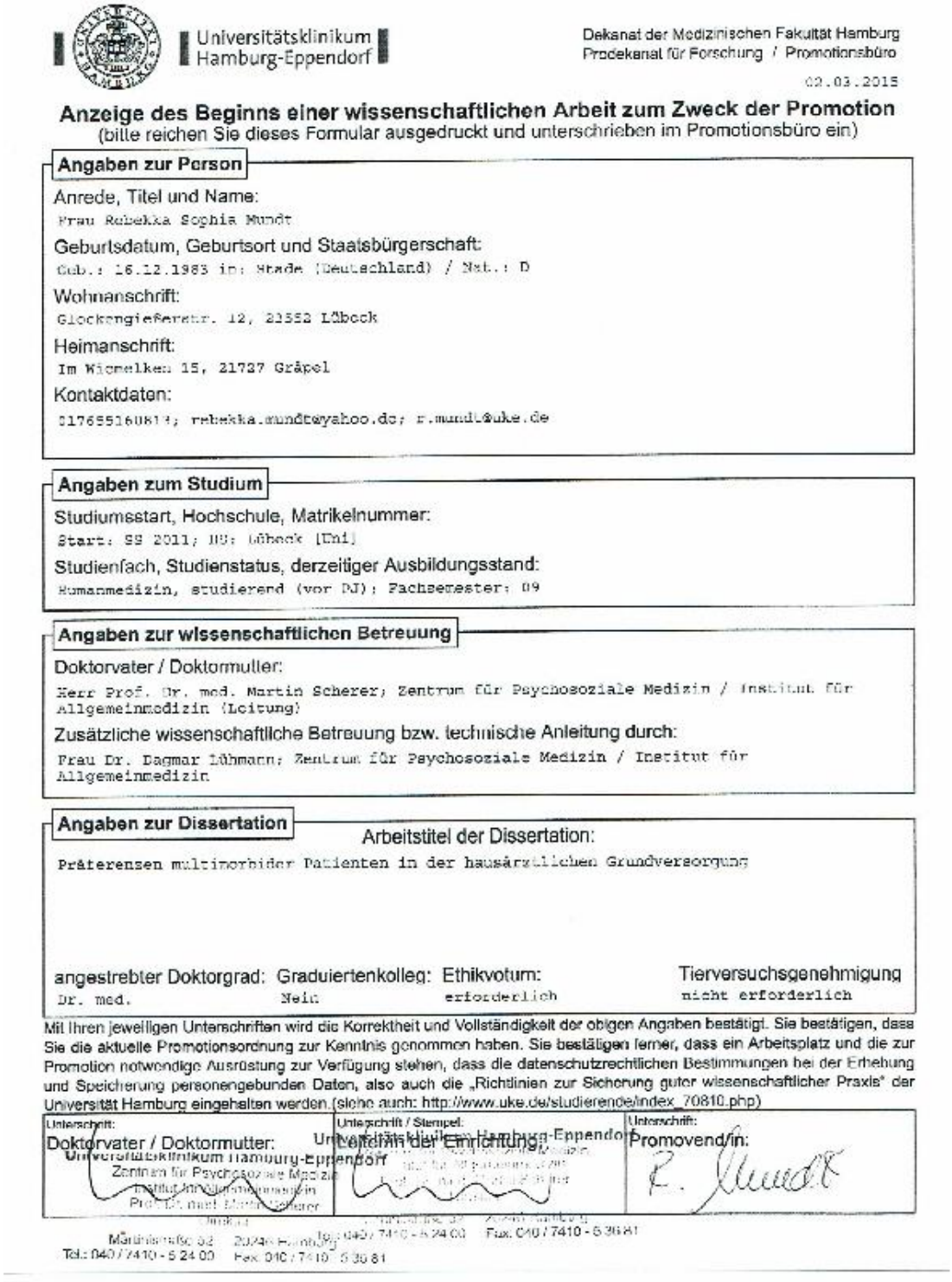
Vogel et al. (2012): The impact of perceived social support and sense of coherence on health-related quality of life in multimorbid primary care patients. In: *Chronic illness* 8 (4), S. 296–307. DOI: 10.1177/1742395312445935.

Voigt et al. (2011): Reasons for Encounter at Family Practitioners' Home Visits. First Results of the SESAM-3 Study. In: *ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 87, S. 65–71. DOI: 10.3238/zfa.2011.065.

# 10. Anhang

Anhang 1: Anzeige des Beginns einer wissenschaftlichen Arbeit zum Zweck der Promotion ..... xiv
Anhang 2: Ethikvotum ..... xv
Anhang 3: Suchstrategie Literaturrecherche ..... xvi
Anhang 4: Codesystem ..... xvii
Anhang 5: Übersicht qualitativer Studien der Literaturrecherche ..... xix
Anhang 6: Checkliste qualitativer Studien (Tabelle aus: Giacomini und Cook 2000) . xxx
Anhang 7: Übersicht quantitativer Studien der Literaturrecherche ..... xxxiv
Anhang 8**:** Checkliste quantitativer Studien (Tabelle aus: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2015) ..... xxxvii
Anhang 9: Interview-Leitfaden ..... xxxix
Anhang 10: Anschreiben Interview-TeilnehmerInnen ..... xliii
Anhang 11: Diagnoseliste mit ICD-10 Codes für Einschlusskriterien der MultiCare Studie (Anhang aus: Schäfer et al. 2009) ..... xlix

Anhang 1: Anzeige des Beginns einer wissenschaftlichen Arbeit zum Zweck der Promotion



Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Dekanat der Medizinischen Fakultät Hamburg
Prodekanat für Forschung / Promotionsbüro

02.03.2015

**Anzeige des Beginns einer wissenschaftlichen Arbeit zum Zweck der Promotion**
(bitte reichen Sie dieses Formular ausgedruckt und unterschrieben im Promotionsbüro ein)

**Angaben zur Person**

Anrede, Titel und Name:
Frau Rebekka Sophia Mundt

Geburtsdatum, Geburtsort und Staatsbürgerschaft:
Geb.: 16.12.1983 in: Stade (Deutschland) / Nat.: D

Wohnanschrift:
Glockengießerstr. 12, 23552 Lübeck

Heimanschrift:
Im Wiesenkamp 15, 21727 Gräpel

Kontaktdaten:
01765516081?; rebekka.mundt@yahoo.de; r.mundt@uke.de

**Angaben zum Studium**

Studiumsstart, Hochschule, Matrikelnummer:
Start: SS 2011; HS: Lübeck (Uni)

Studienfach, Studienstatus, derzeitiger Ausbildungsstand:
Humanmedizin, studierend (vor PJ); Fachsemester: 09

**Angaben zur wissenschaftlichen Betreuung**

Doktorvater / Doktormutter:
Herr Prof. Dr. med. Martin Scherer; Zentrum für Psychosoziale Medizin / Institut für Allgemeinmedizin (Leitung)

Zusätzliche wissenschaftliche Betreuung bzw. technische Anleitung durch:
Frau Dr. Dagmar Lühmann; Zentrum für Psychosoziale Medizin / Institut für Allgemeinmedizin

**Angaben zur Dissertation**

Arbeitstitel der Dissertation:
Präferenzen multimorbider Patienten in der hausärztlichen Grundversorgung

| angestrebter Doktorgrad: | Graduiertenkolleg: | Ethikvotum: | Tierversuchsgenehmigung |
|---|---|---|---|
| Dr. med. | Nein | erforderlich | nicht erforderlich |

Mit Ihren jeweiligen Unterschriften wird die Korrektheit und Vollständigkeit der obigen Angaben bestätigt. Sie bestätigen, dass Sie die aktuelle Promotionsordnung zur Kenntnis genommen haben. Sie bestätigen ferner, dass ein Arbeitsplatz und die zur Promotion notwendige Ausrüstung zur Verfügung stehen, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen bei der Erhebung und Speicherung personengebunden Daten, also auch die „Richtlinien zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis" der Universität Hamburg eingehalten werden (siehe auch: http://www.uke.de/studierende/index_70810.php)

| Unterschrift: | Unterschrift / Stempel: | Unterschrift: |
|---|---|---|
| Doktorvater / Doktormutter: | Unterschrift der Einrichtung: | Promovend/in: |

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Martin Scherer

Martinistraße 52 20246 Hamburg
Tel.: 040 / 7410 - 5 24 00 Fax: 040 / 7410 - 5 38 81

## Anhang 2: Ethikvotum

ETHIK-KOMMISSION DER
ÄRZTEKAMMER
HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztekammer Hamburg · Postfach 76 01 09 · 22051 Hamburg

Herrn
Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

03.02.2015

**Bearb.-Nr.:** **2881 (Bitte stets angeben!)**
Studie: „Multimorbiditätsmuster in der hausärztlichen Versorgung – eine prospektive Beobachtungsstudie" (MultiCare Projekt 1)
**Amendment vom 05.01.2015**

Sehr geehrter Herr Professor van dem Bussche,

den Eingang Ihres Schreibens vom 05.01.2015 (Eingang am 30.01.2015) mit den darin erwähnten Anlagen bestätigen wir hiermit.

Die Ethik-Kommission hat die eingereichten Unterlagen geprüft und erhebt keine Einwände gegen eine Fortführung der Studie. Das bereits erteilte positive Beratungsergebnis behält seine Gültigkeit.

**Hinweis:** Im Informationsblatt auf Seite 1 muss richtig heißen, dass es sich um eine *pseudonymisierte* Datenerhebung handelt (vgl. Erläuterungen in der Einverständniserklärung).

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag der Kommission

Maike Habeck-Heyer, Dipl.-Dok.
Geschäftsführung

Uta Kucharzeck
Projektmanagement

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank
IBAN: DE71 3006 0601 0001 3461 13. BIC: DAAEDEDDXXX

Weidestraße 122 b · 22083 Hamburg
Telefon 040/20 22 99-240 · Fax 040/20 22 99-410
ethik@aekhh.de · www.aerztekammer-hamburg.de

Anhang 3: Suchstrategie Literaturrecherche

((((((("qualitative study") OR "Qualitative Research"[Mesh]) OR "mixed method*") OR survey) OR interview) OR "Focus Groups"[Mesh])) AND ((("Comorbidity"[Mesh]) OR multimorbid*) OR "Frail Elderly"[Mesh])) AND ((((((("Patient Preference"[Mesh]) OR "patient* perspective") OR "patient* perception") OR "patient* view") OR "patient* satisfaction") OR "patient* centered") OR expectation*)

Anhang 4: Codesystem

**Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin [0]**

- *Gründe für Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin [0]*
  - Disease-Management-Programm [5]
  - Rezept [2]
  - Akute Symptome [4]
  - Routine [19]
- *Erwartungen an einen* Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin *[0]*
  - Individualität eines/einer Patienten/Patientin [12]
  - Fachliche Kompetenz [2]
  - Empathie [8]
  - Ernst genommen werden [7]
  - Behandlung akuter Symptome [1]
  - Kritikfähigkeit [1]
  - Diagnostik [28]
  - Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen [0]
    - Offenheit gegenüber anderen Berufsgruppen [2]
    - Überweisung an einen anderen SpezialistInnen [12]
    - Nicht-ärztliche Behandlungen [11]
  - Verschreibungen [3]
- *Ablauf eines* Besuches bei dem/der Hausarzt/Hausärztin *[0]*
  - Erreichbarkeit des/der Hausarztes/Hausärztin [22]
  - Praxisablauf [23]
  - Wartezeit [16]
  - Dauer der Konsultation des/der Arztes/Ärztin [12]
  - Autorität des/der Arztes/Ärztin [10]
  - Eigene Ideen mit dem/der Arzt/Ärztin besprechen [18]
  - Ablehnen von Behandlungsvorschlägen [15]
  - Hausbesuch [9]
- *Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung [0]*

- Dauer der Beziehung [2]
- Vertrauen [2]
- Verständnis [1]
- Information [3]
- Kommunikation [1]

*Ziele der Behandlung [0]*

- Verbesserung von Symptomen [8]
- Anlässe [1]
- Medikation [29]
- Autonomie und Teilhabe [24]
- Status Quo [6]

*Eigeninitiative der PatientInnen [0]*

- Beschäftigung [4]
- Bewegung [6]
- Therapien [3]

**Sonstiges [0]**

- Altersgerechte Gestaltung der Stadt [4]
- Altersdiskriminierung [2]

Anhang 5: Übersicht qualitativer Studien der Literaturrecherche

| Titel: Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. |
| --- |
| Autoren / Jahr:<br>Noel et al. 2005<br>Land:<br>Vereinigte Staaten von Amerika<br>Einschlusskriterien:<br>- ≥ 2 chronische Erkrankungen<br>- Veteranen<br>Ausschlusskriterien:<br>- schwere kognitive Beeinträchtigung<br>- unkontrollierte psychische Erkrankung<br>Anzahl TeilnehmerInnen:<br>N = 60<br>männlich, n = 48<br>weiblich, n = 12<br>Methode:<br>Fokusgruppen - Semistrukturierte Interviews<br>Analyse:<br>Inhaltsanalyse<br>Ergebnisse:<br>1) PatientInnen-identifizierte Probleme<br>- Physische Symptome mit Effekt auf körperliche Funktionalität; Psychologische Reaktionen; Einfluss auf Beziehungen, Arbeitsverhältnis und Freizeitaktivitäten; Polymedikation; Interaktionen mit Gesundheitssystem<br>2) Kommunikation<br>- Die Mehrheit ist gleicher Auffassung mit Hausarzt/Hausärztin hinsichtlich der Wichtigkeit einer Erkrankung oder eines Problems.<br>- Uneinigkeiten bei Themen wie Medikation; Diät-Empfehlungen; Notwendigkeit von operativen Eingriffen; Diagnosen und post-operativen Anweisungen.<br>3) Selbstmanagement-Fähigkeiten<br>- Der Mehrheit waren Selbstmanagement-Strategien bekannt. |

| |
|---|
| - Barrieren: Angst, Schmerz, Zeitmangel, unrealistische oder nicht in den Alltag zu integrierenden Empfehlungen des/der Arztes/Ärztin, mangelndes Wissen der technischen Umsetzung.<br>- Interesse am Erlernen folgender Fähigkeiten: Medikamentenmanagement; Stressbewältigung; Bewegungsübungen; Schmerzmanagement; Verbesserung der Liebesbeziehung, der Diät, Ernährung, der Erkennung wichtiger Symptome, des Schlafes und Vereinbarkeit ihrer Verantwortlichkeiten Zuhause und auf der Arbeit.<br>4) Präferenzen für Monitoring und Follow-up<br>- Nutzung folgender Modalitäten zur Kontaktaufnahme: Akutversorgung/Ambulanz; Gruppenbesuche; automatisiertes Telefonsystem; Telefon; E-Mail; Fax. Die Mehrheit nutzte das Telefon.<br>- Bereitschaft für alternative Strategien (z.B. E-Mail; interaktive, webbasierte Programme) war vorhanden, solange diese nicht den menschlichen Kontakt ausschließen.<br>- Die Bereitschaft, Nicht-Ärzte/Ärztinnen zu konsultieren, ist vorhanden, jedoch nur verstärkend, nicht als Ersatz für den/die Arzt/Ärztin.<br>5) Übergreifende Themen<br>- Einfluss der Medikation auf das alltägliche Leben (Abhängigkeit von Medikation; Schwierigkeiten des Medikamentenplanes; Veränderungen des Lebensstils; Medikamenten-Nebenwirkungen; Mühe, Rezepte zu erhalten oder zu ändern; fehlende Information bezüglich Medikation; oft Konfliktfokus mit Hausarzt und anderen Gesundheitsanbietern).<br>- Interaktion mit Gesundheitswesen: Verzögerter Zugang zu Spezialkliniken und Nicht-Akutversorgung; Schwierigkeiten in Kommunikation mit Gesundheitsanbietern; Überwiegende Zufriedenheit mit Gesundheitssystem.<br>- Die Mehrheit möchte „aktive/r Partner/Partnerin“ an eigener Pflege sein. |
| Titel: Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making. |
| Autoren / Jahr:<br>Fried et al. 2008<br>Land:<br>Vereinigte Staaten von Amerika<br>Einschlusskriterien:<br>- ≥ 65 Jahre alt |

- ≥ 5 Medikamente
- 16 Eignungskriterien

Ausschlusskriterien:

- keine Englischkenntnisse
- gravierende Schwerhörigkeit
- kognitive Einschränkungen

Anzahl TeilnehmerInnen:

N = 66

männlich, n = 44

weiblich, n = 22

Methode:

Fokusgruppen

Analyse:

Komparative Analyse

Ergebnisse:

1) Wahrnehmung der Wechselwirkungen

- Sorge, dass Wechselwirkungen gleiche, eventuell größere Wichtigkeit bekämen als positive Wirkungen.
- Annahme, dass Konsequenz eines Medikamentes durch ein anderes verbessert werden könne.
- ProbandInnen sahen Effekte teilweise so negativ, dass sie die Medikation eher absetzen würden.

2) Verständnis für Wahrscheinlichkeit einer Wirkung

- Geringes Verständnis für Risikoreduktion durch Medikation.
- Verständnis der Medikation als Prävention des unmittelbaren Todes.
- Geringes Verständnis für Tatsache, dass einige Wirkungen nicht mit Sicherheit auftreten.

3) Krankheitsspezifische vs. globale Wirkungen

- Initial wurden krankheitsspezifische Ziele als Therapieziel angegeben, später äußerten die TeilnehmerInnen ebenfalls globalere Themen (z.B. Lebensqualität abhängig von Symptomen und Funktionalität; Überleben).
- Einige ProbandInnen waren mehr besorgt über die aktuelle Funktionalität, als über ihre gesundheitliche Zukunft.

- Ein Medikament, das das Leben verlängern könnte, mit gleichzeitig nachteiligem Effekt auf physische oder kognitive Funktionalität, priorisierten einige PatientInnen den Erhalt ihrer Funktion.
- Erwünschte Wirkungen: Lebensverlängerung; Physische Funktionalität; Soziale Funktionalität; Verhütung einer Erkrankung oder Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung; Verbesserung von Symptomen: Schmerz, Kurzatmigkeit, Depression
- Unerwünschte Wirkungen: Lebensverlängerung ohne Qualität; Schmerz; Übelkeit/Magenverstimmung; Benommenheit; Schwindel; Mentale Verlangsamung/Verworrenheit

Titel: Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities.

Autoren / Jahr:
Bayliss et al. 2008
Land:
Vereinigte Staaten von Amerika
Einschlusskriterien:
- > 65 Jahre
- mindestens Diabetes, Depression und Osteoarthritis als Erkrankungen
- Mitglieder der Health Maintenance Organization (HMO)
Ausschlusskriterien:
Keine Angaben
Anzahl TeilnehmerInnen:
N = 26
männlich, n = 13
weiblich, n = 13
Methode:
Einzelinterviews - Semistrukturierte Interviews
Analyse:
Konstante vergleichende Analyse
Ergebnisse:
1) Angemessener Zugang
- Annahme des erhöhten Zugangs durch Email-Kontakt.

| |
|---|
| - Wunsch nach Telefonnummer, mit direkter Verbindung zu medizinischem Personal, das sie und ihre Probleme kennt.<br>- Wunsch nach unverzüglichen Terminen, wenn nötig (Patienten können ihre Symptome und den Zeitpunkt, wann sie ihre Selbst-Management Fähigkeiten überschreiten, gut einschätzen).<br>2) Kontinuität<br>- Beinhaltet gegenseitiges „Kennen“ (Hausarzt/Hausärztin wie auch SpezialistInnen, Krankenschwestern und andere).<br>- Wertschätzung von Erinnerungen an Follow-up.<br>- Kontinuität über Komfort (z.B. unkomfortablerer Standort, längere Wartezeit für Termin).<br>3) Klare Kommunikation<br>- Die Mehrheit war gewillt, die meisten Empfehlungen anzunehmen.<br>- Bedarf an ergänzender Kommunikation (meist schriftlich) besteht.<br>4) Individuelle und koordinierte Betreuung<br>- Direkte Ansprechperson für Terminvereinbarung und bei Rückfragen erwünscht.<br>- Ansprechpartner, der gleichzeitig Kontakt zu Hausarzt/Hausärztin, sowie SpezialistInnen herstellt und dem PatientInnen einen Überblick über die multiplen, sich verändernden Prioritäten verschafft wird gewünscht.<br>5) „Gehört werden“<br>- Wunsch nach „gehört werden“ und Verständnis.<br>- PatientInnen kennen sich und ihre Symptome sehr gut und könnten Ärzten/Ärztinnen mit Diagnose und Therapieplan behilflich sein.<br>- Gutes Zuhören und fürsorgliche Haltung als Grund für Wahl beziehungsweise Nicht-Wahl eines/einer Arztes/Ärztin. |
| Titel: „They do what they think ist he best form e.“ Frail elderly patients‘ preferences for participation in their care during hospitalization. |
| Autoren / Jahr:<br>Ekdahl et al. 2010<br>Land:<br>Schweden<br>Einschlusskriterien:<br>- > 75 Jahre |

- ≥ 3 Krankenhaus-Aufenthalte in den letzten 12 Monaten
- ≥ 3 ICD-10-Diagnosen

Ausschlusskriterien:

- Sprachschwierigkeiten
- ungenügende Schwedischkenntnisse
- ausgeprägte Demenz

Anzahl TeilnehmerInnen:

N = 15

männlich, n = 5

weiblich, n = 10

Methode:

Einzelinterviews - Semistrukturierte Interviews

Analyse:

Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundman

Ergebnisse:

1) Partizipation - Information und Kommunikation

- Information und gute Kommunikation wurden als PatientInnenpartizipation in medizinischen Entscheidungen verstanden.
- Partizipation wurde als das Stellen von Fragen und/oder Erhalten von Informationen definiert.
- Die Mehrheit wünscht keine aktive Teilnahme an medizinischen Entscheidungen.
- Wunsch nach Information über Erkrankung, geplante Untersuchungen, dessen Resultate und diagnostische Ratschläge des/der Arztes/Ärztin.
- Erwartung von den PatientInnen an das Personal, sich Zeit zu nehmen und ihnen zu erklären, „was mit ihnen passiert“.
- Wunsch nach Möglichkeit „gehört zu werden“ und ihre Gedanken sowie Gefühle über ihre Symptome und Erkrankung äußern zu können.

2) Kommunikationsbarrieren

- Grad der Erkrankung; Alter; Anzahl der involvierten Ärzte/Ärztinnen; Stress; Schnelligkeit; Sprachliche Probleme.

3) Grad der Partizipation

- Zufriedenheit mit Information und Partizipation.
- Bedarf an mehr Information und Partizipation.

| |
|---|
| - Kein Gefühl von Partizipation - ist aber auch nicht gewollt.<br>4) Machtinstitution Krankenhaus<br>- Krankenhaus bezogen auf seine Kompetenz, Hierarchie und Ärzte/Ärztinnen, denen die ProbandInnen einen höheren Rang zusprachen als sich.<br>- Wahrnehmung des Krankenhauses als eine Institution, der man nicht widersprechen könne. |
| Titel: Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. |
| Autoren / Jahr:<br>Robben et al. 2012<br>Land:<br>Niederlande<br>Einschlusskriterien:<br>- ≥ 65 Jahre alt<br>- ≥ 1 folgender Probleme:<br>- kognitive Beeinträchtigung<br>- Handicap<br>- psychosoziale Probleme<br>- Multimorbidität<br>- Polypharmazie<br>- soziale Isolation<br>Ausschlusskriterien:<br>- keine Niederländischkenntnisse<br>- Sprachstörungen<br>- gravierende Schwerhörigkeit<br>- Lebenserwartung < 6 Monate<br>- kognitive Beeinträchtigung<br>Anzahl TeilnehmerInnen:<br>N = 11<br>männlich, n = 2<br>weiblich, n = 9<br>Methode:<br>1:2 Interviews – Semistrukturierte Interviews |

Analyse:
Grounded Theory
Ergebnisse:
1) Informationsinhalt
- Einige TeilnehmerInnen bevorzugten limitierte Anzahl an generellen Informationen.
- Ausführliche Information wird als zu schwierig empfunden. Eigenständige Suche nach Information wird bevorzugt.
- Einige TeilnehmerInnen wünschen ausführliche und detaillierte Information.
- Wunsch nach Erhalt von Information über medizinische Kondition, Prognose und über Probleme, die im Laufe der Erkrankung auftreten können.
- Bedarf an praktischen Leitlinien.
- Bedarf an Information hinsichtlich der Planung der Gesundheitsversorgung und des Sozialdienstes.
- Erhalt von ausreichender Information war entweder ungenügend oder die Information war zu kompletter Zufriedenheit.
- Widersprüchliche Informationen oder Konfrontation mit unterschiedlichen Ansichten unter Fachkräften wurden als verwirrend empfunden.
2) Präferenzen zum Informationserhalt
- Visualisierte Informationen (Skizze, Modell) werden geschätzt.
- Verbale Wiederholung der Information durch PatientInnen, zur Verständnisüberprüfung wird positiv empfunden.
- Schriftliche Notiz des/der Arztes/Ärztin für PatientInnen mit besprochenen Themen (klar, verständlich, knappe Information, auf den Punkt gebracht) wird positiv bewertet.
3) Strategien, die erhaltene Information zu verbessern
- Unterstützung während des Besuches des/der Arztes/Ärztin (z.B. Mitnahme von Kindern zu Besuch von Arzt/Ärztin).
- Vorbereitung auf den Besuch bei dem/der Arzt/Ärztin (Fragenliste, Notiz von wichtigen Symptomen).
- Eigenständige Suche nach Informationen (Vorbereitung und/oder Nachbereitung; Quellen: Zeitschriften, Informationsmerkblätter, Bücher, Fernsehprogramme, Internet, Patientenorganisationen).
4) Präferenzen für den Kontext, des Informationserhalts

| |
|---|
| - Wichtigkeit von guter Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung.<br>- Wichtigkeit von „Zuhören“, PatientInnen ernst zu nehmen, Respekt, Freundlichkeit und ernsthaftem Interesse.<br>- Wertschätzung, wenn Ärzte/Ärztinnen sich Zeit nehmen (10 Minuten meist nicht ausreichend für ältere Personen, aufgrund von Hörproblemen, physischen- und kognitiven Einschränkungen).<br>- Kontinuität (immer gleicher/gleiche Arzt/Ärztin, der medizinische Geschichte, sowie sozialen Hintergrund kennt; Notwendigkeit für Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung). |
| Titel: Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers. |
| Autoren / Jahr:<br>van Kempen, Janneke AL et al. 2012<br>Land:<br>Niederlande<br>Einschlusskriterien:<br>- ≥ 65 Jahre alt<br>- ≥ 1 folgender Probleme:<br>- kognitive Beeinträchtigung<br>- Handicap<br>- psychosoziale Probleme<br>- Multimorbidität<br>- Polypharmazie<br>- soziale Isolation<br>Ausschlusskriterien:<br>- keine Niederländischkenntnisse<br>- Sprachstörungen<br>- gravierende Schwerhörigkeit<br>- Lebenserwartung < 6 Monate<br>- kognitive Beeinträchtigung<br>Anzahl TeilnehmerInnen:<br>N = 11<br>männlich, n = 2 |

| |
|---|
| weiblich, n = 9<br>Methode:<br>1:2 Interviews – Semistrukturierte Interviews<br>Analyse:<br>Grounded Theory<br>Ergebnisse:<br>1) Bedarf an Hausbesuchen (Mehrheit der PatientInnen äußerte diesen Bedarf)<br>- Frühere Versorgung war, aufgrund der Zeitrestriktionen und unpersönlicher Haltung der Fachkräfte heutzutage, besser als die momentane.<br>- Die Teilnehmer erhoffen sich Aufmerksamkeit.<br>- Wunsch nach Möglichkeit, Probleme anzusprechen, für die sie normalerweise nicht den/die Hausarzt/Hausärztin aufsuchen würden.<br>- Hausbesuche würden Vertrauen und PatientInnenzufriedenheit erhöhen (Vertrauen wurde als wichtigsten beitragenden Faktor für eine gute Arzt/Ärztin-Fachkraft-Beziehung angegeben).<br>- Einige PatientInnen: Zufriedenheit mit momentaner Versorgung. Vorschlag, Hausbesuche für PatientInnen mit großen Problemen oder „gebrechlich ältere PatientInnen“ anzubieten.<br>2) Präferenzen für Hausbesuche<br>- Der Einbezug des psychosozialen Kontextes würde eine bessere und PatientInnen-zentriertere Versorgung gewährleisten.<br>- Die Kontinuität der Fachkräfte ist wichtig, um Vertrauen aufzubauen.<br>- Vertrauen ist die Basis für die PatientInnen-Fachkraft-Beziehung. Weitere Faktoren: Respekt gegenüber des PatientInnen, „Zuhören“. Vorschlag von Hausbesuchen durch Krankenschwestern (wichtig: Kontinuität). |
| Titel: Patients’ perceived barriers to active self-management of chronic conditions. |
| Autoren / Jahr:<br>Jerant et al. 2005<br>Land:<br>Vereinigte Staaten von Amerika<br>Einschlusskriterien:<br>- 50 Meilen Radius um Großraum Sacramento |

- > 1 Diagnose einer chronischen Erkrankung der Studie (Arthritis, Asthma, COPD, CHF, Depression, Diabetes mellitus)
- > 40 Jahre alt
- Schreiben: mindestens Stufe 7
- Englischkenntnisse
- in Privathaushalt lebend
- Interesse, über Selbstmanagement bei einer chronischen Erkrankung zu diskutieren

Ausschlusskriterien:
Keine Angaben
Anzahl TeilnehmerInnen:
N = 54
männlich, n = 17
weiblich, n = 37
Methode:
Fokusgruppen
Analyse:
Grounded Theory
Ergebnisse:
1) Barrieren zum aktiven Selbst-Management: Depression; Probleme der Gewichtskontrolle; Schwierigkeit, regelmäßig Sport zu treiben; Müdigkeit; Schlechte Kommunikation mit Ärzten/Ärztinnen (Grund für fehlendes Verständnis der PatientInnen hinsichtlich der Krankheitsursache, -auswirkungen und wie man sie am besten behandelt; Kein „Zuhören“; Keine Vorschläge alternativer Therapieoptionen; Verspätung im Erhalt von Test-Ergebnissen; Schwierigkeit, Termine zu vereinbaren); Fehlende Unterstützung von Familie; Schmerzen; Finanzielle Probleme.
2) Barrieren, auf Selbst-Management Services und Ressourcen zurückzugreifen: Fehlendes Bewusstsein; Physische Symptome (eingeschränkte Mobilität, Müdigkeit, Schmerz); Transport-Probleme; Kosten/Krankenversicherung (Kosten für Fitness-Studio zu hoch; Kosten für einige Probleme werden nicht durch die Krankenversicherung abgedeckt).
3) Interesse an Selbst-Management Services für Zuhause: Die Mehrheit äußerte Interesse.

## Anhang 6: Checkliste qualitativer Studien (Tabelle aus: Giacomini und Cook 2000)

| | Erläuterung | Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions (Jerant et al. 2005) | Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity (Noël et al. 2005) | Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities (Bayliss et al. 2008) | Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making (Fried et al. 2008) | ''They do what they think is the best for me.'' Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization (Ekdahl et al. 2010) | Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study (Robben et al. 2012) | Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers (van Kempen et al. 2012) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Methoden | Ist angegeben, wie die Studienteilnehmer ausgewählt wurden? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Teilweise |
| | Entspricht das Studiendesign der Studienfragestellung? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ist die Methode der Datenerhebung beschrieben? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Methode der Datenerhebung | Fokusgruppen | Fokusgruppen - Semistrukturierte Interviews | Einzelinterviews-Semistrukturierte Interviews | Fokusgruppen | Einzelinterviews-Semistrukturierte Interviews | 1:2 Interviews – Semistrukturierte Interviews | 1:2 Interviews – Semistrukturierte Interviews |

| | Erläuterung | Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions (Jerant et al. 2005) | Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity (Noël et al. 2005) | Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities (Bayliss et al. 2008) | Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making (Fried et al. 2008) | ''They do what they think is the best for me.'' Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization (Ekdahl et al. 2010) | Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study (Robben et al. 2012) | Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers (van Kempen et al. 2012) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Methoden | Wurde sichergestellt, dass die Datenerhebung umfassend ist? | ✓ | Keine Angabe | Keine Angabe | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ist die Methode der Auswertung beschrieben? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Liegt ein Ethikvotum vor? | X | X | X | X | ✓ | ✓ | ✓ |
| Teilnehmer | Wurden zur Fragestellung adäquate Patienten ausgewählt? | ✓ | Teilweise | ✓ | ✓ | ✓ | Teilweise | Teilweise |
| | Wurde die Auswahl der Patienten plausibel begründet? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

| | Erläuterung | Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions (Jerant et al. 2005) | Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity (Noël et al. 2005) | Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities (Bayliss et al. 2008) | Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making (Fried et al. 2008) | ''They do what they think is the best for me.'' Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization (Ekdahl et al. 2010) | Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study (Robben et al. 2012) | Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers (van Kempen et al. 2012) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Datenerhebung | War die Methode der Datenerhebung angemessen? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Ist die Methodik der Datenerhebung klar erkennbar und nahvollziehbar beschrieben? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Anzahl der Interviews | 54 | 60 | 26 | 66 | 15 | 11 | 11 |
| | Studienlaufzeit | 10 – 12/2003 | Keine Angabe | Keine Angabe | Keine Angabe | Keine Angabe | 03 – 12/2009 | 02/2009 – 01/2010 |
| | Wie viele Untersucher waren an der Datenerhebung beteiligt? | 1 | 2 | Keine Angabe | 1 | 2 | 2 | 2 |

| | Erläuterung | Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions (Jerant et al. 2005) | Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity (Noël et al. 2005) | Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities (Bayliss et al. 2008) | Views of Older Persons with Multiple Morbidities on Competing Outcomes and Clinical Decision-Making (Fried et al. 2008) | ''They do what they think is the best for me.'' Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization (Ekdahl et al. 2010) | Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study (Robben et al. 2012) | Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal caregivers (van Kempen et al. 2012) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Analyse | Ist die Methodik der Datenanalyse klar erkennbar und nachvollziehbar beschrieben? | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| | Methode der Datenanalyse | Grounded Theory | Inhaltsanalyse | Konstante vergleichende Analyse | Komparative Analyse | Inhaltsanalyse nach Graneheim und Lundmann | Grounded Theory | Grounded Theory |
| | Wie viele Untersucher waren an der Analyse beteiligt? | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 |

✓ = Ja; X = Nein

Anhang 7: Übersicht quantitativer Studien der Literaturrecherche

| Titel: The Challenges of Multimorbidity from the Patient Perspective. |
|---|
| Autoren / Jahr:<br>Noel et al. 2007<br>Land:<br>Vereinigte Staaten von Amerika<br>Einschlusskriterien:<br>- Versorgung durch „Veterans Affairs Medical Center“<br>- ≥ 1 Mal Aufsuchen der Primärversorgung in den letzten 13 Monaten<br>- multimorbide PatientInnen: ≥ 3 Erkrankungen eines Clusters<br>- monomorbide PatientInnen: 1 Erkrankung aus Gruppe von 45 chronischen Erkrankungen<br>Ausschlusskriterien:<br>- multimorbide PatientInnen: zusätzliche Erkrankung aus an-deren beiden Clustern<br>- primäre und sekundäre Aufnahmediagnosen – stationär und ambulant – in vergangenen 3 Jahren<br>Anzahl TeilnehmerInnen:<br>N = 422<br>Multimorbid, N = 227<br>männlich, n = 204<br>weiblich, n = 23<br>Monomorbid, N = 195<br>männlich, n = 142<br>weiblich, n = 53<br>Methode:<br>Querschnittsstudie<br>Analyse:<br>lineare Diskriminanzanalyse<br>Ergebnisse:<br>1) Im Durchschnitt waren mehr multimorbide als monomorbide PatientInnen gewillt, Selbst-Management Fähigkeiten und zudem alle 22 angebotenen Selbst-Management Strategien zu erlernen (Zwei Strategien waren nicht signifikant: Verantwortungen Zuhause, Reduzierung der Alkoholaufnahme).<br>2) Die Rangfolge der von multimorbiden PatientInnen zu erlernen gewollten Fähigkeiten: korrekte Medikamenteneinnahme, Überwachung wichtiger Symptome, |

| |
|---|
| Schlafverbesserung, Schmerzbewältigung, Stressreduktion. Im Vergleich zu monomorbiden PatientInnen: Stressreduktion, korrekte Medikamenteneinnahme, Bewältigung medizinischer Notfälle, Schlafverbesserung, Identifikation oder Nutzung von Krankenhausressourcen.<br>3) Ein höherer Prozentsatz an multimorbiden PatientInnen war gewillt, 6 der 11 vorgeschlagenen nicht-ärztliche TherapeutInnen aufzusuchen (ärztliche Assistenz; Psychologe/Psychologin; Sozialarbeiter; ErnährungsberaterIn; PharmazeutIn; jede Gesundheits-Fachkraft, die eng mit dem/der Arzt/Ärztin zusammenarbeitet).<br>4) Mehrere multimorbide PatientInnen suchten in letzten 6 Monaten 6 von 10 nicht-ärztlichen TherapeutInnen auf (Krankenschwester; ärztliche Assistenz; Psychologe/Psychologin; SozialarbeiterIn; ErnährungsberaterIn; PharmazeutIn)<br>5) Es bestand eine positive Assoziation des totalen Bedarfs am Erlernen von Selbst-Management-Fähigkeiten zu dem Willen, nicht-ärztliche TherapeutInnen aufzusuchen.<br>6) Es bestand ein starker Zusammenhang zwischen Willen, Selbst-Management Fähigkeiten zu erlernen und der Erfahrungen von 3 aus 4 Komponenten der ärztlichen Grundversorgung (Koordination der Versorgung; Präferenzen für gewöhnlichen Anbieter; kumuliertes Wissen des Providers. Die Komponente Kommunikation stand nicht im Zusammenhang). |
| Titel: The Relationship Between Multimorbidity and Patients' Ratings of Communication. |
| Autoren / Jahr:<br>Fung et al. 2008<br>Land:<br>Vereinigte Staaten von Amerika<br>Einschlusskriterien:<br>Haushalte aus Community Quality Index<br>Ausschlusskriterien:<br>Keine Angaben<br>Anzahl TeilnehmerInnen:<br>N = 15.709<br>männlich, n = 7.505<br>weiblich, n = 8.204<br>Methode:<br>Querschnittsstudie<br>Analyse: |

| |
|---|
| SAS (Version 9)<br>Ergebnisse:<br>Eine höhere Anzahl an Erkrankungen und Erkrankungsgruppen ist mit schlechterer Bewertung der Kommunikation assoziiert. |
| Titel: Multimorbidity and unmet citizens' needs and expectations urge for reforms in the health system of Cyprus: a questionnaire survey. |
| Autoren / Jahr:<br>Kiliari et al. 2014<br>Land:<br>Griechenland<br>Einschlusskriterien:<br>- 18-88 Jahre alt<br>- in eigenständiger Wohneinheit lebend<br>Ausschlusskriterien:<br>BewohnerInnen aus Institutionen und Gruppenunterkünften<br>Anzahl TeilnehmerInnen:<br>N = 465<br>männlich, n = 201<br>weiblich, n = 264<br>Methode:<br>Classic cluster sample design<br>Analyse:<br>SPSS<br>Ergebnisse:<br>1) Es besteht eine starke positive Korrelation zwischen vielen Erkrankungen zugunsten des Falles „Multimorbidität".<br>2) Die Anzahl der Probleme steigt mit dem Alter an.<br>3) Die Mehrheit der multimorbiden Patienten ist < 65 Jahre alt.<br>4) Unzufriedenheit hinsichtlich der zugeteilten Zeit des/der Arztes/Ärztin, um die spezifischen Gesundheitsprobleme und den generellen Gesundheitsstatus des/der Patienten/Patientin zu besprechen wurde geäußert.<br>5) Die Mehrheit der ProbandInnen gab an, die Ärzte/Ärztinnen würden sich nur wenig dem generellen Gesundheitsstatus widmen, sondern vielmehr dem speziellen Grund des Besuches. |

## Anhang 8**:** Checkliste quantitativer Studien (Tabelle aus: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2015)

| Nummer | Erläuterung | Bewertung | The Challenges of Multimorbidity from the Patient Perspective (Noël et al. 2007) | The Relationship Between Multimorbidity and Patients' Ratings of Communication (Fung et al. 2008) | Multimorbidity and unmet citizens' needs and expectations urge for reforms in the health system of Cyprus: a questionnaire survey (Kiliari et al. 2014) |
|---|---|---|---|---|---|
| **A** | Wurden die Teilnehmer durch Zufallsauswahl oder konsekutiven Einschluss bzw. Kontaktierung aller Personen der Zielgruppe rekrutiert? | Ja, teilweise, nein, unklar oder nicht anwendbar | ✓<br>23.068<br>-Ausschluss primärer und sekundärer Aufnahmediagnosen - stationär und ambulant in vergangenen 3 Jahren<br>-Einteilung der PatientInnen in 3 multimorbide und 3 monomorbide Cluster<br>-nichtproportionales Sampling für randomisierte Auswahl von 120 PatientInnen aus jedem Cluster<br>->720 | ✓ | ✓<br>Geburtstagsmethode bei eigenständigen Wohneinheiten |
| **B** | Responder / Non-Responder (Gegenüberstellung) | Ja, teilweise, nein, unklar oder nicht anwendbar | siehe F | siehe F | siehe F |

| Nummer | Erläuterung | Bewertung | The Challenges of Multimorbidity from the Patient Perspective (Noël et al. 2007) | The Relationship Between Multimorbidity and Patients' Ratings of Communication (Fung et al. 2008) | Multimorbidity and unmet citizens' needs and expectations urge for reforms in the health system of Cyprus: a questionnaire survey (Kiliari et al. 2014) |
|---|---|---|---|---|---|
| **C** | Sind die zentralen Untersuchungsvariablen (Präferenzen) eindeutig definiert? | Ja, teilweise, nein, unklar oder nicht anwendbar | ✓ | ✓ | ✓ |
| **D** | Sind die Befragungsinstrumente validiert? | Ja, teilweise, nein, unklar oder nicht anwendbar | ✓ | ✓ | X |
| **E** | Wurden Störvariablen erfasst? | Ja, teilweise, nein, unklar oder nicht anwendbar | ✓ | ✓ | ✓ |
| **F** | Attrition-Bias: Wurde der Umgang mit fehlenden Fragebögen dokumentiert? | Ja, teilweise, nein, unklar oder nicht anwendbar | Teilweise<br><br>720 -> 422 (60% Antwortrate)<br>-> 20 (2,7%) Umzug oder Tod<br><br>-fehlende Antworten wurden als „nein" gewertet | Teilweise<br><br>22.012 -> 15.709 (71,4% Antwortrate) | X<br>465 Interviews<br><br>insgesamt: 61,26% Antwortrate |

✓ = Ja; X = Nein

Anhang 9: Interview-Leitfaden

| **Kontaktaufnahme: Erläuterung des Interviewziels und der Methode** | |
|---|---|
| Liebe/r Frau/Herr [Name des/der Probanden/Probandin],<br><br>mein Name ist Rebekka Mundt. Ich bin Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin am UKE und arbeite hier im Rahmen meines Studiums in einem Forschungsprojekt.<br><br>Bisher haben Sie an unserer MultiCare Studie teilgenommen, bei der wir Sie über fünf Jahre alle 15 Monate befragt haben. Ergänzend zu dieser Studie möchte ich mich heute mit Ihnen über Ihre Meinung und Ihre Wünsche hinsichtlich der Betreuung durch Ihren/Ihre Hausarzt/Hausärztin unterhalten.<br><br>Ich würde mich freuen, wenn Sie in unserem Gespräch ganz ausführlich von Ihren Erfahrungen erzählen.<br><br>Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Falls ich während des Gespräches nachfragen sollte, bedeutet das nur, dass ich an der einen oder anderen Stelle das von Ihnen Gesagte noch etwas besser verstehen oder mehr darüber erfahren möchte.<br><br>Falls Sie eine Pause benötigen oder irgendwann das Gefühl haben, das Interview beenden zu wollen, sagen Sie mir bitte jederzeit Bescheid. Das Gespräch wird in etwa 1-1,5 Stunden dauern. | Gesprächseinstieg<br><br>Vorstellung der eigenen Person<br><br>Einladung zur Studie<br><br>Keine richtigen/falschen Antworten<br><br>Pause oder Abbruch<br><br>Tonband-Aufzeichnung |

| | |
|---|---|
| Ich würde das Interview gerne auf Tonband aufzeichnen. Daher frage ich Sie an dieser Stelle noch mal, ob Sie damit einverstanden sind. Ihr Name und die entstehenden Daten werden selbstverständlich verschlüsselt und die Ergebnisse werden nur für Forschungszwecke verwendet. Aus den Daten wird kein Rückschluss auf Ihre Person möglich sein.<br><br>Damit wir das Gespräch ungestört und in Ruhe führen können, möchte ich Sie bitten, Ihr Handy oder andere denkbare Störquellen nach Möglichkeit auszuschalten.<br><br>Haben Sie, bevor wir anfangen, noch Fragen an mich? | Handy, Störquellen (ggf. auf Radio, offenes Fenster mit lauter Straße etc. hinweisen), Tonband anstellen<br><br>Fragen |

| Leitfrage | Check – Wurde das erwähnt?<br>Memo für mögliche Nachfragen | Konkrete Fragen | Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen |
|---|---|---|---|
| **Teil I**<br>**Erzählen Sie mir doch mal von Ihrem letzten Besuch bei dem/der Hausarzt/Hausärztin.** | ☐Grund<br>☐Was hat gefallen?<br>☐Was hat nicht gefallen?<br>☐Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung<br>☐Vertrauen<br>☐Verbesserungsvorschläge/Wünsche | Warum waren Sie bei dem/der Arzt/Ärztin?<br>Was hat Ihnen gefallen?<br>Was hat Ihnen nicht gefallen?<br>Was haben Sie von Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin bei Ihrem Besuch erwartet?<br>Wie lange sind Sie schon PatientIn bei Ihrem/Ihrer jetzigen Hausarzt/Hausärztin?<br>Was würden Sie sich bei einem Besuch bei dem/der Arzt/Ärztin wünschen? | *Nonverbal Aufrechterhaltung:*<br>Körperliche Zuwendung (Sitzhaltung, Anordnung der Stühle!)<br>Ruhige, nicht starre Körperhaltung<br>Blickkontakt<br>Freundlicher Tonfall<br>Gesten wie Zunicken, Zulächeln, „Ah ja“, „Mh“<br>Ruhe vermitteln, Zeit haben, Pausen aushalten |
| **Teil II**<br>**Wenn Sie an Ihre momentanen Behandlungen denken: was ist Ihnen besonders wichtig?** | ☐Verlauf<br>☐Einbezug in Therapieplanung<br>☐Prioritäten<br>☐Einschränkungen<br>☐Lebensqualität | Wie sollte für Sie eine gute Behandlung ablaufen – angefangen bei den ersten Symptomen, die auftreten mit denen Sie zu Ihrem/Ihrer HA/HÄ gehen.<br>Inwiefern möchten Sie mitbestimmen?<br>Gibt es Behandlungsvorschläge, die Sie ablehnen würden bzw. schon abgelehnt haben? Falls ja: warum?<br>Was ist Ihnen wichtig in Ihrer Behandlung? Was sind für Sie besonders wichtige Ziele? (kurz-/langfristig)<br>Hat sich Ihr Leben mit Ihren zunehmenden Erkrankungen verändert? Falls ja: inwiefern? | *Aufrechterhaltungsfragen:*<br>„Wie war das für Sie?“, „Können Sie das noch näher/ausführlicher beschreiben?“, „Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber.“, „Wie ging das dann weiter?“, „Und dann?“<br>*Steuerungsfragen:*<br>Immanent: „Können Sie … noch ein wenig ausführlicher beschreiben?“, „Können Sie ein Beispiel für … nennen?“<br>Exmanent: „Spielte das … eine Rolle?“ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ☐Lebenspläne | | |
| **Teil III**<br>**Gibt es noch etwas anderes, was Ihnen, bezogen auf die Versorgung durch Ihren/Ihrer Hausarzt/Hausärztin, am Herzen liegt?** | | | |
| **Abschließend habe ich noch einige Fragen zu Ihrer Person. Ist das für Sie in Ordnung?** | ☐ Alter<br>☐ Familienstand<br>☐ Wohnsituation<br>☐ Erkrankungen<br>☐ Arztbesuche<br>☐ Nichtärztliche Behandlungen | siehe „Quantitativer Patienten-Fragebogen“ | |

## Anhang 10: Anschreiben Interview-TeilnehmerInnen

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Institut für Allgemeinmedizin**
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

**Zentrum für Psychosoziale Medizin**
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52400
Telefax: (040) 7410-53681
m.scherer@uke.de
www.uke.de/ifa

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistraße 52 20246 Hamburg
Institut für Allgemeinmedizin

[Adresse des Probanden]

**Rebekka Mundt**
Telefon: (040) 7410-58543
Telefax: (040) 7410-53681
r.mundt@uke.de

Datum

### Teilnahme an Interview

Sehr geehrte/r Frau/Herr [Name des Probanden],

Ich bin Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Eppendorf und schreibe Ihnen heute mit der Bitte, an einem Interview mit mir teilzunehmen.

In dem Gespräch möchte ich mit Ihnen über Ihre Erfahrungen mit der Betreuung durch Ihren Hausarzt sprechen. Es wird an einem für Sie passenden Termin im Institut für Allgemeinmedizin oder, falls es Ihnen lieber ist, bei Ihnen Zuhause stattfinden und wird auf einem Tonband aufgenommen. Die Dauer wird voraussichtlich 1-1,5 Stunden sein.

Im Anhang finden Sie ein Informationsblatt mit ausführlicheren Angaben sowie die Einverständniserklärung.

Um zu erfahren, ob Sie zu einem Interview bereit wären, werde ich mich zeitnah telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Herzlichen Dank vorab und viele Grüße,

Rebekka Mundt

Zertifikat Nr. QS-6068HH und EM-6120HH

GL Systems Certification

DNV-GL

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Gerichtsstand: Hamburg
USt-ID-Nr.: DE21 8618 948

Vorstandsmitglieder:
Prof. Dr. Burkhard Göke (Vorsitzender)
Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus
Joachim Prölß
Rainer Schoppik

Bankverbindung:
HSH Nordbank
Kto.-Nr.: 104364000 BLZ: 21050000
IBAN-Nr.: DE97210500000104364000
BIC: HSHNDEHH

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Institut für Allgemeinmedizin**
Direktor:
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Martinistr. 52
20246 Hamburg

**Ihre Ansprechpartnerin:**
Rebekka Mundt
Telefon: (040)7410– 58543
Fax: (040) 7410 – 53681
r.mundt@uke.de

**Informationsblatt**

MultiCare
multimorbidity in primary health care

## Einzelinterviews für Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer

### Wieso haben wir Sie angeschrieben?

Bisher nehmen Sie an unserer MultiCare Studie teil, bei der Sie alle 15 Monate von einer unserer Projektmitarbeiterinnen befragt wurden. Ergänzend zu diesen Befragungen möchten wir Sie zu einem Einzelinterview einladen.

### Was bedeutet die Teilnahme an dem Einzelinterview für Sie?

In dem Interview möchten wir mit Ihnen über Ihre Meinung und Erfahrungen hinsichtlich der Versorgung durch ihren Hausarzt sprechen. Das Interview wird an einem geeigneten Termin im Institut für Allgemeinmedizin oder, falls Sie es vorziehen, bei Ihnen Zuhause durchgeführt und nimmt voraussichtlich 2 Stunden Zeit in Anspruch.

### Was geschieht mit den Informationen?

Die gesammelten Informationen werden anonymisiert und nur für Forschungszwecke verwendet, eine Zuordnung eine Zuordnung der Antworten zu Ihrer Person ist nicht möglich. Die Daten werden unter Verschluss gehalten und nach Abschluss der Auswertungen vernichtet. Die Ergebnisse werden ohne Nennung von Namen bzw. anderer Angaben, die einen Rückschluss auf Ihre Person ermöglichen würden, in wissenschaftlichen Veröffentlichungen dargestellt.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen, ohne dass es nachteilige Folgen hat. Da Ihre bis zu diesem Zeitpunkt gesammelten Daten uns in anonymer Form vorliegen werden, werden wir die Informationen allerdings nicht vorzeitig löschen können.

Frau Mundt wird zeitnah bei Ihnen anrufen und das Vorhaben noch näher erläutern.
Vielen Dank!

ID-Nr. des Patienten: ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

**Institut für Allgemeinmedizin**
Direktor:
Prof. Dr. med. Martin Scherer

**Ihre Ansprechpartnerin**
Rebekka Mundt
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410 – 58543
Fax: (040) 7410 – 53681

Forschungsvorhaben:
Einzelinterviews im MultiCare Projekt zum Thema: „Präferenzen multimorbider Patienten in der hausärztlichen Grundversorgung“

## Einverständniserklärung Patienten

Ich wurde über das oben genannte Forschungsvorhaben von meinem Hausarzt und dem Institut für Allgemeinmedizin ausreichend schriftlich und mündlich informiert.

| |
|---|
| Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung über mich erhobenen Daten schriftlich aufgezeichnet und zu Forschungszwecken genutzt werden. Es wird gewährleistet, dass meine personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. |

**Weiterhin bin ich mit folgendem Vorgehen einverstanden:**

| | | |
|---|---|---|
| 1. Ich bin bereit an einem Einzelinterview im Rahmen der wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Die Veranstaltung darf aufgezeichnet und zu Forschungszwecken genutzt werden. Personenbezogene Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. | ☐ ja | ☐ nein |
| 2. Ich habe den Datenschutzpassus zur Pseudonymisierung auf der Rückseite gelesen und verstanden. Die im Rahmen des Forschungsprojektes gesammelten Informationen dürfen in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden. | ☐ ja | ☐ nein |

**Erläuterungen zum Datenschutz**

(Datenschutzpassus der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer in der Version 05.04.2011)

Die im Rahmen der Studie nach Ihrer Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern im Institut für Allgemeinmedizin, UKE, aufgezeichnet und pseudonymisiert[1] (verschlüsselt) für die Dauer von 3 Jahren nach Studienende gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren.

Zugang zu dem „Schlüssel", der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben neben dem Studienleiter Prof. Dr. Martin Scherer nur der Projektmitarbeiter Ingmar Schäfer und die Projektmitarbeiterinnen Heike Hansen und Rebekka Mundt. Die Auswertung und Nutzung der Daten durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt in pseudonymisierter Form. Eine Weitergabe der erhobenen Daten im Rahmen der Studie erfolgt nur in anonymisierter Form. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Studienergebnisse.

Sie haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie ggf. informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Ihre Entscheidung darüber einholen.

Die Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert[2].

Im Falle des Widerrufs des Einverständnisses werden die bereits erhobenen Daten anonymisiert[2] und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin, dass ich das Informationsblatt für Patienten/Patientinnen sowie diese Einverständniserklärung erhalten habe und dass ich zustimme, an diesem Projekt teilzunehmen. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann, ohne dass für mich Nachteile entstehen.**

*Bitte geben Sie hier Ihre Adresse an, und die Telefonnummer (ggf. mehrere) unter der Sie erreicht werden möchten:*

[1] Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG).

[2] Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Absatz 6 BDSG).

Name _____ Vorname

_____

Evtl. Adresszusatz

_____

Straße _____ Hausnummer

_____

Postleitzahl _____ Wohnort

_____

Telefonnummer tagsüber _____

Telefonnummer abends _____

☐ Ich bin nur tagsüber erreichbar. ☐ Ich bin nur abends erreichbar.

☐ Ich bin nur zwischen _____ Uhr und _____ Uhr erreichbar.

**Ort, Datum:**_____ _____

**Unterschrift Patientin / Patient**

Optionale Angabe: Möchten Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden?

☐ nein, ich möchte über keine Studienergebnisse informiert werden

☐ ja, bitte informieren Sie mich über die Studienergebnisse (bitte geben Sie eine gültige Emailadresse an, über die wir Ihnen die gewünschten Informationen zukommen lassen können:

_____@_____

Anhang 11: Diagnoseliste mit ICD-10 Codes für Einschlusskriterien der MultiCare Studie (Anhang aus: Schäfer et al. 2009)

- alcohol abuse; alcoholic liver disease (F10; K70; K76)
- anaemia (D63-D64)
- anxiety disorders (F40-F41)
- arthrosis (excludes: osteoarthritis of spine) (M15-M19)
- atherosclerosis; intermittent claudication (I70; I73.9)
- cardiac arrhythmia (I44-I49)
- chronic ischemic heart disease; angina pectoris (I20; I25)
- chronic lower respiratory diseases (J40-J47)
- chronic stroke; transient cerebral ischemic attack impaired cerebral blood flow (I60-I64; I67; I69; G45)
- chronic thyroid disorders; goitre (E01-E05; E06.1-E06.3; E06.5; E06.9; E07)
- depressive disorders (F32-F33)
- diabetes mellitus (E10-E14)
- disorders of vestibular function; dizziness and giddiness (H81; R42)
- diverticular intestinal disease (K57)
- hearing loss (H90-H91)
- heart failure (I50)
- malignant tumours (C00-C26; C30-C41; C43-C58; C60-C97; D00-D09; D37-D48)
- migraine (G43)
- neuropathies (G50-G64)
- non-rheumatic mitral valve or aortic valve disorders (I34-I35)
- osteoporosis (M80-M82)
- parkinson's disease (G20)
- psoriasis (L40)
- renal failure (N18-N19)
- rheumatoid arthritis; other soft tissue disorders (M05-M06; M79)
- somatoform disorders (F45)
- urinary incontinence (N39.3-N39.4; R32)
- varicose veins of lower extremities (I83)
- visual disturbances (H25-H26; H28; H33-H36; H40; H43; H47; H53-H54)

# 11. Danksagung

Die Idee zum Schreiben dieser Arbeit wurde durch Herrn Prof. Dr. Martin Scherer an mich herangetragen. Ich danke ihm, dass ich während des Verfassens dieser Dissertationsschrift einen eigenen Arbeitsplatz an seinem Institut zur Verfügung hatte, der mir zu jeder Zeit eine multiprofessionelle Betreuung und Ansprechpartner ermöglichte.

Bei Dagmar L. bedanke ich mich für ihre kritischen und konstruktiven inhaltlichen Anmerkungen bei der Planung und Auswertung der vorliegenden Arbeit. Cathleen M.-B. danke ich für ihre wertvollen Ratschläge sowie ihre herzliche Art, die mich in vielen Situationen neu motivierte. Außerdem möchte ich Dr. Nadine P., Sarah Bu. und Sarah Br. für das Korrekturlesen meiner Dissertation danken.

Danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts der Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die offene Aufnahme in das Team und ihre Unterstützung. Insbesondere möchte ich mich bei Thomas K. für seine bewundernswerte Geduld und scheinbar unermüdliche Hilfsbereitschaft bedanken. Danke für all die gelachten Stunden!

Ein besonderer Dank gilt all den Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern. Sie haben mir Einblicke in ihre Leben gewährt, die mich tief beeindruckt und berührt haben. Vielen Dank!

Rebekka Sophia Mundt
Hamburg, 24.08.2019

**Lebenslauf wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen entfernt.**

# 13. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.
Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.
Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....