

Widersprüchliche Einschätzungen durch Gesundheitsfachpersonen

Schlussbericht M12 «Patientinnen und Patienten»

**Eine Studie des Winterthurer Instituts
für Gesundheitsökonomie**

**Irene Kobler, Florian Liberatore, Laura Meierhof,
Marc Höglinger**

Auftraggeber:



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

IMPRESSUM

Herausgeber

ZHAW School of Management and Law
Gertrudstrasse 15
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
www.zhaw.ch/wig

Projektleitung, Kontakt

PD Dr. Florian Liberatore
Florian.liberatore@zhaw.ch

Juli 2020

Copyright © 2020,
ZHAW School of Management and Law

Alle Rechte für den Nachdruck und die
Vervielfältigung dieser Arbeit liegen beim
Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie
ZHAW School of Management and Law.
Die Weitergabe an Dritte bleibt ausgeschlossen.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Zusammenfassung	4
2	Hintergrund und Ziele der Studie	6
3	Konzeptionelles Framework und Ableitung von Forschungshypothesen	7
3.1	Widersprüchliche Einschätzungen (WE)	7
3.2	Widersprüchliche Einschätzungen aus einer prozessualen Betrachtung	7
3.3	Widersprüchliche Einschätzungen innerhalb und zwischen Organisationen	8
3.4	Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Umgang mit widersprüchlichen Einschätzungen	9
4	Methodik	13
4.1	Vorinterviews	13
4.2	Befragung PatientInnenorganisationen	13
4.3	Befragung von Patientinnen und Patienten	14
4.4	Qualitative Detailanalyse von drei Behandlungssettings	16
5	Ergebnisse: Erfahrungen von BeraterInnen und PatientInnen mit widersprüchlichen Einschätzungen	18
5.1	Wie häufig treten widersprüchliche Einschätzungen auf?	18
5.2	Was sind die Charakteristika von widersprüchlichen Einschätzungen?	19
5.3	Was ist der Inhalt von widersprüchlichen Einschätzungen?	22
5.4	Welche Professionen sind bei widersprüchlichen Einschätzungen involviert?	24
5.5	Wie gehen Patientinnen und Patienten mit widersprüchlichen Einschätzungen um?	27
5.6	Was sind die Konsequenzen für Patientinnen und Patienten?	29
5.7	Worin werden die Ursachen von widersprüchlichen Einschätzungen gesehen?	30
6	Ergebnisse: Vertiefter Einblick in drei Behandlungssettings	34
6.1	Diabetes-Primärversorgung: strukturiertes Behandlungsprogramm	34
6.2	Psychiatrie	37
6.3	Orthopädie	40
7	Fazit	43
8	Handlungsempfehlungen	45
9	Literaturverzeichnis	49
10	Tabellenverzeichnis	50
11	Abbildungsverzeichnis	51
12	Autorinnen und Autoren	53
13	Anhang	54
13.1	Gegenstand des Mandats	54
13.2	Befragung von BeraterInnen von PatientInnenorganisationen	55
13.4	Unterlagen Befragung Patientinnen und Patienten	70
13.5	Unterlagen Detailanalyse	86

1 Zusammenfassung

Hintergrund und Ziele der Studie

Widersprüchliche Einschätzungen (WE) umfassen sich widersprechende Diagnosen, Behandlungsempfehlungen, Therapie-Entscheide und Verhaltensempfehlungen, die den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durch Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden und von den Patientinnen und Patienten als widersprüchlich wahrgenommen werden. Gemäss dem International Health Policy Survey 2016, einer repräsentativen Befragung, haben 16 Prozent der Erwachsenen in der Schweiz im Laufe der vergangenen zwei Jahre widersprüchliche Einschätzungen von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erhalten (Merçay, 2017). Allerdings besteht Forschungsbedarf bezüglich der Frage, um welche Art von Widersprüchen es sich handelt, wer beteiligt ist und vor allem auch, wie Patientinnen und Patienten mit solchen Widersprüchen umgehen und was die Konsequenzen davon sind.

Ein Projektteam des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) der ZHAW nahm sich diesen Fragestellungen im Rahmen des Mandats 12 «Patientinnen und Patienten» des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) an.

Das vorliegende Forschungsprojekt wurde seitens BAG durch folgende Vertreter/innen der Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe begleitet: Nico van der Heiden, Co-Sektionsleiter (bis 29. Februar 2020), Cinzia Zeltner, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Susanna Baumgartner Morin, wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie Lara De Simone, wissenschaftliche Projektassistentin.

Methodik

Für die Studie wurde ein exploratives Studiendesign gewählt. Um mehr über die Relevanz und den Fokus von WE zu erfahren, wurden in einem ersten Schritt BeraterInnen von PatientInnenorganisationen mittels eines Online-Surveys befragt. In einem zweiten Schritt wurden die Erfahrungen von Patientinnen und Patienten ebenfalls mittels eines Online-Surveys erhoben. Um vertiefte Informationen zu WE in drei Behandlungssettings zu erhalten, wurden in einem dritten Schritt qualitative Interviews mit Gesundheitsfachpersonen verschiedener Professionen durchgeführt und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zentrale Ergebnisse

- 47 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten geben an, in den letzten zwei Jahren eine WE erfahren zu haben. WE sind somit ein relevantes Thema für das Schweizer Gesundheitswesen.
- WE treten bei zentralen Kontakt- und Entscheidungszeitpunkten in Behandlungsprozessen auf, nämlich insbesondere bei der Medikation, der Diagnosestellung und der Wahl von Therapieoptionen. WE tauchen vor allem interdisziplinär zwischen verschiedenen in die Behandlung involvierten (Fach-)ÄrztInnen auf. WE treten sowohl an Schnittstellen zwischen Fachabteilungen eines Leistungserbringers als auch zwischen Versorgungsstufen im Laufe eines Behandlungsprozesses auf.
- Patientinnen und Patienten zeigen einerseits ein gewisses Verständnis für WE zwischen Gesundheitsfachpersonen. Aus ihrer Sicht können sie meist aufgelöst werden (90%). Andererseits führen WE bei rund der Hälfte der befragten Patientinnen und Patienten zu Verunsicherung und grosser emotionaler Belastung. Und für einen erheblichen Teil der Patientinnen und Patienten (20%) ergeben sich negative Folgen für die Behandlung.
- Tritt eine WE auf, wenden sich die betroffenen Patientinnen und Patienten vor allem an die Gesundheitsfachperson 'ihres Vertrauens'. Diese nehmen somit einen wichtigen Stellenwert für die Bewältigung von WE ein.

- WE können grundsätzlich sowohl positive als auch negative Folgen haben für die Behandlungsqualität. Positiv sind sie dann, wenn aufgrund einer divergierenden Einschätzung eine falsche Diagnose oder Therapieoption korrigiert werden kann. Negativ sind WE, wenn sie unstrukturiert an Patientinnen und Patienten kommuniziert werden und zu einer nachhaltigen Verunsicherung und zu einem Vertrauensverlust bei Patientinnen und Patienten führen.
- Den interviewten Gesundheitsfachpersonen ist die Problematik von WE durchaus bewusst, jedoch erscheinen sie ihnen nicht als handlungsrelevant. Die Thematik wird laut den Interviewten bei Initiativen zur Optimierung der IPZ als potenzielles Neben-Outcome berücksichtigt, nicht aber eigens angegangen.

Limitationen

Bei der Befragung der BeraterInnen von PatientInnenorganisationen ist zu berücksichtigen, dass diese die Perspektive der Patientinnen und Patienten einnehmen, welche sie beraten. Sie sind selbst nicht direkt in den Behandlungsprozess involviert. Bei der Interpretation der Ergebnisse der Befragung von Patientinnen und Patienten ist zu beachten, dass es sich um eine selektive Stichprobe mit einem überproportionalen Anteil an chronisch Kranken mit teilweise komplexen Krankheitsbildern handelt. Die Patientinnen und Patienten beantworteten die Fragen in Bezug auf von Ihnen wahrgenommene WE. Es kann nicht beurteilt werden, inwiefern es sich dabei jeweils auch objektiv um WE handelt. Die Detailanalyse zu einzelnen Behandlungssettings (Diabetes-Primärversorgung, Psychiatrie, Orthopädie) zielt darauf ab, basierend auf 15 qualitativen Interviews mit Gesundheitsfachpersonen, ein vertieftes Verständnis von WE zu erhalten, und erhebt keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit.

Handlungsempfehlungen

Gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus dem Schweizer Gesundheitswesen und basierend auf den Befunden der Studie wurden Handlungsempfehlungen auf Makro-, Meso- und Mikroebene formuliert. Diese umfassen Themen wie: Interprofessionelle Zusammenarbeit, Patient Empowerment, Gesundheitskompetenz, Information, Finanzierung, Kommunikation. Es besteht insbesondere Handlungsbedarf in der Sensibilisierung von Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten für die Entstehung und den Umgang mit WE sowie für den Aufbau geeigneter Prozess- und Verantwortungsstrukturen zur Reduktion von WE. Dabei können zentrale Kampagnen (z.B. durch das BAG) für die Sensibilisierung zweckmässig sein. Eine Anpassung der Vergütung kann die Anreize für einen besseren Informationsaustausch zwischen Gesundheitsfachpersonen verbessern, und innerhalb von Organisationen kann eine verbesserte Standardisierung von Abläufen und (Kommunikations-)Prozessen WE reduzieren bzw. für einen besseren Umgang damit sorgen.

Impact der Studie

Die vorliegende Studie schliesst eine wichtige Forschungslücke, da sie als Erste dieser Art wichtige Erkenntnisse zur Relevanz, den Charakteristika, den Ursachen und dem Umgang mit WE für das Schweizer Gesundheitswesen liefert. Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag zur Sensibilisierung für das Thema, zeigt erste Handlungsempfehlungen zur Reduktion von und zum besseren Umgang mit WE auf und kann für weiterführende Forschung auf diesem Gebiet als Grundlage dienen.

2 Hintergrund und Ziele der Studie

Widersprüchliche Einschätzungen (WE) umfassen sich widersprechende Diagnosen, Behandlungsempfehlungen, Therapie-Entscheide und Verhaltensempfehlungen, die den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durch Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden und von den Patientinnen und Patienten als widersprüchlich wahrgenommen werden. Die kaum bestehende empirische Forschung zum Thema zeigt, dass WE durchaus ein relevantes Phänomen sind – auch in der Schweiz. Gemäss dem International Health Policy Survey 2016, einer repräsentativen Befragung, haben 16 Prozent der Erwachsenen in der Schweiz im Laufe der vergangenen zwei Jahre WE von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen erhalten (Merçay, 2017). Dieser Anteil ist stabil über die Zeit. Die Resultate zeigen für 2010 ein ähnliches Bild. Allerdings besteht Forschungsbedarf bezüglich der Frage, um welche Art von Widersprüchen es sich handelt, zwischen Vertreterinnen und Vertretern welcher Professionen diese vorwiegend auftreten und vor allem auch, wie Patientinnen und Patienten mit solchen Widersprüchen umgehen und was die Konsequenzen davon sind.

Ein Projektteam des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) nahm sich im Rahmen des Projekts «M12 Patientinnen und Patienten» des Förderprogramms «Interprofessionalität im Gesundheitswesen» diesen Fragestellungen¹ an. Im Fokus standen dabei WE, die den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen durch Gesundheitsfachpersonen vermittelt wurden. WE, die durch Informationen aus dem Internet oder durch andere Quellen verursacht wurden, standen nicht im Vordergrund der Untersuchung. Neben allfälligen negativen Auswirkungen von WE wurden auch Situationen berücksichtigt, in denen WE erwünscht sind oder zumindest nicht per se nur negativ wahrgenommen wurden. Insbesondere bei den Analysen zum Umgang mit WE durch die Patientinnen und Patienten, aber auch durch die behandelnden Gesundheitsfachpersonen zeigte sich, dass WE nicht zwingend negative Auswirkungen haben müssen.

Die Untersuchung der Fragestellung ist in den folgenden Schritten erfolgt (Abbildung 1):

1. Befragung von Beraterinnen und Beratern von PatientInnenorganisationen mittels eines Online-Surveys zur Relevanz von WE
2. Befragung von Patientinnen und Patienten mittels eines Online-Survey zu ihren Einschätzungen von WE
3. Durchführung von 15 ExpertInneninterviews in drei Behandlungssettings zur Detailanalyse von WE aus der Perspektive der Gesundheitsfachpersonen

Auf der Grundlage der Ergebnisse und eines ExpertInnenworkshops zum Thema wurden im Anschluss Handlungsempfehlungen entwickelt.

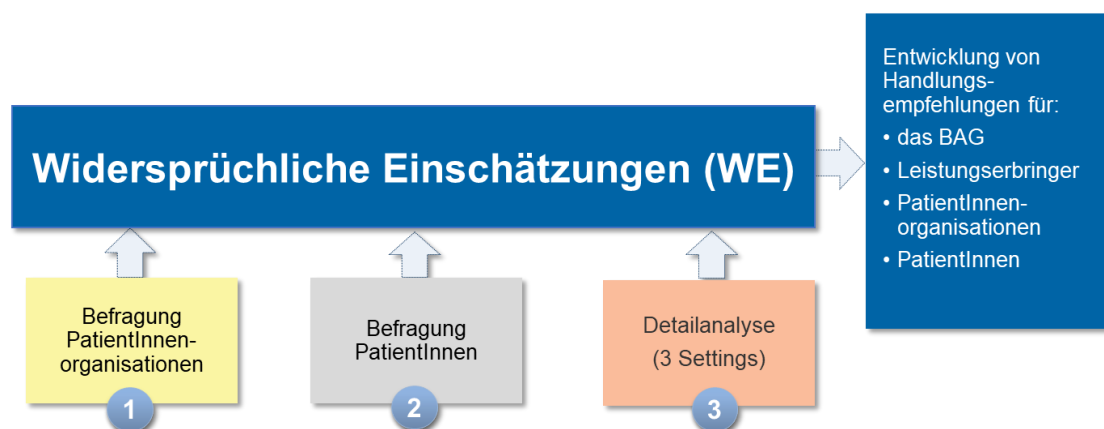


Abbildung 1: Überblick Studienaufbau

¹ Der Gegenstand des Mandats mit den zu beantwortenden Fragen ist in Anhang 13.1 aufgeführt.

3 Konzeptionelles Framework und Ableitung von Forschungshypothesen

Der Studie M12 Patientinnen und Patienten liegt ein konzeptionelles Framework zugrunde, das auf Erkenntnissen aus internationalen Studien und auf unseren eigenen konzeptionellen ordnenden Vorüberlegungen beruht. Das Framework dient zur Strukturierung der Thematik und der Ableitung von Forschungshypothesen, die bei den Analysen als Orientierung dienen und teilweise im Rahmen der empirischen Erhebungen überprüft werden konnten.

3.1 WIDERSPRÜCHLICHE EINSCHÄTZUNGEN (WE)

WE umfassen sich widersprechende Diagnosen, Behandlungsempfehlungen, Therapie-Entscheide und Verhaltensempfehlungen, die den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen durch Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden und von den Patientinnen und Patienten als widersprüchlich wahrgenommen werden. Beispiele wären etwa unterschiedliche Therapie-Empfehlungen nach einer Diagnose wie z.B. konservative vs. operative Therapie nach einem Kreuzbandriss. Sehr oft treten widersprüchliche Diagnosen zu verschiedenen Zeitpunkten im Behandlungsprozess auf. Es handelt sich in diesem Fall eher um «revidierte» Diagnosen oder veränderte Einschätzungen im Behandlungs- und Krankheitsverlauf. Je nachdem, wie WE kommuniziert werden, können sie jedoch von den Patientinnen und Patienten als widersprüchlich wahrgenommen werden. WE können sowohl positive als auch negative Folgen haben. Positiv sind WE dann, wenn dadurch neue Optionen gezeigt werden oder durch das Ausdiskutieren von WE eine konsolidierte Meinung im Team besteht. Negativ sind sie beispielsweise dann, wenn sie bei Patientinnen und Patienten Verwirrung auslösen oder die Behandlung negativ beeinflussen.

Generell ist zu beachten, dass WE von Patientinnen und Patienten zuerst erkannt werden müssen, damit sie überhaupt als Problem wahrgenommen werden. Ausserdem können (scheinbare) WE auch durch mangelhafte Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten und durch Missverständnisse entstehen. Die Patientin oder der Patient erlebt dann subjektiv eine WE, obwohl es sich objektiv nicht um eine WE handelt. Ein Beispiel wäre etwa eine von der Patientin oder dem Patienten als Änderung der Medikation interpretierte Abgabe eines Generikums mit gleichem Wirkstoff. Unabhängig davon, ob es sich um eine 'objektive' oder bloss als solche wahrgenommene WE handelt, sind WE aus PatientInnen-sicht in einem ersten Schritt in aller Regel irritierend. Wenn die WE in der Folge angesprochen und aufgelöst oder geklärt werden können, werden sie durch die Patientinnen und Patienten nicht zwingend als negativ erfahren. Erfolgt jedoch keine Auflösung oder ist keine befriedigende Klärung möglich, so führen WE zu einer Verunsicherung der Patientinnen und Patienten, zu einem Vertrauensverlust und – im schlimmsten Fall – zu einem Abbruch einer Behandlung.

3.2 WIDERSPRÜCHLICHE EINSCHÄTZUNGEN AUS EINER PROZESSUALEN BETRACHTUNG

WE im Gesundheitsfachpersonen-PatientInnen-Kontakt treten zu verschiedenen Zeitpunkten in der Versorgungskette auf, sodass WE während des gesamten Versorgungsprozesses vorkommen können. Schematisch lassen sich fünf verschiedene Phasen des Versorgungsprozesses mit jeweils unterschiedlichen Entscheidungssituationen der Patientinnen und Patienten unterscheiden, bei denen diese mit WE konfrontiert werden können. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht zu diesen Phasen und potenziellen Situationen, in denen WE auftreten können.

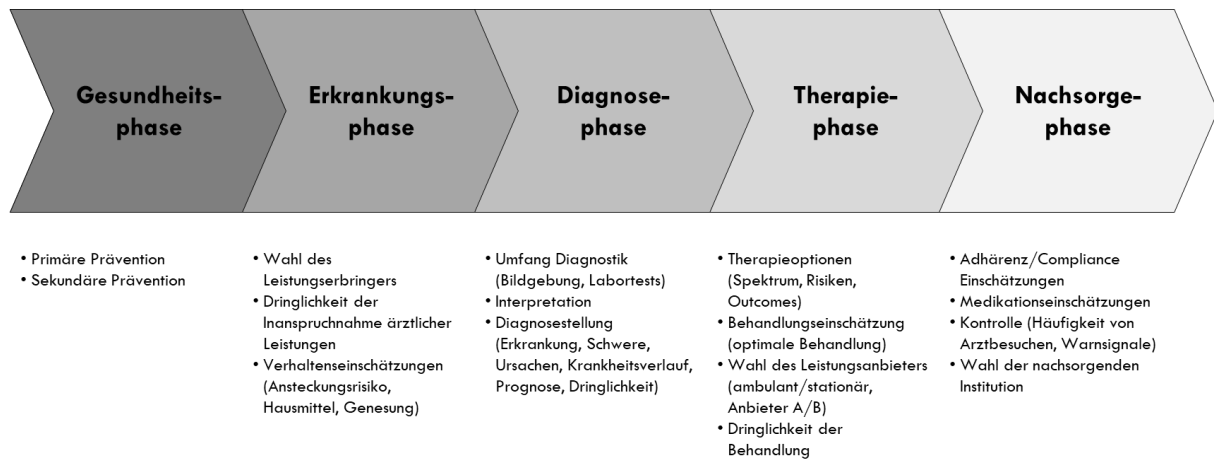


Abbildung 2: Übersicht zu Entscheidungssituationen mit potenziellen WE in den verschiedenen Phasen des Versorgungsprozesses.

3.3 WIDERSPRÜCHLICHE EINSCHÄTZUNGEN INNERHALB UND ZWISCHEN ORGANISATIONEN

WE können sowohl innerhalb einer Organisation, die Leistungen erbringt (zwischen zwei Abteilungen und zwei Professionen einer Organisation, d. h. intraorganisational) als auch zwischen verschiedenen leistungserbringenden Organisationen (zwischen einem Hausarzt und Gesundheitsfachpersonen eines Spitals, d. h. interorganisational) auftreten. Dabei muss es sich nicht um einen abgeschlossenen Versorgungsprozess zu einem einzelnen Gesundheitsproblem handeln. Es kann sich genauso um zwei unabhängige Akutbehandlungen mit zeitlichem Abstand oder um zwei Behandlungszyklen bei einer chronischen Erkrankung handeln. Intraorganisational können die WE abteilungsübergreifend, interprofessionell oder interdisziplinär ausgeprägt sein. Interorganisational können WE zwischen vor- und nachgelagerten oder zwischen parallelen Leistungserbringern auftauchen. In Abbildung 3 findet sich dazu eine schematische Darstellung der Schnittstellen im Versorgungsprozess mit einem Potenzial für WE.

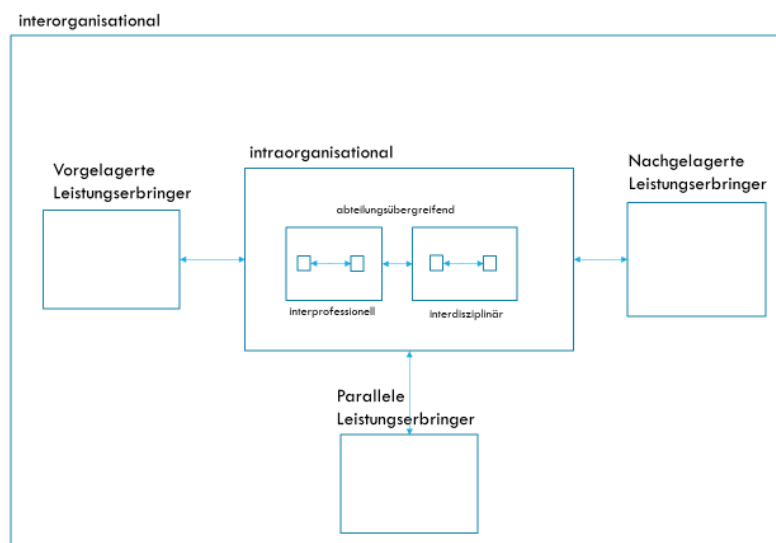


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Ebenen im Versorgungsprozess, zwischen denen WE auftreten können

3.4 EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE ENTSTEHUNG UND DEN UMGANG MIT WIDERSPRÜCHLICHEN EINSCHÄTZUNGEN

Das forschungsleitende Framework veranschaulicht, dass das Auftreten von WE und der konstruktive Umgang der Patientinnen und Patienten damit durch verschiedenen Faktoren beeinflusst werden, nämlich (1) Charakteristika des Behandlungsfalls, (2) Ausgestaltung der IPZ, (3) Charakteristika der patientInnengerichteten Kommunikation, (4) Reaktion der Patientinnen und Patienten auf WE. Dabei kann zwischen strukturellen und prozessualen Faktoren der Gesundheitsversorgung und individuellen Faktoren der beteiligten Akteure unterschieden werden (Abbildung 4).

	Entstehung von WE			Umgang mit WE
	Charakteristika des Behandlungsfalls	Ausgestaltung der IPZ	Charakteristika der patientInnengerichteten Kommunikation	Reaktion der PatientInnen auf WE
Strukturelle Faktoren	Anzahl Versorgungsstufen (+)	Verantwortungsstrukturen (-) Behandlungsleitlinien (-)	Anzahl GFP mit direkter Kommunikation an PatientInnen PatientInnen-Co-Creation (+)	Fallführende GFP (-) PatientInnen-Co-Creation (-)
Prozessuale Faktoren	Anzahl involvierter Professionen/ Disziplinen (+)	Häufigkeit Austausch (-) Kommunikationsgefässe (-) Standardisierte Prozesse (-)	Standardisierte Prozesse (-) GFP-PatientInnen-Interaktion(-) Stand. PatientInneninfos(-)	Beratungsmöglichkeiten (-) Vertrauenspersonen (-)
Individuelle Faktoren	Komplexität der Versorgungssituation (+)	Kompetenzen GFP (-) Silodenken GFP (+)	PatientInnenkompetenz (-) Kompetenzen GFP (-)	PatientInnenkompetenz (-) Kompetenzen GFP (-)

Abbildung 4: Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Umgang mit WE (die mit einem + gekennzeichneten Faktoren verstärken, diejenigen mit einem – gekennzeichneten Faktoren vermindern das Auftreten/den konstruktiven Umgang mit WE). Das Wort «Gesundheitsfachperson» wurde durch GFP abgekürzt.

3.4.1 Charakteristika des Behandlungsfalls

Damit WE durch Gesundheitsfachpersonen entstehen, müssen Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei Gesundheitsfachpersonen² für eine Versorgungssituation in Kontakt kommen. Die Kontakthäufigkeit von Patientinnen und Patienten mit dem Gesundheitssystem wird durch die Charakteristika des Behandlungsfalls beeinflusst. Als individueller Faktor determiniert zunächst die Komplexität der Versorgungssituation (akut, chronisch, Multimorbidität) die Anzahl Kontaktpunkte mit dem Gesundheitssystem. Als strukturelle Faktoren kann die Anzahl involvierter Versorgungsstufen (ambulante Akteure wie Haus- und FachärztInnen, stationäre Leistungserbringer usw.) die Häufigkeit von Schnittstellen und Kontaktpunkten erhöhen. Aus prozessualer Sicht kann die Anzahl der beteiligten Professionen und Disziplinen in den einzelnen Versorgungsstufen ausschlaggebend dafür sein, wie gross das Risiko ist, dass WE im Versorgungsprozess entstehen.

3.4.2 Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ)

Eine komplexe Versorgungssituation mit einer Vielzahl involvierter Gesundheitsfachpersonen und Disziplinen führt jedoch nicht automatisch zu mehr WE. Die Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit (IPZ) in diesen Versorgungssituationen ist als ein weiterer Faktor zu beachten, der die Wahrscheinlichkeit von WE beeinflusst. IPZ im Gesundheitswesen, die koordinierte und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit unterschiedlicher Professi-

² WE können auch durch Eigenrecherchen bspw. im Internet oder durch einen Rat eines Nachbarn oder einer Bekannten entstehen. Diese beiden Entstehungsarten von WE stehen aber nicht im Fokus dieses Projekts.

onen und Disziplinen 'auf Augenhöhe', hat dabei das Potenzial, die Qualität und Effizienz der Versorgung zu erhöhen. IPZ ist ein Element der Organisationskultur in einem Betrieb oder einem Versorgungsnetzwerk und lässt sich strukturell an konkreten, IPZ fördernden Massnahmen festmachen wie z.B. institutionalisierten interprofessionellen Fallbesprechungen, (Tumor-)Boards oder der Implementierung von Modellen integrierter interprofessioneller Versorgung (DMPs und Ähnliches). Studien zeigen, dass IPZ bzw. eine Förderung der IPZ oft zu einer Verbesserung von Prozess-Parametern wie der Befolgung von Guidelines oder der Mitarbeitendenzufriedenheit sowie tendenziell auch der Gesundheits-Outcomes führt (Martin et al., 2010; Reeves et al., 2017; Sottas & Kissmann, 2015). Daher werden folgende Zusammenhänge zum Auftreten von WE vermutet: Strukturell reduzieren klare Verantwortungsstrukturen sowie die Orientierung an Behandlungsleitlinien die Wahrscheinlichkeit von WE. Prozessual sollten WE in IPZ-Settings durch häufigen Austausch, geeignete Kommunikationsgefässe sowie klare Prozessstandards vermieden bzw. diskutiert und aufgelöst werden können. Auf individueller Ebene können Kompetenz-Profile sowie das Vorliegen von Silo-Denken unter Gesundheitsfachpersonen das Auftreten von WE mitbestimmen.

3.4.3 Charakteristika der patientInnengerichteten Kommunikation

WE gelangen an Patientinnen und Patienten nur im Austausch bzw. im Kontakt zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten. Daher spielen die Charakteristika der patientInnengerichteten Kommunikation eine weitere wichtige Rolle bei der Frage, ob und wie WE von mehreren Gesundheitsfachpersonen auch tatsächlich die Patientinnen und Patienten erreichen.

Die Anzahl Gesprächssituationen, die eine Patientin oder ein Patient in einer Versorgungssituation hat, ist davon abhängig, wie die patientInnengerichtete Kommunikation innerhalb und über Versorgungsstufen hinweg im Rahmen der IPZ strukturell geregelt ist. Gibt es eine/n Case Manager bzw. eine/n Fallverantwortliche/n für die PatientInnen als AnsprechpartnerIn? Oder kommunizieren alle Professionen und Disziplinen getrennt mit ihren Patientinnen und Patienten? Auch das Level der PatientInnen-Co-Creation in den Diskussion- und Entscheidungsprozessen kann ein wichtiger Faktor sein. So können Patientinnen und Patienten durch die Teilnahme an interprofessionellen bzw. interdisziplinären Boards (z.B. Tumorboards unter Anwesenheit des Patienten) mit mehr WE zwischen den Disziplinen und Professionen konfrontiert werden. Forschungsstudien legen nahe, dass die Ausgestaltung des *Shared Decision Makings* innerhalb der IPZ (Körner & Wirtz, 2013; Quaschnig et al., 2013) und die Kompetenzen der beteiligten Patientinnen und Patienten (Kvarnström et al., 2012) hierbei relevant sind. Bestehen klare Prozessstandards, welche Gesundheitsfachpersonen welche Informationen/Themen mit dem Patienten oder der Patientin besprechen, kann dies das Risiko von WE mindern. Die Qualität der Gesundheitsfachperson-PatientInnen-Interaktion (umfasst Aspekte, wie adressatengerechte Sprache, das Aufzeigen von Behandlungsalternativen, das Timing der Kommunikation sowie situative Faktoren wie z.B. Stimmung, Stress, Zeitdruck) kann das Auftreten von WE, die Patientinnen und Patienten kommuniziert wurden, reduzieren.

Ebenso steigt mit dem Ausmass unstrukturiert vorliegender Daten wie z.B. mündlicher Einschätzungen und Empfehlungen die Gefahr, dass es zu Widersprüchen kommt. Standardisierte PatientInneninformationen sollten dagegen WE reduzieren. Eine bessere Abstimmung und Zusammenarbeit im Rahmen von IPZ kann dazu führen, dass sich durch standardisierte Prozesse entlang der PatientInnenpfade durch abgestimmte Behandlungs- und Therapiepläne sowie abgestimmte Informationsmaterialien das Ausmass an unstrukturiert vorliegenden Daten und Informationen gegenüber den Patientinnen und Patienten reduziert.

Als individuelle Faktoren können soziodemografische Aspekte (z.B. Ausbildung, Health Literacy) und Kompetenzprofile (z.B. Kommunikationskompetenz) seitens der Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen und Patienten die Wahrscheinlichkeit von WE beeinflussen (Kvarnström et al., 2012). Eine gute Kommunikationskompetenz kann beispielsweise dazu führen, dass WE vermieden bzw. vom Patienten oder der Patientin eingeordnet werden. Es gilt zu beachten, dass je nach PatientInnentypus (Health Literacy, Bildungsgrad, Umgang im Gesundheitsfachper-

sonen-PatientInnen-Verhältnis, kognitive Fähigkeiten) die Wahrscheinlichkeit von WE bei anderweitig gleichen Bedingungen stark variieren kann (Gebele et al., 2014; Mitchell et al., 2005). Insbesondere können auch je nach PatientInnentypus ähnliche WE entweder als solche wahrgenommen werden oder auch nicht.

3.4.4 Reaktion der Patientinnen und Patienten auf widersprüchliche Einschätzungen

Wenn Patientinnen und Patienten mit WE konfrontiert sind, sind patientInnenseitige Reaktionen zu erwarten. Studien zur sog. «Patientenkonfusion», verursacht durch WE, aber auch durch ein Übermass an Informationen oder anderweitig schlechte Kommunikation, zeigen, dass WE zu verschiedenen unerwünschten Reaktionen bei Patientinnen und Patienten führen: von mangelnder Akzeptanz bis hin zum Abbruch von Behandlungen (Gebele, Tschelin, Lindenmeier, Dreves, & Seemann, 2014). Patientenkonfusion entsteht durch ein Übermass an Informationen («Information Overload»), ähnliche Argumente für zwei unterschiedliche Entscheidungsoptionen («Information Similarity») sowie WE («Information Ambiguity»). Insbesondere Letztere ist für die vorliegende Studie relevant. Konfusion äussert sich gemäss den Erkenntnissen der oben genannten Studien in verschiedenen Dimensionen: einer kognitiven, affektiven und verhaltensrelevanten Dimension. In kognitiver Form tritt Konfusion dann auf, wenn die Patientin oder der Patient vorliegende Informationen nicht interpretieren und damit nicht für die Entscheidungsfindung nutzen kann. In affektiver Form äussert sie sich durch negative Gefühle wie Ärger, Angst, Frustration oder Irritation. Überschreitet der Grad der Konfusion ein gewisses Mass, werden Coping-Strategien aktiv. Es bestehen grundsätzlich zwei verschiedene Coping-Strategien beim Auftreten von Patientenkonfusion: die *Abandon-Strategie* und die *Confusion Reduction*. Bei der *Abandon-Strategie* kommt es zum Abbruch des Entscheidungsprozesses der Patientin oder des Patienten und damit zu einer Verschiebung oder gar einem Abbruch einer Leistungsanspruchnahme (z.B. ein Behandlungsabbruch). Bei der *Confusion Reduction* versuchen die Patientinnen und Patienten über verschiedene Verhaltensmuster, die Konfusion zu reduzieren. Folgende Verhaltensmuster sind möglich:

- Definition und Priorisierung der Entscheidungsfaktoren (z.B. ist einem das OP-Risiko wichtiger oder die Langzeitprognose bei der Wahl zwischen zwei OP-Varianten)
- Suche nach weiteren Informationen (z.B. Second/Third Opinion, Internetrecherche)
- Vereinfachung des Entscheidungsproblems durch Heuristiken (z.B. Behandlung im nächstgelegenen Spital, Empfehlung der Gesundheitsfachperson, mit welcher ein Vertrauensverhältnis vorliegt)
- Delegation der Entscheidung an andere: Zuweiser, Angehörige, Beratungsstellen

Neben den direkten negativen Konsequenzen für die Outcomes der betroffenen Entscheidungssituation durch eine suboptimale Entscheidung können sich auch aus den konfusionsbedingten Coping-Strategien weitere negative Konsequenzen ergeben. Dazu gehört ein reduziertes Vertrauen in das Gesundheitswesen generell und in die Kompetenz von Gesundheitsfachpersonen, eine Verringerung der Adhärenz, das Vermeiden von Kontakt mit Gesundheitsfachpersonen sowie negative Weiterempfehlungen («Word-of-Mouth»). Damit beschränken sich die negativen Wirkungen widersprüchlicher Einschätzungen nicht nur auf die personenbezogene, fallspezifische Entscheidungssituation, sondern beeinflussen auch langfristig weitere Behandlungssituationen sowie andere Personen im sozialen Umfeld.

Verschiedene Faktoren determinieren den Umgang mit WE aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten. Durch die engere Fallführung auf struktureller Ebene kann die Intention eines Behandlungsabbruchs oder die Überforderung bei der Patientin oder beim Patienten eher von den Gesundheitsfachpersonen erkannt und verhindert werden als in weniger abgestimmten Settings. Beinhaltet die IPZ auch einen Case Manager, kann sich die Betreuung und Unterstützung der Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozessen noch weiter verbessern. Studien zeigen, dass eine abgestimmte IPZ tendenziell die Verunsicherung der Patientinnen und Patienten beim Auftreten von WE reduzieren kann (San Martin-Rodriguez et al., 2008).

Auf prozessualer Ebene sollten der Zugang zu Beratungsmöglichkeiten sowie Ansprechpersonen unter den Gesundheitsfachpersonen, mit denen ein gutes Vertrauensverhältnis besteht, dazu führen, dass Patientinnen und Patienten besser mit den WE zurechtkommen und sich für eine für sie aus subjektiver Sicht geeignete Alternative entscheiden können. IPZ kann in dem Zusammenhang dazu führen, dass das Vertrauen in die beteiligten Gesundheitsfachpersonen gestärkt wird (Mitchell et al., 2005)

Auf individueller Ebene sollte die Gesundheitskompetenz ausschlaggebend dafür sein, wie mit WE umgegangen wird. So können eine WE und das damit verbundene Abwägen entweder als machbar empfunden werden oder zu einer Überforderungssituation führen. Je nachdem können unterschiedliche Verhaltensreaktionen, wie bereits oben aufgeführt, auftreten. Die Kompetenz der Gesundheitsfachperson, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten die WE anzuschauen, zu bewerten und Lösungsstrategien aufzuzeigen, könnte ein Faktor sein, der den Patientinnen und Patienten den Umgang mit WE erleichtert.

4 Methodik

In der vorliegenden Studie wurden verschiedene Datenquellen benutzt (Abbildung 1). In diesem Kapitel wird die Methodik der Erhebungen dargestellt.

4.1 VORINTERVIEWS

Um erste Hinweise zur Relevanz von WE zu erhalten, wurden im ersten Quartal 2019 qualitative Vorinterviews mit den nachfolgend aufgeführten Personen durchgeführt:

- Beraterin Krebstelefon
- Beraterin SPO
- Verantwortliche für PatientInnenfeedback in einem Zürcher Regionalspital
- Leiterin PatientInnenorganisation
- Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin in einem Ärztenetzwerk

Für die Gespräche wurde ein semi-strukturierter Leitfaden entwickelt, um eine strukturierte Gesprächsführung zu gewährleisten. Die aus den Vorinterviews gesammelten Ergebnisse sind in die Entwicklung der Befragungsinstrumente sowie in die Weiterentwicklung des konzeptuellen Frameworks eingeflossen.

4.2 BEFRAGUNG PATIENTINNENORGANISATIONEN

Um die Perspektive der BeraterInnen von PatientInnenorganisationen und Beschwerdestellen zu erfassen, wurden BeraterInnen aus allen drei Sprachregionen im Rahmen eines Online-Surveys befragt (Anhang 13.2.1).

4.2.1 Inhalt der Befragung

Ziel der Befragung war es, die Perspektive von Beraterinnen und Beratern unterschiedlicher PatientInnenorganisationen zu erfassen. Im Vordergrund stand die Einschätzung der Befragten in Bezug auf die Relevanz und Häufigkeit von WE, auf die involvierten Gesundheitsfachpersonen und auf die Auswirkungen von WE. Darüber hinaus wurden soziodemografische Angaben zur Person und zur Art der Beratungstätigkeit erhoben. Im Anhang 13.3.1 ist der Fragebogen abgebildet. Die erhobenen Items wurden basierend auf unserem konzeptuellen Framework und den Vorinterviews entwickelt. Da es sich mehrheitlich um neue Items handelte, erfolgten ausführliche Pretests (u.a. kognitive Interviews) und eine Überarbeitung des Fragebogens in mehreren Schritten.

Die anonyme Datenerhebung fand vom 6. Mai bis 20. Juni 2019 (Tabelle 1) statt. Dazu wurden verschiedene PatientInnenorganisationen und andere Beratungsinstitutionen (Anhang 13.2.1) angeschrieben und gebeten, den Link zur Befragung den beratenden Mitarbeitenden weiterzuleiten.

4.2.2 Merkmale der standardisierten Online-Befragung

Tabelle 1: Schlüsselmerkmale der Befragung der PatientInnenorganisationen

Population	Beraterinnen und Berater von diversen PatientInnenorganisationen und Selbsthilfegruppen (Anhang 13.2.1)
Feldzeit	6.5.2019 bis 20.6.2019
Survey	Online-Survey mit anonymem Zugangslink in Deutsch, Französisch und Italienisch
Survey Software	EFS-Survey 2018
Sampling	Gelegenheitsstichprobe, rekrutiert via diverse PatientInnenorganisationen (Anhang 13.2.1).
Abgeschlossene Befragungen	88

4.2.3 Stichprobe

Am Ende der Feldphase haben 88 Personen die Befragung beendet. 3 davon mussten für die Analysen ausgeschlossen werden, da sie in ihrer beruflichen Tätigkeit keine Patientinnen und Patienten und/oder Angehörige beraten.

73 Personen haben den Fragebogen auf Deutsch, 9 auf Französisch und 3 auf Italienisch beantwortet. 87 Prozent der Befragten waren Frauen, 12 Prozent Männer, 1 Prozent gab anderes als Antwort an. Das Alter der Befragten reichte von 27 bis 78 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 48 Jahren (Standardabweichung 10 Jahre).

4.2.4 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Befragung von PatientInnenorganisationen ist zu berücksichtigen, dass es sich um die Einschätzung von Beraterinnen und Beratern handelt. Diese nehmen die Perspektive der Patientinnen und Patienten ein, die sie beraten. Sie sind selbst nicht direkt in den Behandlungsprozess involviert und ihre Informationen stammen primär von den Patientinnen und Patienten.

4.3 BEFRAGUNG VON PATIENTINNEN UND PATIENTEN

4.3.1 Inhalt der Befragung

Im Fokus dieser zweiten Befragung stand die subjektive Einschätzung der Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen mit WE, zum Inhalt der Widersprüche und zu den involvierten Gesundheitsfachpersonen sowie zum Umgang mit und den Konsequenzen von WE. Wiederum wurde der Fragebogen im Rahmen von Pretests (kognitive Interviews) getestet und optimiert. Anschliessend wurde der Fragebogen ins Italienische und Französische übersetzt. Der Fragebogen (deutschsprachige Version) befindet sich im Anhang 13.4.3.

Die Online-Befragung erfolgte anonymisiert über einen Zugangslink, welcher über verschiedenen Kanäle (Social Media, Newsletter, Mailversand usw.) von verschiedenen PatientInnenorganisationen/Selbsthilfegruppen (Anhang 13.4.1) verbreitet wurde (Tabelle 2). Die meisten Befragten konnten via kantonale Selbsthilfezentren (79 Teilnehmende) rekrutiert werden, gefolgt von der Rheumaliga (42), Cuore Matto (36), der Schweizerischen Adipositas-Stiftung (31), AHA! Allergiezentrum (30) sowie Pro Raris (28) (detaillierte Angaben zu Teilnehmenden weiterer Organisationen sind im Anhang 13.4.2 aufgeführt).

4.3.2 Merkmale der standardisierten Online-Befragung

Tabelle 2: Schlüsselmerkmale der Online-Befragung

Population	Patientinnen und Patienten und deren Angehörige, welche in Kontakt mit diversen PatientInnenorganisationen und Selbsthilfegruppen stehen (Anhang 13.4.1)
Feldzeit	13.9.2019 bis 23.01.2020
Survey	Online-Survey mit anonymem, organisationsspezifischem Zugangslink in Deutsch, Französisch und Italienisch
Survey Software	EFS-Survey 2018
Sampling	Gelegenheitsstichprobe, rekrutiert via diverse PatientInnenorganisationen und auf unterschiedlichen Kanälen (Mailversand, Aufschalten des Survey-Links auf der Homepage, Verbreitung über Social Media, Auflage eines Flyers) (Anhang 13.4.2)
Abgeschlossene Befragungen	314

4.3.3 Stichprobe

Bis zum Ende der Feldzeit beendeten 314 Personen die Befragung. 274 Personen haben den Fragebogen auf Deutsch, 29 auf Französisch und 11 auf Italienisch ausgefüllt. 73 Prozent der Befragten waren Frauen, 27 Prozent Männer. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 49 Jahre (Standardabweichung 16 Jahre) mit einem Range von 2 bis 87 Jahren. Rund 48 Prozent der Befragten gaben an, dass ihr Gesundheitszustand mindestens gut ist, 13 Prozent schätzten ihn als schlecht bis sehr schlecht ein. 89 Prozent gaben an, an mindestens einer chronischen Krankheit zu leiden. Damit enthält die Stichprobe einen überproportionalen Anteil von chronisch Kranken.

4.3.4 Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Befragung der Patientinnen und Patienten ist zu beachten, dass diese die Fragen immer in Bezug auf subjektiv wahrgenommene WE beantwortet haben. Ob es sich auch objektiv um WE handelte, kann nicht beantwortet werden. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass ein Grossteil der Befragten an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet, entsprechend enthält die Stichprobe viele Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern. Die Befunde lassen sich nicht ohne Weiteres über die befragte Personengruppe hinaus generalisieren und die – nicht näher bestimmbare – Selektivität der Stichprobe ist zu berücksichtigen. Die Rekrutierung über Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen führt zudem dazu, dass fast nur Patientinnen und Patienten in der Stichprobe vertreten sind, die bereits in irgendeiner Form Unterstützung in Anspruch genommen haben und wahrscheinlich dadurch im Vergleich zu anderen Patientinnen und Patienten sehr gut über ihr Krankheitsbild informiert sind. Inwiefern dies einen Einfluss auf das Erkennen einer WE und den Umgang damit hat, ist nicht bekannt. Generell muss zudem davon ausgegangen werden, dass das Konzept «Widersprüchliche Einschätzungen» für einen Teil der Befragten schwer verständlich war. Und es ist anzunehmen, dass WE nicht nur durch Gesundheitsfachpersonen gemacht werden, sondern dass auch Patientinnen und Patienten gewisse Aussagen falsch verstehen und somit subjektiv wahrgenommene Widersprüchlichkeiten entstehen.

4.4 QUALITATIVE DETAILANALYSE VON DREI BEHANDLUNGSSETTINGS

In Absprache mit dem BAG erfolgte die Detailanalyse zu WE in einem strukturierten Behandlungsprogramm für DiabetikerInnen sowie in einem Psychiatrie-Setting. Zusätzlich haben drei Studierende des ZHAW Masterstudiengangs «Business Administration, Major Health Economics and Healthcare Management», angeleitet von uns, im Rahmen einer Projektarbeit Interviews in der Orthopädie mit Fokus Knie durchgeführt.³ Die Gründe für die Wahl der Behandlungssettings sind:

Diabetes-Primärversorgung:

- Die Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern ist ein exemplarisches Feld der Grundversorgung, in das diverse Gesundheitsfachpersonen involviert sind.
- Diabetes ist mit einer Prävalenzrate von 4 Prozent eine der häufigsten chronischen Erkrankungen.
- Diabetes tritt im höheren Alter sehr häufig auf (11% der 65-Jährigen und Älteren, Bundesamt für Statistik, 2017) und geht in dieser Gruppe oft mit anderen Erkrankungen und Beschwerden einher (Multimorbidität).
- Bei der Diagnosestellung und Behandlung von Diabetes sind eher wenig WE zu erwarten, da die Diagnose von Diabetes relativ eindeutig zu stellen ist und über die Behandlung und Sekundärprävention grosso modo Konsens herrscht.
- Im untersuchten strukturierten Behandlungsprogramm für DiabetikerInnen wird explizit die IPZ gestärkt und gefördert, z.B. durch Qualitätszirkel, den stärkeren Einbezug von medizinischen PraxisassistentInnen (MPA) sowie durch eine Behandlung/Betreuung/Sekundärprävention, die konsequent an Guidelines ausgerichtet und standardisiert ist.

Psychiatrie:

- Die Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen in der Schweiz ist hoch. Laut den Daten der schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2012 geben beispielsweise 6,5 Prozent der Befragten an, an einer mittleren bis starken und 22,2 Prozent, an einer schwachen Depression zu leiden.⁴ Weiter gehören Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter in der Schweiz (15,8 %) (Bundesamt für Statistik, 2013).
- In der Psychiatrie sind Diagnose und Therapie oftmals nicht uneindeutig, und Patientinnen und Patienten dieses Behandlungssettings dürften häufig mit WE konfrontiert werden.
- Rund 68 Prozent (n=30) der von uns befragten BeraterInnen von PatientInnenorganisationen sind der Ansicht, dass bei psychischen Beschwerden und Depressionen eher häufig bis sehr häufig WE auftreten.

Orthopädie (Fokus Knie):

- Rund die Hälfte der von uns Befragten BeraterInnen von PatientInnenorganisationen gibt an, dass ihrer Ansicht nach in der Orthopädie/Traumatologie eher häufig bis sehr häufig WE auftreten (Zwischenbericht 2).
- Während Diagnosen in diesem Setting meist relativ eindeutig sind, bestehen oft unterschiedliche Einschätzungen darüber, ob eine konservative oder operative Behandlung durchgeführt werden soll.

³ Die Interviews für dieses Projekt wurden zusätzlich von uns ausgewertet, damit die Ergebnisse in diesen Bericht einfließen können.

⁴ Diese Daten basieren auf einer Befragung in Privathaushalten. Es kann angenommen werden, dass die Häufigkeit mittlerer und starker Depressionen möglicherweise unterschätzt wird, da erkrankte Personen für Umfragen schwer zu erreichen sind, und diejenigen, die sich in einer Institution aufhalten, in der Befragung nicht berücksichtigt werden.

4.4.1 Inhalt der qualitativen Interviews

Der qualitativen Detailanalyse liegen halbstrukturierte Interviews mit verschiedenen Gesundheitsfachpersonen aus den untersuchten Behandlungssettings zugrunde. Die Interviews wurden anhand eines Interviewleitfadens geführt (Anhang 13.5.1) und deckten folgende Themen ab:

- Kontaktpunkte von Patientinnen und Patienten mit Gesundheitsfachpersonen während des Versorgungsprozesses
- Kontaktpunkte und Kommunikationsformen/-gefäße von Gesundheitsfachpersonen untereinander während des Versorgungsprozesses
- Kritische Zeitpunkte im Versorgungsprozess, bei denen WE auftreten können
- Charakteristika häufig auftretender WE
- Umgang mit und Folgen von WE

4.4.2 Stichprobe

Ende 2019/Anfang 2020 wurden gesamthaft 15 qualitative Interviews durchgeführt. Die InterviewpartnerInnen wurden im Sinne des «Theoretical Sampling» (Glaser & Strauss, 2010) nach den Kriterien «Setting» und «Berufsgruppe» ausgewählt (Tabelle 3). Zudem wurden Interviewpartnerinnen und -partner von möglichst verschiedenen Standorten ausgewählt, um diesbezüglich eine breite Abdeckung zu gewährleisten. Die Interviews wurden transkribiert und mit Unterstützung des Programms MAXQDA (Version 18.2) inhaltsanalytisch ausgewertet (Mayring, 2015).

InterviewpartnerInnen nach Funktion und Behandlungssettings

Tabelle 3: InterviewpartnerInnen nach Funktion und Setting

	Diabetes	Psychiatrie	Orthopädie ⁵
Arzt/Ärztin	1	1	3
Pflegfachperson		1	
Medizinische Praxisassistentin/ Medizinischer Praxisassistent	3 (davon ein Doppelinterview)		
Psychologe/Psychologin		1	
Ergotherapeut/Ergotherapeutin		1	
Physiotherapeut/Physiotherapeutin	2		3

4.4.3 Limitationen

Die Ergebnisse der 15 qualitativen Interviews erheben keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, vielmehr zielte die Detailanalyse darauf ab, vertiefte qualitative Informationen zu WE und zum Umgang mit WE aus der Perspektive der befragten Gesundheitsfachpersonen zu erhalten.

⁵ Interviews wurden von drei Studierenden im Rahmen einer Projektarbeit geführt (identischer Interview-Leitfaden).

5 Ergebnisse: Erfahrungen von BeraterInnen und PatientInnen mit widersprüchlichen Einschätzungen

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung der Beraterinnen und Beratern von PatientInnenorganisationen und der Befragung der Patientinnen und Patienten dargestellt. Da es sich um unterschiedliche Befragungen handelt, können die Ergebnisse nicht direkt miteinander verglichen werden. Die thematische Anordnung zeigt dennoch auf, wo die Meinungen von Beraterinnen und Beratern und Patientinnen und Patienten ähnlich ausfallen und in welchen Bereichen sie sich unterscheiden. Es gilt zu beachten, dass bei beiden Befragungen eine Gelegenheitsstichprobe erfasst wurde. Die Befunde dürfen deshalb nicht ohne Weiteres auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden.

5.1 WIE HÄUFIG TRETEN WIDERSPRÜCHLICHE EINSCHÄTZUNGEN AUF?

Adressierte Frage:

- Wie häufig treten WE laut den befragten Personen auf?

5.1.1 Perspektive PatientInnenorganisationen

WE von Gesundheitsfachpersonen sind aus Sicht der Beraterinnen und Berater für die Patientinnen und Patienten ein sehr relevantes Thema. Direkt nach ihrer Einschätzung dazu gefragt, ob WE ein relevantes Problem für Patientinnen und Patienten darstellen, sagen 43 Prozent «ganz bestimmt» und weitere 37 Prozent «eher ja». Nur eine Minderheit von 6 Prozent sieht WE als kein relevantes Problem und verneint («eher nicht»).

5.1.2 Perspektive Patientinnen und Patienten

Die Befragung der Patientinnen und Patienten ergab, dass 47 Prozent (n=147) in den vorhergehenden 2 Jahren mindestens einmal WE durch Gesundheitsfachpersonen erhalten haben. Dies zeigt, dass ein beträchtlicher Anteil der Patientinnen und Patienten mit WE konfrontiert ist.

5.1.3 Interpretation

Insgesamt zeigen die Befragungen sowohl der PatientInnenorganisationen als auch der Patientinnen und Patienten auf, dass es sich bei WE um ein relevantes Thema handelt, von welchem viele Patientinnen und Patienten betroffen sind. Die mehr als doppelt so hohe Prävalenz im Vergleich zur bevölkerungsrepräsentativen IHP-Befragung (Merçay, 2017) dürfte darauf zurückzuführen sein, dass die Befragten der vorliegenden Studie überproportional oft an chronischen Erkrankungen leiden und deshalb häufiger im Austausch mit Gesundheitsfachpersonen stehen. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Auftretens von WE. Dass die befragten Patientinnen und Patienten über PatientInnenorganisationen rekrutiert wurden, dürfte diesen Effekt noch verstärkt haben. Immerhin 45 Prozent der Befragten verneinen, mit einer WE konfrontiert worden zu sein, und 8 Prozent antworten mit «weiss nicht». Die relativ hohe Rate von «weiss nicht»-Antworten bei der PatientInnenbefragung ist ein Indiz dafür, dass das Konzept

«Widersprüchliche Einschätzungen» für einen gewissen Teil der Befragten schwer verständlich war oder dass es für einige Befragte schwierig war, zu entscheiden, ob tatsächlich WE vorlagen oder nicht.

5.2 WAS SIND DIE CHARAKTERISTIKA VON WIDERSPRÜCHLICHEN EINSCHÄTZUNGEN?

Adressierte Fragen:

- Was sind die Charakteristika von WE?
- In welchen Versorgungsbereichen kommen sie öfter bzw. weniger oft vor?
- In bzw. zwischen welchen Versorgungsgruppen kommt es öfter bzw. weniger oft vor?
- Wie ist die Prävalenz WE aufgeschlüsselt nach verschiedenen Subpopulationen?

5.2.1 Perspektive PatientInnenorganisationen

Laut den befragten Beraterinnen und Beratern der PatientInnenorganisationen tauchen bei allen PatientInnengruppen WE auf (Abbildung 5). Patientinnen und Patienten mit Multimorbidität und Depression scheinen häufiger von WE betroffen zu sein als andere PatientInnengruppen. Eher selten tauchen WE bei Schwangerschaft und Geburt auf. Auffallend ist, dass auch PalliativpatientInnen laut den Befragten verhältnismässig wenig mit WE konfrontiert werden.

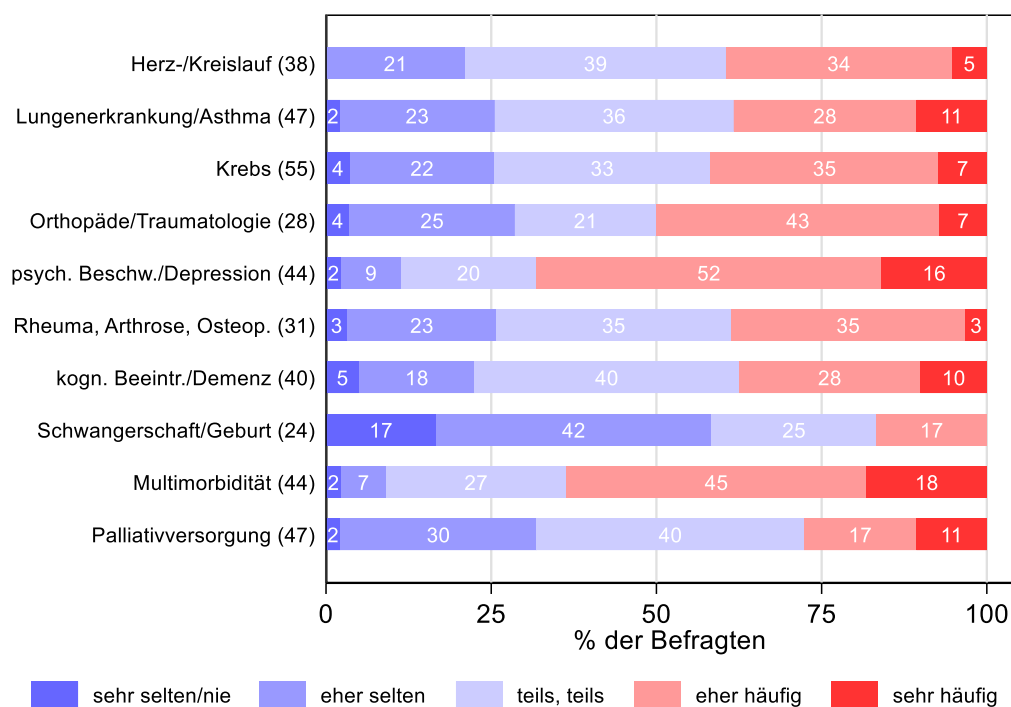


Abbildung 5: Häufigkeit WE nach PatientInnengruppe. «Wie häufig sind Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».

Weiter wurde in einer offenen Frage angemerkt, dass auch Menschen mit Erkrankungen, die bei der Befragung nicht explizit erfasst wurden, wie beispielsweise Diabetes oder Parkinson mit WE konfrontiert werden. Ausserdem

wurde erwähnt, dass Personen mit sprachlichen Schwierigkeiten (Fremdsprachige, Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen usw.), vulnerable und alte Patientinnen und Patienten häufig von WE berichten. Insgesamt ist mehr als ein Drittel der Befragten bei Beratungen «eher häufig» oder «sehr häufig» mit WE durch Gesundheitsfachpersonen konfrontiert, ein Viertel «selten», ein Drittel «teils, teils». Über die Hälfte der befragten Beraterinnen und Berater (56%) ist der Ansicht, dass WE «eher häufig» oder «sehr häufig» vermeidbar wären.

5.2.2 Perspektive Patientinnen und Patienten

Abbildung 6 zeigt die Prävalenz von WE gemäss Angaben der befragten Patientinnen und Patienten aufgeschlüsselt nach verschiedenen Subpopulationen. Es lassen sich nur wenig systematische Unterschiede zwischen den Subpopulationen erkennen, die über Zufallsschwankungen hinausgehen.⁶ Aber erwartungsgemäss lässt sich zwischen der Anzahl Konsultationen und der Prävalenz von WE ein positiver Zusammenhang erkennen. Personen mit einer tiefen Health Literacy⁷ geben mit 55 Prozent häufiger an, WE zu erfahren, als solche mit einer hohen Health Literacy (40%). 52 Prozent der befragten Frauen, aber nur 32 Prozent der befragten Männer geben an, eine WE erhalten zu haben. In unserer befragten Stichprobe berichten demnach Frauen deutlich häufiger von WE. Teilnehmende mit Schweizer Staatsbürgerschaft geben mit 47 Prozent häufiger an, dass sie in den letzten zwei Jahren WE erfahren haben, als solche ohne Schweizer Staatsbürgerschaft (30%). Festzuhalten ist allerdings, dass in unserer Stichprobe nur 6 Prozent (20 Personen) keine Schweizer Staatsbürgerschaft haben.

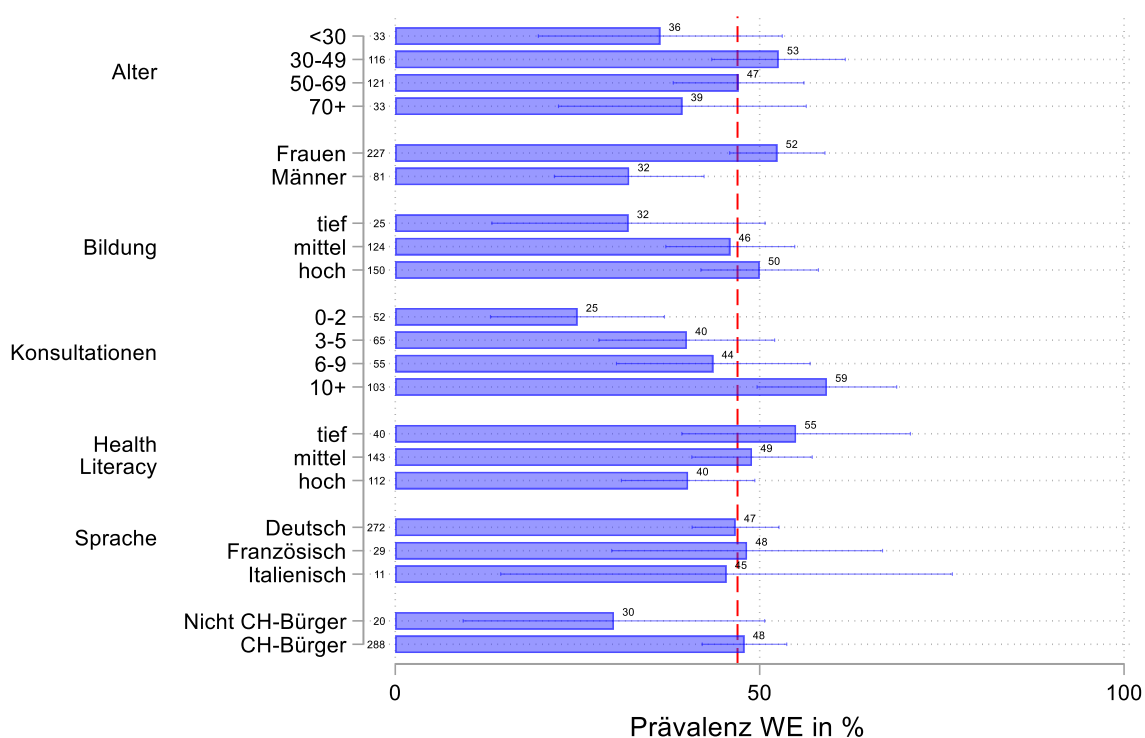


Abbildung 6: Prävalenz WE 24 Monate, nach Subpopulationen. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an. Die gestrichelte rote Linie steht für den Gesamtmittelwert von 47 Prozent. Die Zahlen links am Fuss der Balken geben die Anzahl Antworten der jeweiligen Gruppe an.

⁶ Stark überlappende Konfidenz-Intervalle zeigen, dass bei den Unterschieden von Zufallsschwankungen ausgegangen werden muss.

⁷ Gesundheitskompetenz «umfasst das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, gesundheitsrelevante Informationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag in den Domänen der Krankheitsbewältigung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebenslaufs erhalten oder verbessern» (Sørensen et al., 2013). Für die vorliegende Untersuchung wurden Gesundheitskompetenz mit einer Kurzvariante des HLS-EU erfasst, einem in ganz Europa eingesetzten Fragebogen mit ursprünglich 47 Items. In der vorliegenden Befragung haben wir nur die Items zur Krankheitsbewältigung erfasst, auf welche auch Abel et al. 2017 in einer Studie im Auftrag des BAG fokussierten (Abel et al., 2017). Detaillierte Auswertungen der einzelnen Items und die Bildung der Kategorien tief/mittel/hoch sind im Anhang 13.4.4 zu finden.

WE tauchen bei allen befragten PatientInnengruppen auf (Abbildung 7). Personen mit einer chronischen Erkrankung sind mit 49 Prozent deutlich häufiger von WE betroffen als solche ohne chronische Erkrankung (28 %). Zwischen den verschiedenen Krankheitsgruppen lassen sich keine systematischen Unterschiede erkennen – teilweise ist dazu aber auch die Fallzahl der Befragten aus einzelnen PatientInnengruppen zu klein.

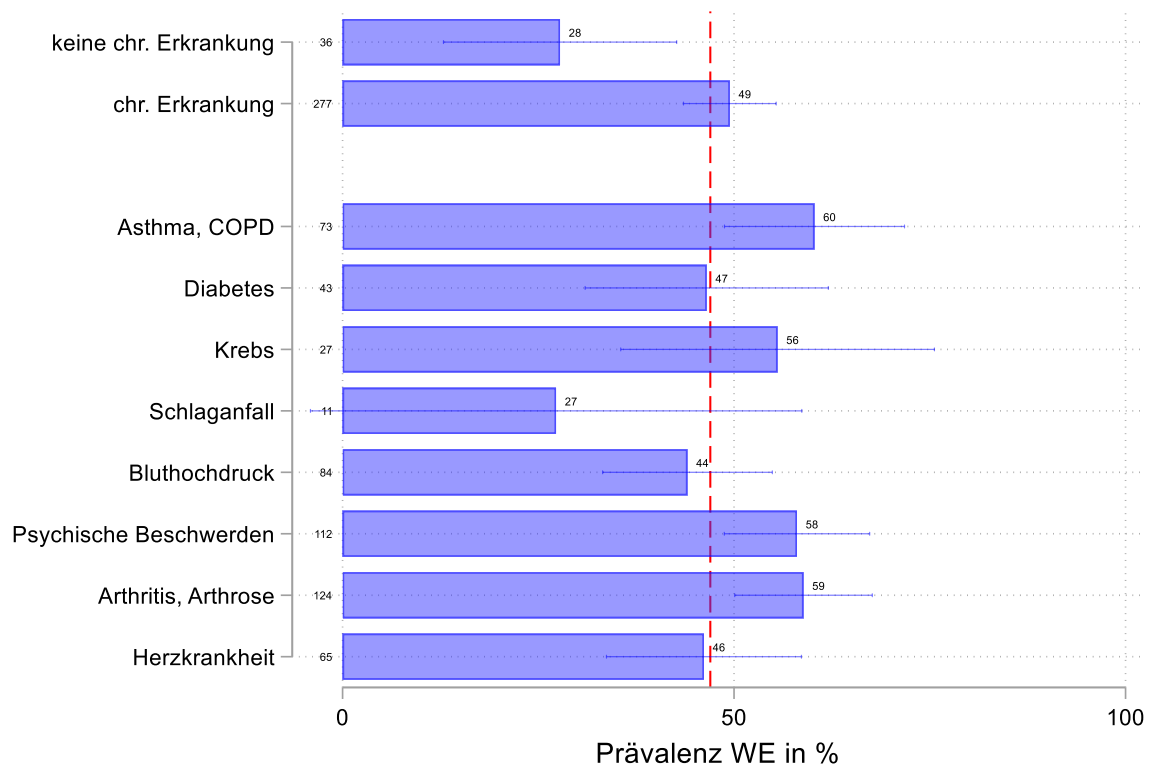


Abbildung 7: Prävalenz WE 24 Monate, nach PatientInnengruppen. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an. Die gestrichelte rote Linie steht für den Gesamtmittelwert von 47 Prozent. Die Zahlen links am Fuss der Balken geben die Anzahl Antworten der jeweiligen Gruppe an.

5.2.3 Interpretation

Grundsätzlich sind alle PatientInnengruppen mit WE konfrontiert. Die PatientInnenbefragung zeigt auf, dass mit steigender Anzahl an Kontaktpunkten (mehrere Arztbesuche) die Wahrscheinlichkeit der WE steigt. So berichten Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Krankheit deutlich häufiger von WE. Über die verschiedenen Krankheitstypen hinweg fällt die Prävalenz ähnlich aus. Dabei muss einschränkend erwähnt werden, dass in der befragten Stichprobe vor allem Patientinnen und Patienten mit eher komplexen Krankheitsbildern vertreten sind. Allerdings bestätigt sich die Vermutung, dass Patientinnen und Patienten mit einer höheren Health Literacy (Gesundheitskompetenz) seltener von WE berichten. Möglicherweise diskutieren Patientinnen und Patienten mit einer höheren Health Literacy etwaige Widersprüche direkt beim Auftreten mit den Gesundheitsfachpersonen oder nehmen leicht abweichende Einschätzungen nicht als Widersprüche wahr.

5.3 WAS IST DER INHALT VON WIDERSPRÜCHLICHEN EINSCHÄTZUNGEN?

Adressierte Fragen:

Was sind die Charakteristika der Widersprüche?

- In welchen Versorgungsbereichen kommen sie öfter bzw. weniger oft vor?

5.3.1 Perspektive PatientInnenorganisationen

Insgesamt tauchen laut den Beraterinnen und Beratern in allen Situationen WE auf. WE treten aber speziell häufig bei der Wahl von Therapieoptionen, Entscheiden zu Wahleingriffen und bei der Bestimmung der Medikation auf. Eher selten treten WE bei der Interpretation von Laborergebnissen und radiologischem Material auf (Abbildung 8). In einer offenen Frage konnten die Beraterinnen und Berater angeben, in welchen Situationen WE auftreten. Mehrmals wurde dabei erwähnt, dass es oft zu Problemen im Zusammenhang mit einem IV-Verfahren kommt. Ebenfalls wurde angemerkt, dass es bei Therapieversagen, bezüglich des Umgangs mit Material oder bezüglich Arbeitsunfähigkeitszeugnissen häufig zu WE kommt.

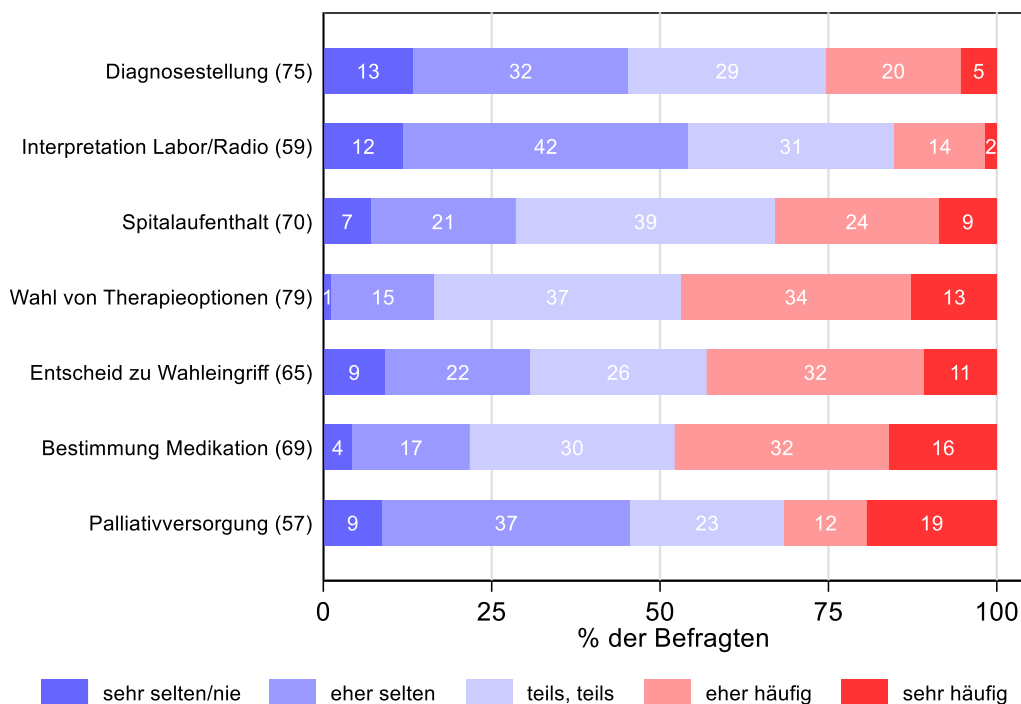


Abbildung 8: Häufigkeit WE in verschiedenen Situationen. «Wie häufig sind Patientinnen und Patienten in den folgenden Situationen mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».

5.3.2 Perspektive Patientinnen und Patienten

Laut den befragten Patientinnen und Patienten treten WE besonders häufig bei der Medikation, der Diagnosestellung oder der Wahl der Therapieoptionen auf (Abbildung 9). Weit weniger häufig waren WE bei der Interpretation von Röntgen- oder Laborbefunden sowie bei Entscheiden über Wahleingriffe.

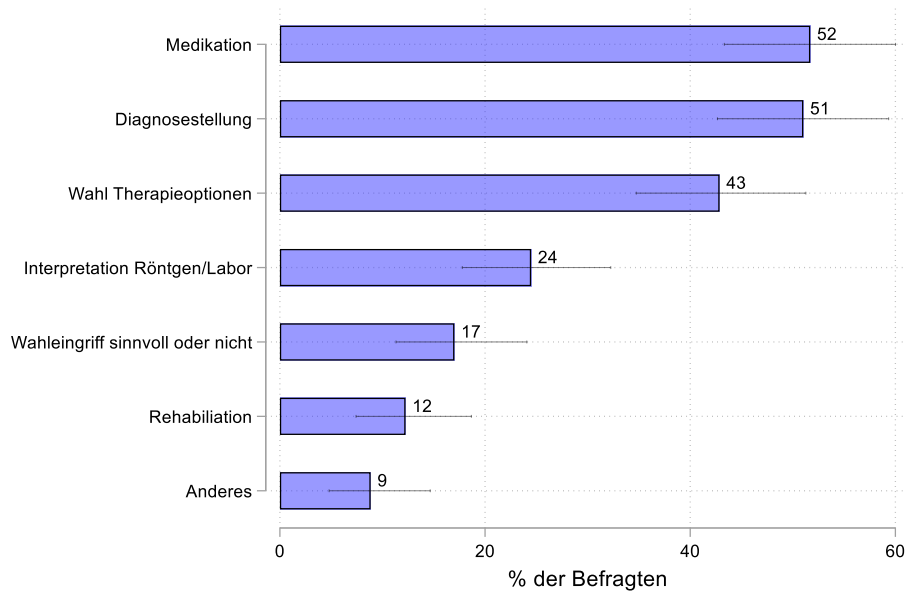


Abbildung 9: Inhalt der WE. N=147. Mehrere Nennungen möglich. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an.

5.3.3 Interpretation

Laut den befragten Patientinnen und Patienten treten WE am häufigsten bei der Medikation, der Diagnosestellung und der Wahl der Therapieoption auf. Diese Einschätzung deckt sich mit derjenigen der Beraterinnen und Berater von PatientInnenorganisationen.

5.4 WELCHE PROFESSIONEN SIND BEI WIDERSPRÜCHLICHEN EINSCHÄTZUNGEN INVOLVIERT?

Adressierte Fragen:

Was sind die Charakteristika der WE?

- In bzw. zwischen welchen Versorgungsgruppen kommen sie öfter bzw. weniger oft vor?
- Entstehen sie z.B. eher zwischen den oder innerhalb der Berufsgruppen?

5.4.1 Perspektive PatientInnenorganisationen

Die befragten Beraterinnen und Berater sind der Ansicht, dass WE grundsätzlich bei allen erfragten Kombinationen von Gesundheitsfachpersonen auftreten. WE finden aber besonders häufig zwischen zwei Fach-/SpezialärztInnen (43% «eher häufig» oder «sehr häufig») oder zwischen HausärztInnen und FachärztInnen (55% «eher häufig» oder «sehr häufig») statt (Abbildung 10). Das Auftreten bei anderen Kombinationen von Gesundheitsfachpersonen, etwa mit Pflegefachpersonen, Physio-/ErgotherapeutInnen oder ApothekerInnen, wird dagegen als deutlich weniger häufig eingeschätzt.

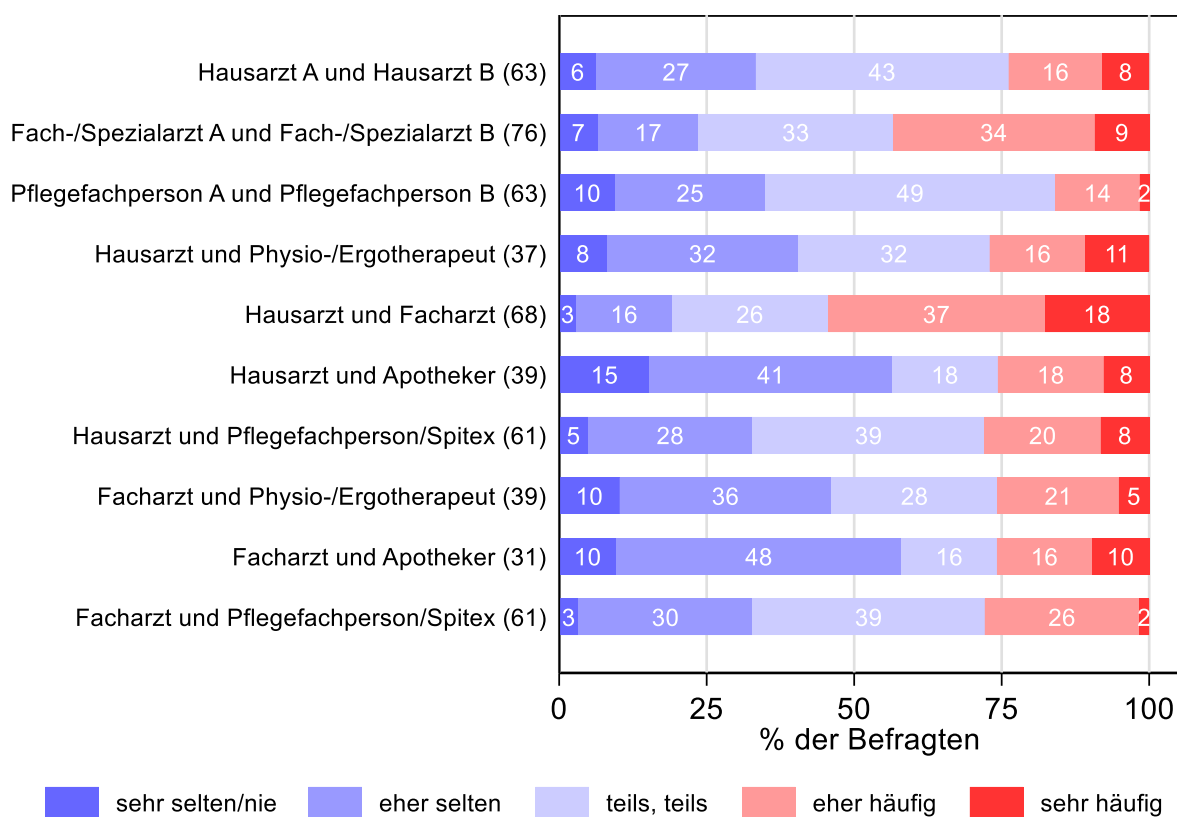


Abbildung 10: Häufigkeit beteiligter Akteure bei WE. «Wie häufig stammen widersprüchliche Einschätzungen von zwei Gesundheitsfachpersonen (GFP) aus derselben/aus verschiedenen Berufsgruppen?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».

5.4.2 Perspektive Patientinnen und Patienten

Gemäss den befragten Patientinnen und Patienten treten bei den beteiligten Gesundheitsfachpersonen besonders die SpezialistInnen/FachärztInnen mit 58 Prozent der Nennungen hervor, gefolgt von HausärztInnen mit 21 Prozent. Andere Gesundheitsfachpersonen wie ApothekerInnen (3%), Pflegende/Spitex (1%) oder PhysiotherapeutInnen (6%) waren laut den Befragten vergleichsweise selten involviert (Abbildung 11). Allerdings gilt es zu beachten, dass diese Befunde teilweise krankheitsspezifisch sind und deshalb stark von unserer Stichproben-Zusammensetzung abhängig sind.

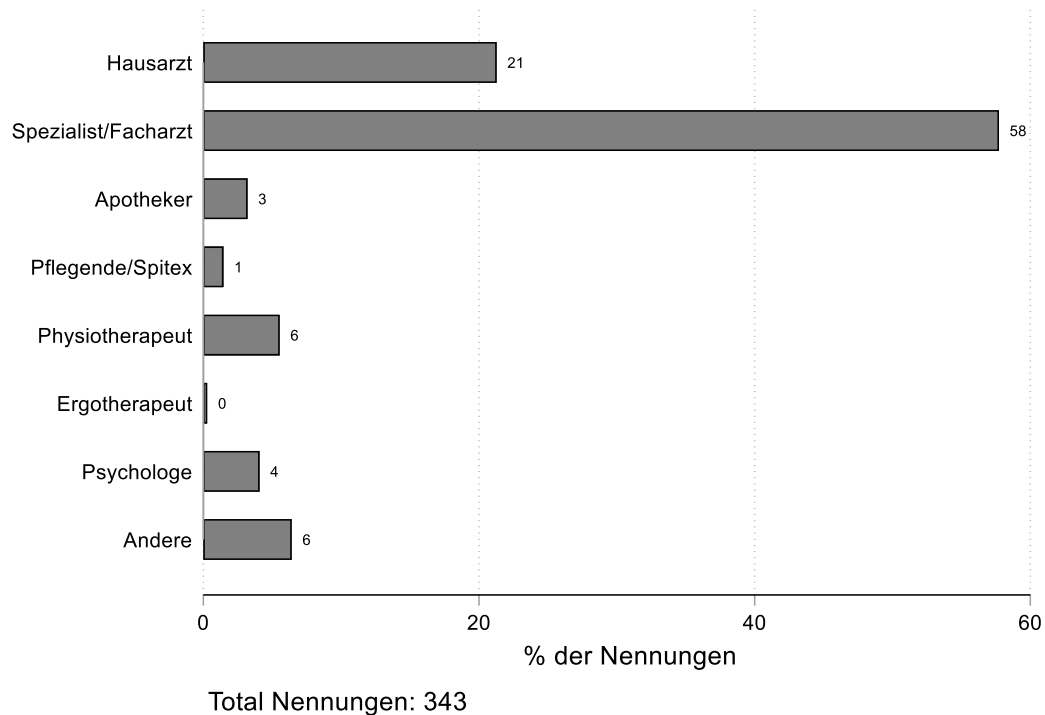


Abbildung 11: Beteiligte Gesundheitsfachpersonen, Anteil Nennungen an allen Nennungen. Befragte N=144. «Welche Gesundheitsfachpersonen waren dabei direkt involviert?» Bis zu 3 Nennungen möglich.

Wird die genaue Konstellation der beteiligten Gesundheitsfachpersonen betrachtet (Abbildung 12), so ereigneten sich die meisten WE zwischen zwei oder drei SpezialistInnen (zwei oder drei graue Balken, 27%), gefolgt von der Konstellation Hausarzt/Hausärztin und ein oder zwei SpezialistInnen (schwarzer Balken und ein oder zwei graue Balken, 25%).

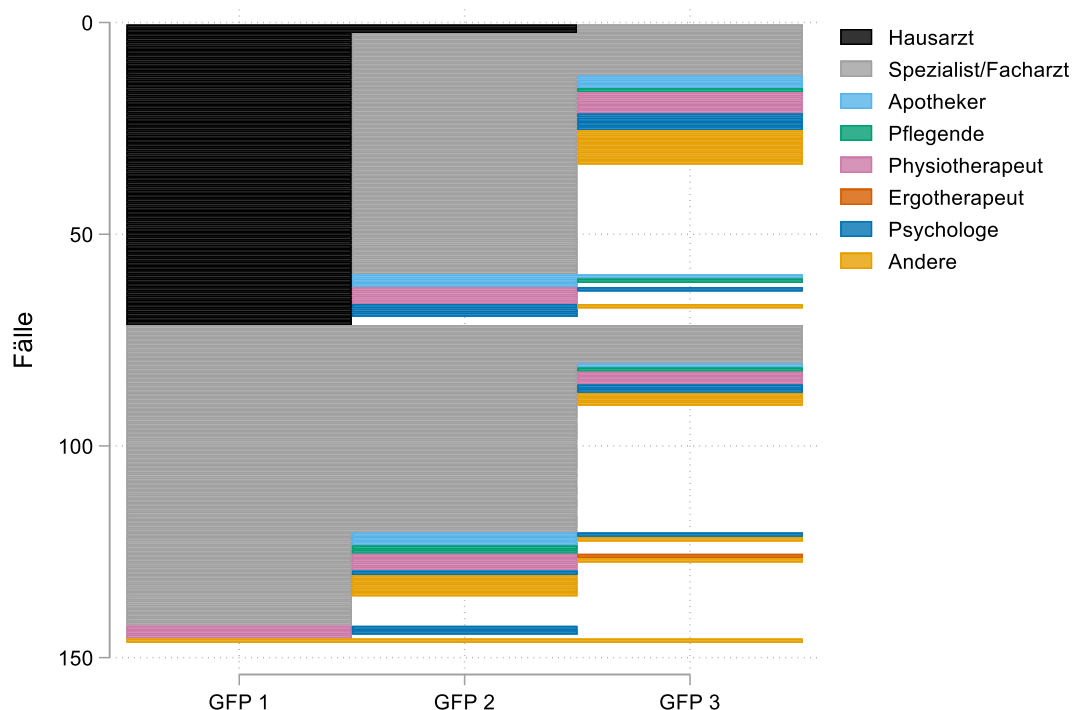


Abbildung 12: Genannte Kombinationen von beteiligten Gesundheitsfachpersonen. Jede horizontale Linie stellt einen Fall dar. N=146. «Welche Gesundheitsfachpersonen waren dabei direkt involviert?» Bis zu 3 Nennungen möglich. Lesebeispiel oberste horizontale Linie: Gesundheitsfachperson 1 ist ein Hausarzt (schwarzer Balken), GFP 2 ist ebenfalls eine Hausärztin (schwarzer Balken) und die dritte involvierte Gesundheitsfachperson ist eine Spezialistin (grauer Balken).

5.4.3 Interpretation

Laut den befragten Patientinnen und Patienten tauchen WE am häufigsten zwischen verschiedenen FachärztInnen oder zwischen FachärztInnen und HausärztInnen auf. Auch die BeraterInnen von PatientInnenorganisationen schätzen das Auftreten von WE für diese beiden Kombinationen am höchsten ein, allerdings höher für die Kombination HausärztInnen und FachärztInnen. WE dürften häufig zwischen behandelnden Ärztinnen und Ärzten verschiedener Versorgungsstufen oder zwischen verschiedenen Fachabteilungen in Spitälern entstehen. Aus diesen Einschätzungen kann aber nicht geschlossen werden, dass bei dieser Kombination von Gesundheitsfachpersonen die Kommunikation besonders schlecht funktioniert – vielmehr ist bei dieser Konstellation die Grundvoraussetzung gegeben, dass sich zwei oder mehrere Gesundheitsfachpersonen zum gleichen Thema äussern. Zwischen Gesundheitsfachpersonen unterschiedlicher Profession, z.B. medizinisches und therapeutisches Personal, bestehen dagegen klare Rollen- und Zuständigkeiten, sodass WE tendenziell seltener auftreten. Interessant ist ausserdem, dass sich WE vor allem innerhalb der gleichen Profession zwischen Ärztinnen und Ärzten ergeben und weniger interprofessionell zwischen verschiedenen Berufsgruppen (bspw. Pflegefachpersonen, TherapeutInnen, ApothekerInnen). Es kann demzufolge davon ausgegangen werden, dass WE aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten vor allem dann entstehen, wenn sich mehrere Personen zum gleichen Thema äussern und dabei die Zuständigkeiten nicht klar definiert sind. Zwischen Berufsgruppen sind die Aufgabenbereiche generell klarer geregelt, sodass weniger Potenzial für die Entstehung von WE vorhanden ist.

Es ist bekannt, dass Schnittstellen im Gesundheitswesen eine grosse Herausforderung für eine reibungslose Kommunikation darstellen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen deutlich auf, dass Handlungen zur Verbesserung der Kommunikation an Schnittstellen erforderlich sind, damit die inter-/intraprofessionelle Zusammenarbeit

gefördert wird, aber auch die Schnittstellen verbessert werden, um WE zu vermeiden respektive einen besseren Umgang damit zu pflegen.

5.5 WIE GEHEN PATIENTINNEN UND PATIENTEN MIT WIDERSPRÜCHLICHEN EINSCHÄTZUNGEN UM?

Adressierte Fragen:

Wie gehen Patientinnen und Patienten mit Widersprüchen um, z.B.:

- Was sind die Charakteristika der Widersprüche?
- Stellen Widersprüche für Patientinnen und Patienten ein Problem dar?
- Wie und wo informieren sie sich über die möglichen Vorgehensoptionen?
- Wie treffen sie ihre Entscheidungen?
- Welcher Fachperson «vertrauen» sie/Auf wen hören sie und weshalb?

5.5.1 Perspektive PatientInnenorganisationen

Die Beraterinnen und Berater wurden ebenfalls gefragt, wie Patientinnen und Patienten ihrer Einschätzung nach mit WE umgehen. 90 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass sich die Patientinnen und Patienten in der Regel an die Einschätzung der Gesundheitsfachperson ihres Vertrauens halten (Antwort «eher häufig» oder «sehr häufig»). Nur wenige Befragte glauben, dass die Betroffenen die Behandlung «eher häufig» oder «sehr häufig» verschieben (31%) und/oder die Behandlung gar abbrechen (26%) (Abbildung 13).

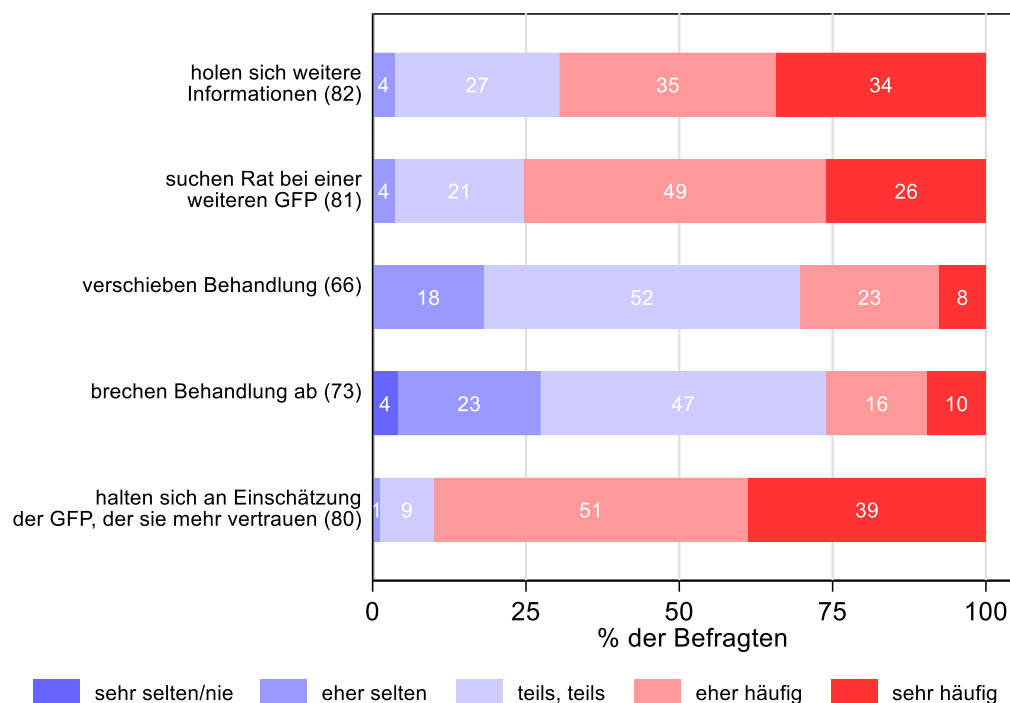


Abbildung 13: Häufigkeit verschiedener Strategien im Umgang mit WE. «Wie häufig benutzen PatientInnen folgende Strategien im Umgang mit widersprüchlichen Einschätzungen?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».

5.5.2 Perspektive Patientinnen und Patienten

Strategien im Umgang mit WE

Die befragten Patientinnen und Patienten geben unterschiedliche Strategien an, wie sie mit WE umgegangen sind (Abbildung 14). Rund die Hälfte hielt sich an die Einschätzung der Gesundheitsfachperson, der sie am meisten vertraut (49%). Ebenfalls die Hälfte hat bei den beteiligten Gesundheitsfachpersonen kritisch nachgefragt (49%). 42% haben sich anderweitig informiert, 40% haben Rat bei weiteren Gesundheitsfachpersonen gesucht. Auffallend ist, dass die Behandlung eher wenig verschoben (12%) oder abgebrochen wird (12%). Dennoch handelt es sich dabei um eine durchaus relevante Menge an wegen WE verschobenen oder abgebrochenen Behandlungen.

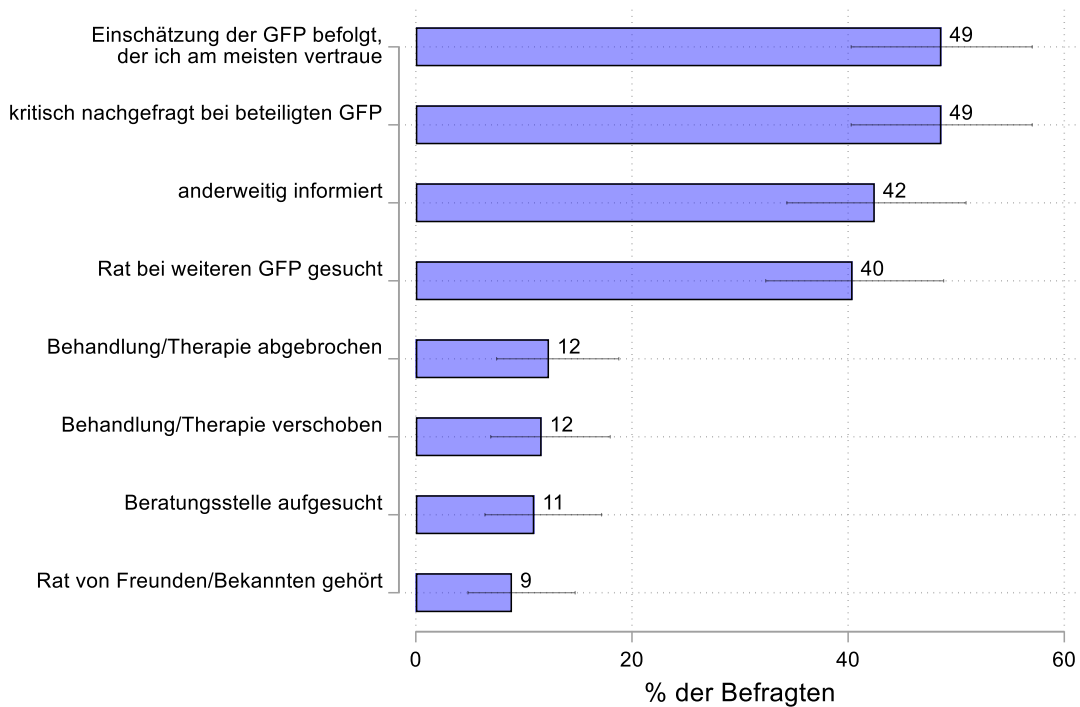


Abbildung 14: Umgang mit WE durch Befragte. N=146. Mehrfachnennungen möglich. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an.

5.5.3 Interpretation

Verhältnismässig wenige Befragte geben an, dass sie die Behandlung/Therapie abgebrochen oder verschoben haben. Die Befragten holten eher Rat bei einer weiteren Gesundheitsfachperson ein, informierten sich anderweitig oder haben kritisch nachgefragt. Darüber hinaus scheint die 'Gesundheitsfachperson des Vertrauens' eine sehr wichtige Ansprechperson zu sein. Zieht man das Konzept der Patientenkonfusion sowie dasjenige der Coping-Strategien aus den konzeptionellen Vorüberlegungen bei (Kapitel 3), so lässt sich festhalten, dass eher wenige Teilnehmende den *Abandon-Ansatz* als Coping-Strategie anwenden. Viel eher steht die *Confusion Reduction* im Vordergrund, bei der über verschiedenen Wege versucht wird, die WE aufzulösen oder zu reduzieren.

5.6 WAS SIND DIE KONSEQUENZEN FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN?

5.6.1 Perspektive Patientinnen und Patienten

Schweregrad WE

Beurteilen die Befragten die letzte erlebte WE, so geben 64 Prozent an, dass sie eine völlig oder stark unterschiedliche Einschätzung von zwei oder mehr Gesundheitsfachpersonen erhalten haben. 36 Prozent geben an, dass sich die Einschätzungen der Gesundheitsfachpersonen leicht oder nur minimal unterscheiden.

Konsequenzen WE

Über die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage, die WE habe sie sehr verunsichert, «eher» (29%) oder «völlig» (23%) zu. Ein ähnlich hoher Anteil gibt an, dass es eher (22%) oder völlig zutrifft (29%), das Ganze sei eine grosse emotionale Belastung gewesen. Gleichzeitig drücken auch viele Teilnehmende ihr Verständnis aus, dass WE zwischen Gesundheitsfachpersonen vorkommen können. Sie stimmen der Aussage zu, dass «so etwas mal passieren kann» (34%) oder, dass es «in der Medizin/Pflege immer verschiedene Meinungen» geben kann (52%). Patientinnen und Patienten zeigen also durchaus auch Verständnis für das Auftreten von (gewissen) WE. Gleichzeitig stimmen aber auch 48 Prozent der Befragten der Aussage zu, dass «so etwas nicht passieren darf» (Abbildung 15).

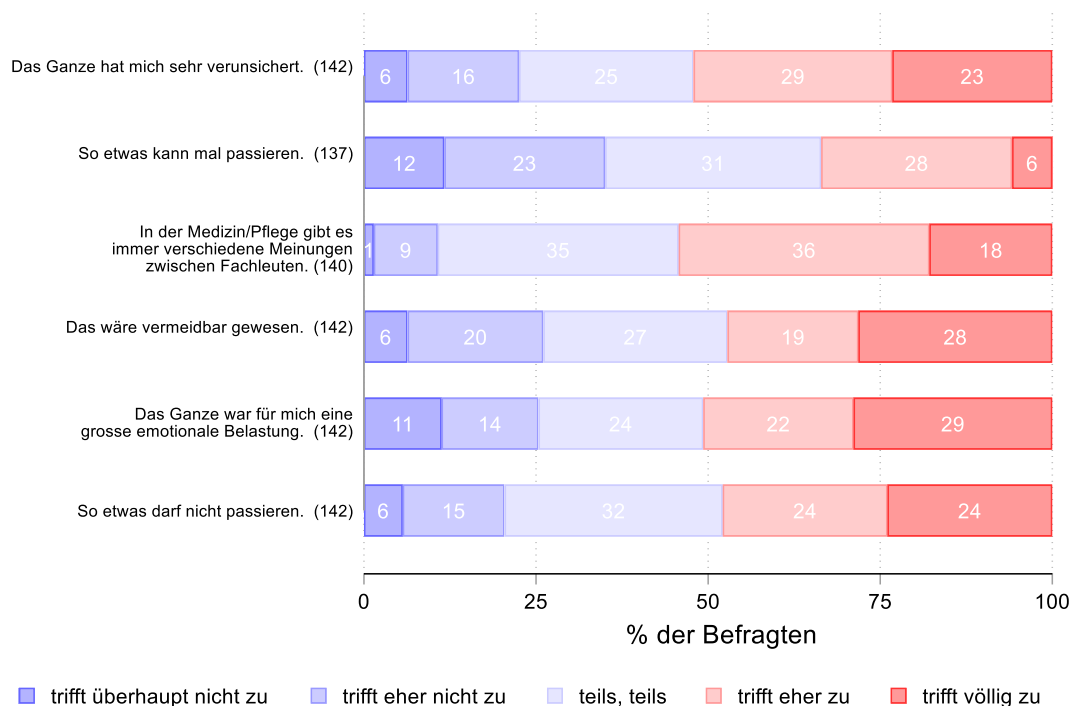


Abbildung 15: Konsequenzen für Patientinnen und Patienten. N der einzelnen Items in Klammern. Mehrfachnennung möglich.

Rund 90 Prozent der Befragten geben an, dass sie die Situation mit der WE vollständig oder zumindest teilweise lösen konnten. Allerdings geben auch 20 Prozent der Befragten an, dass die WE zumindest teilweise negative Folgen für die Behandlung hatte. In den offenen Angaben schreiben zudem 16 Patientinnen und Patienten, dass sie sich zu wenig ernst genommen fühlten, ihr Vertrauen in die ÄrztInnen verloren hätten und nun hilflos in der Entscheidungsfindung seien.

5.6.2 Interpretation

Die grosse Mehrheit aller WE konnte laut den befragten Patientinnen und Patienten aufgelöst werden. Eine beachtliche Anzahl der Befragten gibt aber ebenfalls an, dass die WE zumindest teilweise einen negativen Einfluss auf den Behandlungsverlauf hatte. Ebenfalls berichtet ein Grossteil der Befragten, dass die WE für sie eine emotionale Belastung und/oder eine Verunsicherung darstellte. Bei einem kleinen, aber dennoch substanziellen Teil der PatientInnen, führte die WE zu einem Abbruch der Behandlung. Diese Ergebnisse zeigen nochmals die Relevanz des Themas für die Schweizer Gesundheitsversorgung insgesamt auf. WE führen teilweise zu grosser Verunsicherung und können den Behandlungsverlauf aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten negativ beeinflussen. Grundsätzlich zeigen Patientinnen und Patienten aber grosses Verständnis für das Auftreten von WE zwischen Gesundheitsfachpersonen, die Hälfte der Befragten gibt aber auch an, dass so etwas nicht passieren darf. Dies dürfte stark von der genauen Art der WE abhängen und davon, wie darauf in der Folge reagiert wurde bzw. ob die WE geklärt werden konnte.

5.7 WORIN WERDEN DIE URSACHEN VON WIDERSPRÜCHLICHEN EINSCHÄTZUNGEN GESEHEN?

Adressierte Fragen aus der Ausschreibung des BAG:

- Welchen Grund sehen betroffene Patientinnen und Patienten für die Widersprüche?

5.7.1 Perspektive PatientInnenorganisationen

Aus den Antworten der Beraterinnen und Berater lässt sich keine einzelne prominente Ursache von WE herauslesen (Abbildung 16). Die schlechte Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen, die schlechte Kommunikation zwischen PatientIn und Gesundheitsfachperson, Missverständnisse, unterschiedliche Anreize und unterschiedlicher Informationsstand der beteiligten Gesundheitsfachpersonen werden alle als häufige Ursachen eingeschätzt.

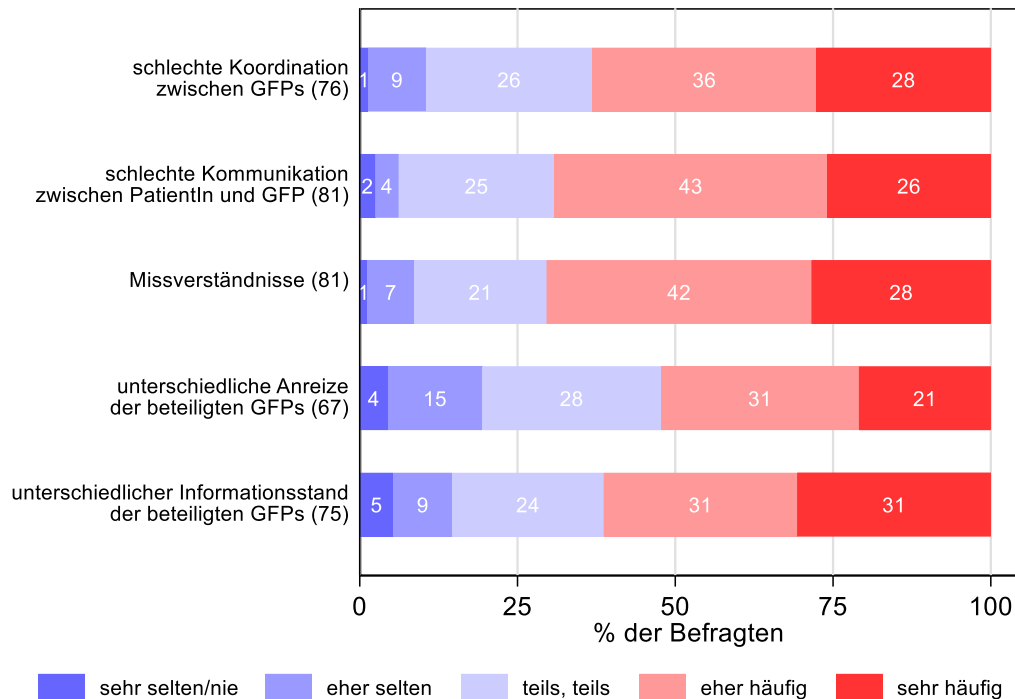


Abbildung 16: Häufigkeit verschiedener Ursachen für WE. «Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen widersprüchlicher Einschätzungen?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen». GFP = Gesundheitsfachperson

Bei der offenen Antwortmöglichkeit wurden ausserdem noch folgende Ursachen von einzelnen Befragten genannt:

- Unterschiedliche Werthaltung
- Unterschiede im Fachwissen
- Mangelnde Kommunikationskompetenzen
- Schlechte/fehlende Vernetzung an den Schnittstellen
- Fehlende/nicht-eingehaltene Standards und Richtlinien
- Mangelnde Zeit für Abklärungen

Weiter wurde angemerkt, dass von Patientinnen und Patienten als widersprüchlich wahrgenommene Einschätzungen teilweise nicht widersprüchlich sein müssen. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn es unterschiedliche Herangehensweisen an ein (Gesundheits-)Problem gebe.

Rund 60 Prozent der Befragten beratenden Fachpersonen sind ausserdem der Ansicht, dass IPZ tendenziell dazu führen kann, dass Patientinnen und Patienten mit weniger WE konfrontiert werden. 17 Prozent betonen jedoch auch, dass IPZ zu mehr widersprüchlichen Einschätzungen führen kann.

5.7.2 Perspektive Patientinnen und Patienten

Die Patientinnen und Patienten sehen die Ursachen von WE vor allem im unterschiedlichen Informationsstand der beteiligten Gesundheitsfachpersonen und in der schlechten Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen (Abbildung 17). Die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachperson und PatientIn wird etwas weniger häufig als klare Ursache genannt, ist mit 16 Prozent der Fälle aber dennoch ein relevanter Faktor. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Befragten sagt zudem, es sei für sie nicht beurteilbar, was die Ursache der WE war.

32 Widersprüchliche Einschätzungen durch Gesundheitsfachpersonen

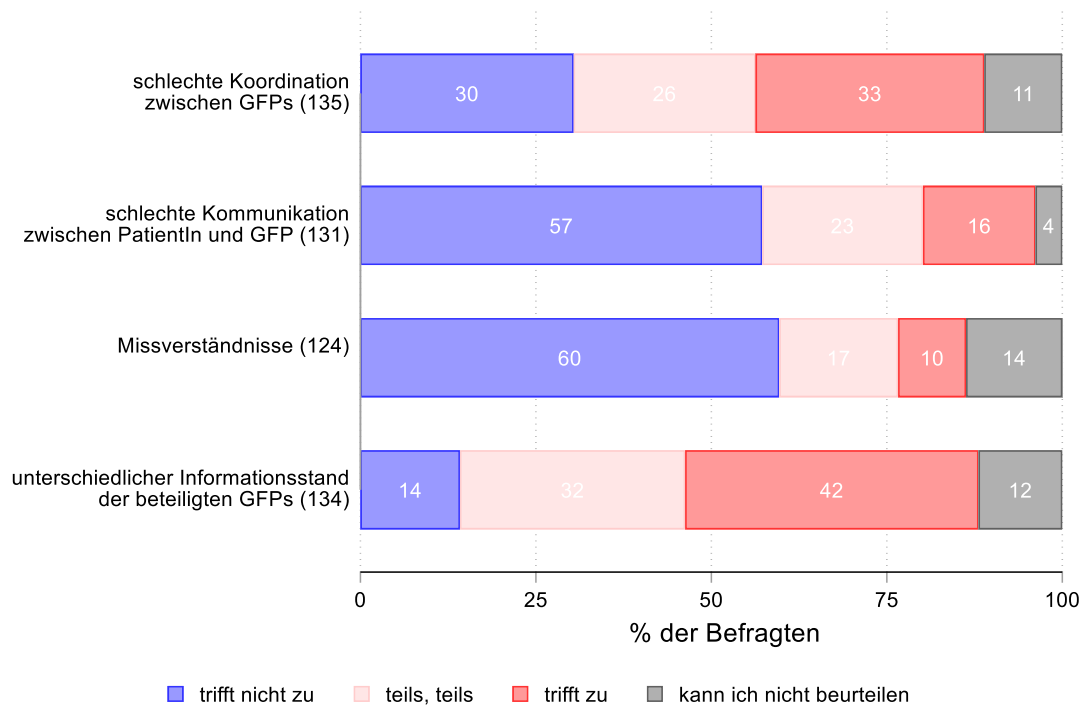


Abbildung 17: Ursachen der WE gemäss Befragten. Mehrfachnennungen möglich. N der einzelnen Items in Klammern

Analysiert man die offenen Nennungen aus der Befragung, kristallisiert sich ein weiterer Aspekt heraus: Patientinnen und Patienten setzen sich sehr intensiv mit ihrer Erkrankung auseinander, informieren sich im Internet oder über andere Quellen. Dadurch entstehen oft auch WE.

5.7.3 Interpretation

Die befragten Beraterinnen und Berater stufen schlechte Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen, mangelhafte Kommunikation zwischen PatientIn und Gesundheitsfachperson sowie den unterschiedlichen Informationsstand der beteiligten Gesundheitsfachpersonen als zentrale Ursachen von WE ein. Innerhalb verschiedener Ursachen tritt keine einzelne deutlich hervor. WE dürften oft durch eine Kombination von diversen, vielfach auch kaum näher bestimmbareren Ursachen entstehen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten ist der Ansicht, dass IPZ insgesamt dazu führen kann, dass weniger WE entstehen. Ein beachtlicher Teil der Befragten gibt aber auch an, dass IPZ tendenziell zu mehr WE führt. Es zeigt sich also, dass unter den Beratenden von PatientInnenorganisationen eine Uneinigkeit darüber besteht, ob IPZ zu mehr oder weniger WE führt. Die Ergebnisse der PatientInnenbefragung zur Ursache der WE sind klarer: Aus PatientInnensicht entstehen WE oft aufgrund des unterschiedlichen Informationsstandes der beteiligten Gesundheitsfachpersonen oder wegen schlechter Koordination. Ausserdem haben einige Patientinnen und Patienten angegeben, dass sie sich durch Eigenrecherche über das Krankheitsbild informierten. Auch dies kann in der Folge zu WE führen. Aus der Perspektive der befragten Patientinnen und Patienten sollte daher die Koordination und Kommunikation verbessert werden.

6 Ergebnisse: Vertiefter Einblick in drei Behandlungssettings

Adressierte Fragen aus der Ausschreibung des BAG:

- Stellt das oben beschriebene Szenario gemäss relevanten Organisationen in der Praxis ein relevantes Problem dar?
- Falls ja, was sind die Charakteristika der Widersprüche? Entstehen sie z.B. eher zwischen den oder innerhalb der Berufsgruppen? In welchen Versorgungsbereichen kommen sie öfter bzw. weniger oft vor? In bzw. zwischen welchen Versorgungsgruppen kommen sie öfter bzw. weniger oft vor?

6.1 DIABETES-PRIMÄRVERSORGUNG: STRUKTURIERTES BEHANDLUNGSPROGRAMM

Das betrachtete strukturierte Behandlungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Diabetes Typus II wurde von mehreren Gesundheitszentren eines grossen Schweizer Gesundheitsdienstleisters gemeinsam eingeführt. Ziel des Programms ist es, die Betreuung von Diabetikerinnen und Diabetikern besser zu koordinieren, zu standardisieren und zu optimieren. So sollen z.B. Patientinnen und Patienten besser und konsequenter im Krankheitsmanagement geschult werden. Dazu werden speziell ausgebildete MPAs eingesetzt, die einen Grossteil der PatientInnenerschulung (Task-Shifting) übernehmen. Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ernährungsberaterinnen und -berater sollen den Patientinnen und Patienten aufzeigen, wie sie ihre Gesundheit positiv beeinflussen können. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und/oder die fallführenden MPAs veranlassen, dass die gemäss Guideline nötigen Untersuchungen, unter anderem auch von externen Fachärztinnen und -ärzten wie z.B. Augenärztinnen und -ärzten, durchgeführt werden. Die teilnehmenden Gesundheitsfachpersonen tauschen sich untereinander regelmässig zur DiabetikerInnen-Betreuung aus – je nach Gesundheitszentrum in verschiedenen formellen und/oder informellen Gefässen.

Aus diesem Setting wurden eine Ärztin, drei Diabetes-MPAs und zwei Physiotherapeutinnen aus drei Gesundheitszentren interviewt. In eckigen Klammern sind die pseudonymisierten Angaben zu den Interviewten angegeben, eine vollständige Auflistung ist im Anhang zu finden.

6.1.1 Patientenpfad und kritische Zeitpunkte mit WE

Abbildung 18 bildet schematisch den Versorgungsprozess von Patientinnen und Patienten mit Diabetes ab (Patient Journey). Die Blitz-Icons zeigen dabei auf, wo laut den Interviewten WE durch Gesundheitsfachpersonen bei Patientinnen und Patienten auftreten können.



Abbildung 18: Versorgungsprozess mit kritischen Zeitpunkten für die Entstehung von WE im Behandlungsprogramm Diabetes

6.1.2 Charakteristika der WE

Die im Diabetes-Setting auftauchenden WE sind relativ klar zuzuordnen. Die Interviewten sind der Ansicht, dass die Aufgaben und die Rollenverteilung in diesem Setting klar definiert sind und dass dadurch grundsätzlich wenig WE entstehen. Tauchen sie dennoch auf, sind sie folgendermassen charakterisiert:

- WE können zwischen verschiedenen Ärztinnen und Ärzten auftreten, besonders häufig an Schnittstellen zwischen Organisationen (z.B. Hausärztin und Spezialist oder bei einem Spitalaufenthalt). Hier geht es insbesondere um unterschiedliche Präferenzen und Einschätzungen bezüglich der Medikation [D2_Ärztin]. Die Konstellationen sind laut den Interviewten meist so, dass es sich um WE zwischen HausärztInnen und FachärztInnen oder zwischen mehreren FachärztInnen handelt.
- WE können zwischen Diabetes-MPA und Ernährungsberatung entstehen. Eine MPA erzählte beispielsweise, dass sie einer jungen Frau mit Schwangerschafts-Diabetes mitgeteilt habe, dass sie sich auf die Hauptmahlzeiten fokussieren und von Zwischenmahlzeiten bestmöglich absehen soll. Die Patientin bemühte sich, diese Empfehlung einzuhalten. Bei der Konsultation der Ernährungsberaterin einige Wochen später wurde der Patientin dann gesagt, dass diese Empfehlung für Schwangere nicht gelte [D1_MPA].
- WE können auch dadurch entstehen, dass Patientinnen und Patienten etwas falsch verstehen, sich falsch erinnern, ihren Angehörigen Informationen ungenau wiedergeben oder sich durch Empfehlungen von Familie oder Angehörigen verunsichern lassen [D2_Ärztin].

Alle Befragten sind sich einig, dass WE für Fachpersonen die Konsequenz hat, dass sie mehr Zeit benötigen, um WE aufzulösen, gemeinsam eine Empfehlung auszuarbeiten oder Leitfäden zu entwickeln. Auf organisationaler Ebene bedeutet dies, dass mehr personelle Ressourcen aufgewendet werden müssen.

Laut den Befragten existieren keine Massnahmen, die spezifisch zum Ziel haben, das Auftreten von WE zu minimieren oder den Umgang mit WE zu verbessern. Vielmehr ist dies ein Nebeneffekt von anderen Massnahmen im Bereich der IPZ und der adäquaten Kommunikation gegenüber den Patientinnen und Patienten. Ein Beispiel stellen Qualitätszirkel dar, welche laut mehreren Interviewten existieren. In der Regel werden diese berufsgruppenintern (intraprofessionell) durchgeführt [D1_MPA, D4_MPA, D2_Ärztin]. MPAs organisieren darüber hinaus teilweise untereinander patientInnenbezogene Gespräche, welche individuell organisiert werden [D1_MPA]. Keine der Interviewten hat von regelmässig stattfindenden berufsgruppenübergreifenden Austauschgefässen berichtet. Mehrere Befragte würden dies jedoch begrüssen [D1_MPA, D3_Physio].

Mehrere Interviewte gaben an, dass innerhalb der Gesundheitszentren grundsätzlich kurze Kommunikationswege zwischen den Berufsgruppen existieren. Eine MPA betonte, dass die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms eine Beratung durch die Diabetes-MPA neu per Verordnungsformular verordnen, wodurch die Informationen strukturierter an die MPAs gelangen und somit weniger Widersprüche und Missverständnisse entstehen [D1_MPA].

Ausserdem werden in den Gesundheitszentren laut den Interviewten viele Fragen, Probleme und Unklarheiten bilateral, mündlich geklärt [D4_MPA, D2_Ärztin, D3_Physio]. Sind die involvierten Gesundheitsfachpersonen an unterschiedlichen Standorten angesiedelt, werden Probleme per Mail oder Telefon besprochen [D3_Physio]. Teilweise wird auch schriftlich über die elektronische Krankenakte und eine integrierte Kommentarfunktion kommuniziert [D4_MPA, D5_Physio]. Allerdings haben die Physiotherapeutinnen an einem Standort keinen Zugriff auf die elektronische Krankenakte, was die interprofessionelle Kommunikation erschwert [D3_Physio]. Die Physiotherapeutin eines anderen Standorts betont, dass der Zugang zur elektronischen Krankenakte die Kommunikation enorm vereinfacht und auch die Qualität ihrer Arbeit erhöht, da sie besser über die Krankengeschichte der einzelnen Patientinnen und Patienten informiert ist [D5_Physio].

Mit externen Ärztinnen und Ärzten ist die Kommunikation seitens der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen etwas zurückhaltender, da Ärztinnen und Ärzte schwer erreichbar sind und Rückfragen mehr Überwindung kosten [D3_Physio]. Ärztinnen und Ärzte tauschen sich untereinander über die Versorgungssettings hinweg vor allem schriftlich per Brief aus [D2_Ärztin].

6.1.3 Unterschiede vor/nach der Einführung des strukturierten Behandlungsprogramms

Die Einführung des strukturierten Behandlungsprogramms hat laut den Befragten grössere Veränderungen mit sich gebracht. So sind Rollenverteilung und Zuständigkeiten klarer geregelt, das Vorgehen strukturierter, und die Funktion der MPAs im Behandlungsprozess wurde gestärkt.

Zwei MPAs gaben zudem an, dass ihrer Ansicht nach die Motivation des ärztlichen Personals angestiegen ist, weil neu Statistiken über Versorgungsleistungen geführt und diese miteinander verglichen und im Team besprochen werden. Eine MPA fügte als Beispiel an, dass ein bestimmter Arzt früher nur sporadisch die Blutdruckdaten dokumentiert habe. Die Vergleiche im Team führen dazu, dass diese Daten nun regelmässiger dokumentiert werden [D4_MPA]. Jedoch wiesen die MPAs auch darauf hin, dass die Umstellung auf das strukturierte Behandlungsprogramm noch nicht abgeschlossen ist. Als sehr wichtig wird das Engagement der Ärztin/des Arztes betrachtet. Wenn diese die Patientinnen und Patienten an die Diabetes-MPAs weiterleiten und diese entsprechend einführen, ist die Akzeptanz von Patientinnen und Patienten meist vorhanden [D4_MPA]. Die interviewte Ärztin betonte, dass das Projekt ihrer Ansicht nach stark personenabhängig ist. Ist die Beziehung zwischen MPA und zuständigen Ärztinnen und Ärzten nicht gut, wird den MPAs weniger Verantwortung übertragen. Die Ärztin betonte jedoch, dass sie das Behandlungsprogramm eine gute Sache finde und dass sie dazu auch positive Rückmeldungen von Seiten der Patientinnen und Patienten erhalten habe [D2_Ärztin].

6.1.4 Interpretation

In diesem Behandlungssetting scheinen WE vorwiegend eine Schnittstellenthematik zwischen Organisationen zu sein. So sind sich die Interviewten einig, dass es zwischen den Berufsgruppen selten zu WE kommt, da die Rollen und Verantwortlichkeiten klar geregelt sind. Viel eher entstehen WE an der Schnittstelle von verschiedenen Versorgungsstufen. Dies deutet darauf hin, dass WE v.a. dann entstehen, wenn die Verantwortlichkeiten nicht klar geregelt werden. Um intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und gleichzeitig negative Auswirkungen von WE zu verhindern, ist es deshalb wichtig, dass sich die Leistungserbringer sorgfältig überlegen, wie sie mit potenziellen WE umgehen. Damit diese weder zu Verwirrung bei Patientinnen und Patienten führen noch die Behandlung negativ beeinflussen.

6.2 PSYCHIATRIE

Beim betrachteten psychiatrischen Setting handelt es sich um ein regionales psychotherapeutisches Kompetenzzentrum, welches Menschen berät, die sich in einer Krise befinden oder psychisch erkrankt sind. Es werden darin Personen mit einem breiten Spektrum von Krankheitsbildern und Krankheitsphasen vom Jugendalter bis ins hohe Erwachsenenalter behandelt. Das untersuchte Kompetenzzentrum bietet ambulante, tagesklinische und stationäre Therapien an. Das am häufigsten behandelte Krankheitsbild sind affektive Störungen (z.B. Depressionen, Manien). Im Rahmen der Detailanalyse wurde auf kein spezifisches Krankheitsbild, sondern auf den organisationsspezifischen Umgang mit WE insgesamt fokussiert.

Aus diesem Setting wurden eine Ärztin, ein Psychologe, eine Pflegefachperson und eine Ergotherapeutin interviewt. In eckigen Klammern sind die pseudonymisierten Angaben zu den Interviewten angegeben, eine vollständige Auflistung ist im Anhang zu finden.

6.2.1 Patientenpfad und kritische Zeitpunkte mit widersprüchlichen Einschätzungen

Abbildung 19 bildet schematisch den Versorgungsprozess von Patientinnen und Patienten in der untersuchten psychiatrischen Einrichtung ab (Patient Journey). Die Blitz-Icons zeigen dabei auf, wo laut den Interviewten WE durch Gesundheitsfachpersonen bei Patientinnen und Patienten auftreten können.



Abbildung 19: Versorgungsprozess mit kritischen Zeitpunkten für die Entstehung von WE in der Psychiatrie

6.2.2 Charakteristika der WE

Allgemein charakterisiert sich das Setting laut den Interviewten dadurch, dass psychiatrische Diagnosen häufig nicht so eindeutig sind und vom momentanen Zustand und Verlauf der Erkrankung abhängen [P2_Psychologe]. In der untersuchten Organisation, als zweites Untersuchungsobjekt für die Detailanalyse, treten WE regelmässig auf. Eine interviewte Person schätzte, dass rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten mindestens einmal im Verlauf der Behandlung eine WE bekommt. Von den Interviewten wird jedoch betont [P3_Leiter-Pflege], dass sie teilweise durch das Setting bestimmt sind und nicht immer per se als schlecht zu bewerten sind. So wird zu Beginn der Versorgung meist eine Anfangsdiagnose gestellt, die im Verlauf ständig angepasst wird und unterschiedliche Momentaufnahmen des PatientInnenverhaltens berücksichtigt. Die Diagnose einer psychischen Krankheit kann sich demzufolge im Verlauf der Behandlung ändern. Darüber hinaus ist die Diagnosestellung oftmals nicht so eindeutig wie in anderen Settings. Widersprüchliche Diagnosen und Therapieempfehlungen in diesem Setting sind laut den Befragten durch die momentane Situation und das PatientInnenverhalten bedingt. So kann es sein, dass sich ein Patient oder eine Patientin bei einer Einzelsitzung mit dem Psychologen oder der Psychologin anders verhält als gegenüber der Pflegefachperson im Stationsalltag. Auch im Bereich der Medikation treten laut den Interviewten WE auf. Die interviewte Ärztin betont, dass nur 30 bis 40 Prozent der Antidepressiva-Medikamente wirken, und dass darum häufig verschiedene ausprobiert werden. Diese Tatsache kann bei den Patientinnen und Patienten als WE gedeutet werden, da nicht auf Anhieb das richtige Medikament eingesetzt wurde [P1_Ärztin]. WE sind darum nicht per se als negativ zu werten, vielmehr sollte bei der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten und beim Umgang der Fachpersonen mit WE angesetzt werden, um die Belastung für die Betroffenen so gering wie möglich zu halten [P1_Ärztin, P2_Psychologe, P4_Leiter Pflege].

Der Pflegeleiter schätzt, dass etwas mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten mindestens einmal im Behandlungsverlauf mit WE konfrontiert werden [P4_Leiter Pflege]. Auch das ärztliche Personal geht von einer gewissen Häufigkeit aus, die sich aber nur schwer beziffern lässt [P1_Ärztin]. In der teilstationären Behandlung psychosomatischer Erkrankungen wird das Risiko von WE als hoch eingeschätzt [P1_Ärztin].

Als besonders kritisch wird erachtet, wenn die Patientinnen und Patienten beim Austritt aus der psychiatrischen Klinik WE erfahren haben (bspw. bezüglich Rückkehr zum Arbeitsplatz) [P1_Ärztin, P3_Ergotherapeutin]. Anders als beim Eintritt, bei dem im Verlauf der Behandlung WE aufgelöst und besprochen werden können, sind die Betroffenen beim Austritt allein oder zusammen mit den weiterbehandelnden Institutionen damit konfrontiert [P3_Ergotherapie]. Dies bestätigt auch die Aussage, dass WE häufig interorganisational zwischen ambulanten Therapeutinnen und Therapeuten sowie stationärem Personal auftreten. Diese WE sowie solche, die intraorganisational zwischen verschiedenen Professionen auftreten, resultieren laut den Interviewten unter anderem daraus, dass Patientinnen und Patienten in unterschiedlichen Situationen erlebt werden [P2_Psychologe]. Laut der Ärztin benötigt es an dieser Stelle eine ausführliche Erklärung, da die Patientinnen und Patienten keinen professionellen Hintergrund haben [P1_Ärztin].

Zwei Interviewte äussern die fehlende Akzeptanz einer Diagnose durch Patientinnen und Patienten als Wirkung von widersprüchlichen Diagnosen mit der Auswirkung, dass teilweise die unangenehmere Diagnose ausgeblendet wird und keine Auseinandersetzung mit der Diagnose stattfindet [P2_Psychologe, P4_Leiter Pflege]. Laut dem Leiter der Pflege können WE zur Unzufriedenheit bei der Patientin oder dem Patienten führen, was den Therapieverlauf negativ beeinflussen kann, da die Betroffenen die Professionalität und Qualität der behandelnden Personen in Frage stellen [P4_Leiter Pflege]. Gelegentlich kommt es auch zu einem Coping durch aktives Ansprechen bei den Gesundheitsfachpersonen, teilweise in Form von Vorwürfen [P2_Psychologe]. Als weitere negative Effekte von intraorganisationalen WE werden genannt: Unzufriedenheit mit Imageschaden (Patientinnen und Patienten wählen beim nächsten Aufenthalt, falls möglich, eine andere Einrichtung oder schreiben negative Erfahrungsberichte im Internet); mehr Abstimmungszeit zwischen Gesundheitsfachpersonen und mit den Patientinnen und Patienten; personelle Konflikte, wodurch sich die Fluktuation erhöhen kann [P4_Leiter Pflege]. Die Mehrheit der Befragten ist sich aber auch einig darin, dass WE in der IPZ zu vermehrtem fachlichem Austausch, bzw. vermehrten fachlichen Diskussionen führen [P1_Ärztin, P3_Ergotherapeutin, P4_Leiter Pflege].

Alle Interviewpartnerinnen und -partner sind sich einig, dass die Klinik über ausreichend interprofessionelle Gefässe verfügt, um WE zu verhindern oder sie zu steuern. WE seien jedoch nur eine Nebenerscheinung und nicht der Hauptgrund, warum diese Gefässe existieren [P3_Ergotherapie].

Strukturell wird bei der stationären Behandlung ein Kernteam aus der Bezugsperson des Pflegepersonals, der Patientin oder dem Patienten und der fallführenden Therapeutin oder dem fallführenden Therapeuten gebildet, indem *Shared Decision Making*⁸ stattfindet. Prozessual stehen in der untersuchten Institution als interprofessionelle Gefässe intern ein bis zwei Fallbesprechungen, Besprechungen des Kernteams mit PatientInnenbeteiligung, Prozessrapporte in unterschiedlicher Zusammensetzung, kurzfristige telefonische Abstimmungsmöglichkeiten sowie das Klinikinformationssystem zur Verfügung. Für die Reflexion stehen Möglichkeiten zur Supervision für fallführende Personen, um unterschiedliche Sichtweisen zu besprechen, sowie ein *Critical Incident Reporting System* (CIRS)⁹ für die Umsetzung einer offenen Fehlerkultur zur Verfügung [P1_Ärztin].

In der Fallbesprechung wird versucht, mit einer gemeinsamen Haltung gegenüber der Patientin oder dem Patienten aufzutreten [P2_Psychologe]. Entstehen doch WE, so sind sich die Interviewten einig, ist eine frühzeitige Kommunikation der WE an PatientIn eine wichtige Massnahme ist, um negative Auswirkungen zu reduzieren. Dafür werden Rapporte im Kernteam genutzt, welche sich aus dem fallführenden Arzt/Psychologen, dem Bezugspfleger und der Patientin/dem Patienten zusammensetzt. Dabei wird die Patientin/der Patient aktiv in den Behandlungsverlauf einbezogen [P1_Ärztin, P2_Psychologe, P4_Leiter-Pflege].

Um interorganisationale WE im Austrittsprozess zu vermeiden, geben die InterviewpartnerInnen an, dass die Klinik zwei Projekte gestartet hat. Beim Übergangsprozedere meldet sich die Klinik nach Austritt bei der Patientin oder dem Patienten [P3_Ergotherapie]. Zur Vermeidung von WE bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung verfügt die Klinik über ein Jobcoaching-Programm¹⁰ [P1_Ärztin]. Zudem wird betont, wie wichtig der Einbezug der Angehörigen für den Übergang zwischen den Versorgungsstufen ist [P2_Psychologe].

Generell wird in den Interviews herausgestellt, dass das Bewusstsein für die unterschiedlichen Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten und für die daraus resultierenden WE unter den Gesundheitsfachpersonen geschärft werden muss [P2_Psychologe]. So wäre beispielsweise die Standardisierung der Assessment-Tools bei der Ergotherapie eine Möglichkeit, weniger WE entstehen zu lassen [P3_Ergotherapie]. Mehr Zeit wäre erforderlich für die Abstimmung und Diskussion im Kernteam mit und ohne die Patientinnen und Patienten. Als weitere sinnvolle Massnahme wird erwähnt, dass Widersprüche im Idealfall gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten angeschaut und diskutiert werden sollten [P4_Leiter Pflege]. Zudem wird in einem Interview betont, dass den WE in der Qualitätsmessung mehr Bedeutung beigemessen werden sollte [P2_Psychologe].

6.2.3 Interpretation

Die InterviewpartnerInnen sind sich darin einig, dass WE in psychiatrischen Behandlungssettings zumindest teilweise durch das spezifische Setting bedingt sind. So gehört es zum Behandlungsverlauf bei psychischen Erkrankungen dazu, dass sich die Diagnose im Verlauf ändern kann und zum Teil widersprüchlich ausfällt. Mit strukturierten Fallbesprechungen und durch das Arbeiten im Kernteam wird verhindert, dass WE unstrukturiert an die Patientinnen und Patienten kommuniziert werden. Die Befragten betonen, dass es nicht unbedingt das Ziel ist, WE gänzlich zu verhindern, sondern die Kommunikation an die Patientinnen und Patienten und den Umgang damit weiter zu verbessern. Dies scheint aber bislang noch nicht direkt angegangen worden zu sein, jedoch deutet beispielsweise das Verbesserungsprojekt beim Austrittsprozess darauf hin, dass das Thema in den Fokus rückt. Die Interviewten schätzen das Thema aber grundsätzlich als relevant ein. Ein weiterer neuer Punkt, der von den Interviewten geäussert wurde, ist, dass Patientinnen und Patienten eine WE wahrnehmen, weil sie eine unangenehme (frühere) Diagnose ausblenden, um sich so nicht damit auseinandersetzen zu müssen.

⁸ Partizipative Entscheidungsfindung zwischen Arzt und PatientIn. Letztere werden aktiv und verantwortlich in die Entscheidungsprozesse involviert.

⁹ Berichtssystem zur anonymisierten Meldung von kritischen Ereignissen und Beinahe-Schäden

¹⁰ Fachliche Unterstützung bei der Wahl des Berufs, der Berufsausbildung/Studium, einer Weiterbildung oder auch die Wiedereingliederung in den Beruf/ die Ausbildung

6.3 ORTHOPÄDIE

Die Interviews im Orthopädie-Setting wurden in drei unterschiedlichen Institutionen durchgeführt. Es wurden je ein Orthopäde/eine Orthopädin und ein Physiotherapeut/eine Physiotherapeutin aus einem universitären Spital, einem Regionalspital und einem mittelgrossen Privatspital befragt. Die Interviews fokussierten die Kniegelenkstransplantation.

Aus diesem Setting wurden drei ÄrztInnen und drei PhysiotherapeutInnen interviewt. In eckigen Klammern sind die pseudonymisierten Angaben zu den Interviewten angegeben, eine vollständige Auflistung ist im Anhang zu finden.

6.3.1 Patientenpfad und kritische Zeitpunkte mit WE

Abbildung 20 zeigt schematisch den Versorgungsprozess von Patientinnen und Patienten mit einer orthopädischen Behandlung des Knies auf (Patient Journey). Die Blitz-Icons zeigen dabei auf, wo laut den Interviewten WE durch Gesundheitsfachpersonen bei Patientinnen und Patienten auftreten können.

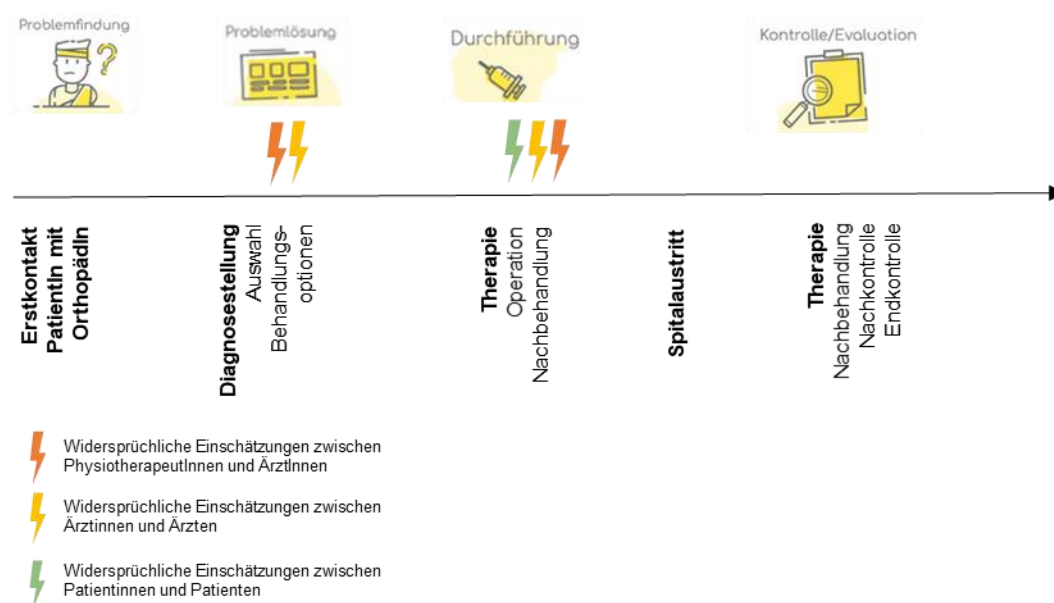


Abbildung 20: Versorgungsprozess mit kritischen Zeitpunkten für die Entstehung von WE in der Knie-Orthopädie

6.3.2 Charakteristika widersprüchlicher Einschätzungen

Alle Interviewten sind sich einig, dass WE ein relevantes Thema in der Orthopädie darstellen. Mehrere Interviewte geben an, dass sie mindestens einmal wöchentlich eine WE registrieren, wobei der Schweregrad der Auswirkungen stark differiert [O1_Physiotherapeut, O2_Physiotherapeut, O5_Arzt, O6_Arzt]. Laut der Aussage eines Arztes kommen WE, welche eine Korrektur bedingen, etwa einmal im Monat vor [O4_Arzt]. WE führen bei den Patientinnen und Patienten zu Verwirrung, was mit einem erhöhten Zeitaufwand für die Gesundheitsfachpersonen verbunden ist.

Die Gespräche im Orthopädie-Setting zeigen auf, dass WE laut den Befragten vor allem bei der Wahl der Therapie sowie den post-operativen Verhaltensempfehlungen auftauchen [O1_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut, O4_Arzt, O5_Arzt, O6_Arzt]. Häufig scheint es laut den Befragten unterschiedliche Einschätzungen zwischen ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen zu geben.

Weiter wurde in drei Gesprächen erwähnt, dass unter Belegärztinnen und -ärzte jeweils andere Behandlungsschemata angewendet werden, wodurch sowohl von den nachbehandelnden TherapeutInnen als auch von den Patienten

tinnen und Patienten untereinander WE wahrgenommen werden können [O1_Physiotherapeut, O2_Physiotherapeut O5_Arzt]. Auffällig ist die Äusserung, dass der Schweregrad der Auswirkungen relativ hoch sein kann und dementsprechend schlechtere Outcomes oder Reoperationen eine Folge von WE sein können. Die Interviewten betonen, dass WE zu Verwirrung, Vertrauensverlust und Unsicherheit bei den Patientinnen und Patienten führen [O1_Physiotherapeut, O2_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut, O4_Arzt, O5_Arzt]. Darüber hinaus geben ein Physiotherapeut und ein Arzt an, dass Patientinnen und Patienten sich auf Grundlage von WE eine Zweitmeinung einholen, wodurch weitere WE ausgelöst werden können. Auch können im Einzelfall potenziell schlechtere Outcomes zustande kommen, was schlimmstenfalls zu einer Reoperation führen kann [O4_Arzt]. Bedingt werden schlechtere Outcomes in dem Fall z.B. dadurch, dass ein Patient oder eine Patientin unterschiedliche Adhärenzempfehlungen erhält (Teil- bzw. Vollbelastung) und dann zwischen den Massnahmen wechselt, was den Heilungsprozess beeinträchtigen kann [O5_Arzt].

Es wird betont, dass viele Patientinnen und Patienten Verständnis bei WE zeigen und dies auf die unterschiedlichen Perspektiven der Gesundheitsfachpersonen zurückführen [O1_Physiotherapeut].

Alle Interviewten geben an, dass WE zu einem erhöhten Zeitaufwand führen, da sie mehr interprofessionelle Abstimmungen, mehr klärende Gespräche mit den Patientinnen und Patienten und zusätzliche Koordinationsleistungen zur Folge haben. Drei der Interviewten sind der Ansicht, dass WE einen Imageschaden für die Organisation bei den Patientinnen und Patienten sowie zuweisenden Institutionen verursachen [O2_Physiotherapeut, O4_Arzt, O5_Arzt]. Des Weiteren geben sie an, dass der erhöhte Zeitaufwand nicht verrechnet werden kann, was sich negativ auf die wirtschaftliche Situation der Organisation auswirkt [O2_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut O4_Arzt, O5_Arzt]. Die Interviewten betonen, dass WE zu Verwirrung, Vertrauensverlust und Unsicherheit bei den Patientinnen und Patienten führen [O1_Physiotherapeut, O2_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut, O4_Arzt, O5_Arzt].

Alle InterviewpartnerInnen geben an, dass innerhalb des Spitals mit Behandlungsschemata gearbeitet wird, welche schriftlich festgelegte und definierte Prozessabläufe beinhalten. Somit gibt es eine klare Aufgabenverteilung für die beteiligten Berufsgruppen [O2_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut]. Laut einem Arzt sind die Schemata in der Orthopädie relativ einfach umzusetzen [O4_Arzt]. Falls Abweichungen vorgenommen werden, wird dies schriftlich festgehalten [O2_Physiotherapeut, O6_Arzt]. Zwei Interviewte geben an, dass das Austrittsprozedere aktuell in Überarbeitung ist, um WE an der Schnittstelle nach aussen zu vermeiden [O1_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut]. Innerhalb der Organisation werden Fachvorträge gehalten, um sich interprofessionell über die berufsspezifischen Abläufe und Fachinformationen auszutauschen [O3_Physiotherapeut].

Innerhalb der Organisation finden laut allen Interviewten mündliche Absprachen statt. Unter den Physiotherapeutinnen und -therapeuten werden Informationen innerhalb eines Teamrapports ausgetauscht [O1_Physiotherapeut]. Zudem findet eine interprofessionelle Visite statt, in welcher alle Professionen vertreten sind, die am Behandlungsprozess beteiligt sind [O6_Arzt]. Im Dokumentationssystem wird das Berichtswesen des Behandlungsverlaufs, der Verordnungen usw. schriftlich festgehalten [O2_Physiotherapeut, O3_Physiotherapeut, O4_Arzt, O6_Arzt]. Darüber hinaus wird per Mail kommuniziert [O3_Physiotherapeut, O4_Arzt, O5_Arzt, O6_Arzt]. Zwei Interviewte geben an, dass dieses Kommunikationsmedium vor allem für den Austausch mit externen Gesundheitsfachpersonen genutzt wird [O4_Arzt, O6_Arzt].

Alle Interviewten geben an, dass die Kommunikation und die detaillierte Aufklärung der Patientinnen und Patienten notwendig sind, um WE entgegenzuwirken oder diese zu korrigieren. So wird genannt, dass man sehr gut darauf achten muss, was Patientinnen und Patienten sagen und was ihnen verordnet wurde. Bezüglich der Kommunikation innerhalb der IPZ äussert ein Arzt den Wunsch, dass Zeit für einen wöchentlich stattfindenden, strukturierten und interprofessionellen Austausch zur Verfügung stehe [O4_Arzt]. Wiederum meint ein Physiotherapeut, dass bei einem Problem nicht alle Fachpersonen vertreten sein müssen und in solchen Fällen ein Case-Manager wünschenswert wäre, welcher die Koordination übernimmt [O1_Physiotherapeut].

6.3.3 Interpretation

Im orthopädischen Behandlungssetting kommt es laut den Interviewten relativ häufig zu WE, wobei betont wird, dass der Schweregrad stark differiert. Häufig tauchen diese bei der Wahl der Therapie (konservativ oder operativ) oder der postoperativen Behandlung auf. Ein neuer Aspekt, der in diesen Interviews aufgekommen ist und bislang noch nicht thematisiert wurde, ist, dass Patientinnen und Patienten teilweise WE wahrnehmen, weil sie sich mit anderen Patientinnen und Patienten austauschen, und bemerken, dass diese in demselben Spital eine andere Therapie/postoperative Behandlung bekommen haben. Eine der Ursachen für die verschiedenen Behandlungsarten in demselben Spital liegt laut den Interviewten darin, dass Belegärztinnen und -ärzte mit anderen Behandlungsschemata arbeiten, und somit die Versorgung zwischen Patientinnen und Patienten differiert.

7 Fazit

WE durch Gesundheitsfachpersonen sind in der Gesundheitsversorgung der Schweiz ein relevantes Thema. Rund 47 Prozent der befragten Patientinnen und Patienten geben an, dass ihnen in den vergangenen zwei Jahren eine WE widerfahren ist. Die BeraterInnen von PatientInnenorganisationen betrachten WE ebenfalls als relevantes Thema.

Für die Entstehung von WE durch Gesundheitsfachpersonen gibt es verschiedene Gründe. Ausgehend von einer mehr oder weniger komplexen Versorgungssituation kann etwa eine suboptimale IPZ dazu führen, dass WE zwischen Gesundheitsfachpersonen entstehen, nicht ausgeräumt werden und durch mangelnde Abstimmung der patientInnengerichteten Kommunikation an die Patientinnen und Patienten gelangen. WE können grundsätzlich sowohl positive als auch negative Folgen für die Behandlungsqualität haben. Positiv sind sie dann, wenn durch sie eine falsche Diagnose oder eine unpassende Therapieoption korrigiert wird und wenn die WE auf eine konstruktive Art geklärt werden kann. Negativ sind WE, wenn sie zu einer nachhaltigen Verunsicherung und einem Vertrauensverlust bei Patientinnen und Patienten führen.

Laut den befragten Patientinnen und Patienten treten WE bei zentralen Kontakt- und Entscheidungszeitpunkten in Behandlungsprozessen auf, nämlich bei der Diagnosestellung, der Wahl der Therapieoptionen sowie bei der Medikation. Bei den bei WE beteiligten Gesundheitsfachpersonen treten besonders die SpezialistInnen/FachärztInnen hervor, gefolgt von HausärztInnen. Andere Gesundheitsfachpersonen sind laut den Befragten vergleichsweise selten involviert. Betrachtet man die genaue Konstellation, so ereigneten sich die meisten WE zwischen SpezialistInnen, gefolgt von der Konstellation Hausarzt/Hausärztin und SpezialistInnen. WE entstehen laut den befragten Patientinnen und Patienten demzufolge vor allem in der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen verschiedenen in der Behandlung involvierten Ärztinnen und Ärzten. Schnittstellen zwischen verschiedenen Fachabteilungen eines Leistungserbringers sowie Schnittstellen zwischen verschiedenen Versorgungsstufen im Laufe eines Behandlungsprozesses sind wichtige Ausgangspunkte von WE.

Fast alle WE, mit denen die Befragten konfrontiert waren, konnten vollständig oder zumindest teilweise aufgelöst werden. Für einen Fünftel der Befragten hatte die WE aber zumindest teilweise negative Folgen für die Behandlung. Über die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie die WE verunsichert hat und/oder dass die WE eine grosse emotionale Belastung gewesen ist. Tritt eine WE auf, wird am häufigsten auf den Rat der Gesundheitsfachperson 'des Vertrauens' gehört. Wenige Patientinnen und Patienten brechen eine Therapie/Behandlung als Folge einer WE ab.

Das der Studie zugrunde liegende konzeptionelle Framework zeigt auf, dass die Entstehung von WE strukturelle, prozessuale und individuelle Ursachen haben kann. Auf individueller Ebene spielen vor allem die Kompetenzen der beteiligten Gesundheitsfachperson für eine gelingende IPZ sowie für eine patientInnengerechte Kommunikation eine wichtige Rolle. Prozessual ist eine mangelnde Koordination, Standardisierung und Kanalisierung der patientInnengerichteten Kommunikation im Behandlungsverlauf eine Quelle von WE. Strukturell beeinflussen letztlich die Anzahl der involvierten Versorgungsstufen und die strukturelle Ausgestaltung der IPZ die Entstehung von WE. Beim Umgang mit WE spielen auch die Kompetenzen der Patientinnen und Patienten eine entscheidende Rolle. Davon hängt es ab, ob Patientinnen und Patienten Gesundheitsfachpersonen aktiv auf WE ansprechen und Aufklärung einfordern oder nicht.

Interessant ist, dass den interviewten Gesundheitsfachpersonen die Problematik von WE durchaus bewusst ist, diese jedoch nicht als sehr handlungsrelevant erscheint. Vielmehr wird die Thematik bei Initiativen zur Optimierung der IPZ als potenzielles Neben-Outcome betrachtet. Die Interviews in verschiedenen Behandlungssettings zeigen, dass die interviewten Gesundheitsfachpersonen der Ansicht sind, dass WE seltener auftauchen, wenn Zuständigkeiten und Rollen klar definiert sind. Beispielsweise wurde mehrmals betont, dass im Diabetes-Setting die Rollen und Zuständigkeiten von Diabetes-MPAs und ÄrztInnen klar definiert sind und darum kaum WE auftreten. Es ist naheliegend, dass in solchen Situationen seltener WE auftauchen, weil jede beteiligte Gesundheitsfachperson ihren

eigenen Verantwortungsbereich hat und es so keine Konflikte gibt. Teilen sich die Gesundheitsfachpersonen die Verantwortungsfelder (bspw. verschiedene involvierte Ärztinnen und Ärzte), ist es wichtig, dass klar geregelt ist, wie die Informationen den Patientinnen und Patienten vermittelt werden. Für die Versorgungsqualität sind WE durch verschiedene Fachpersonen relevant, da auf diese Weise verschiedene Blickwinkel miteinbezogen werden können. Eine gute IPZ reduziert in diesem Sinne WE. Ausserdem sind etwas mehr als die Hälfte der befragten Beraterinnen und Berater von PatientInnenorganisationen der Ansicht, dass IPZ dazu führen kann, dass Patientinnen und Patienten seltener mit WE konfrontiert werden. Der Grund dafür wird vor allem in der durch IPZ verbesserten Kommunikation gesehen. Von den befragten Beraterinnen und Beratern ist jedoch ebenfalls ein erheblicher Teil der Ansicht, dass IPZ zu mehr WE führen kann (17%). Konkretere Aussagen zum Zusammenhang von IPZ und WE im Allgemeinen lassen sich leider nicht machen. Dazu ist IPZ ein zu vielschichtiges Konzept.

Betrachtet man diese Ergebnisse, wird der Handlungsbedarf deutlich. Die nachfolgend aufgeführten Handlungsempfehlungen zeigen auf, dass es darum geht, WE vielseitig und auf verschiedenen Ebenen anzugehen (Kapitel 8). Auf der Makroebene ist es beispielsweise wichtig, dass die Gesundheitsfachpersonen für WE sensibilisiert und ihre Kommunikationskompetenzen verstärkt in die Ausbildung integriert werden. Auf Mesoebene stehen die Leistungserbringer in der Pflicht, die Schnittstellenproblematik innerhalb und zwischen Organisationen weiter zu verbessern und die Patientinnen und Patienten stärker als Partnerinnen und Partner wahrzunehmen. Auf Mikroebene geht es darum, die Gesundheitskompetenz Patientinnen und Patienten zu stärken, sodass sie adäquat auf WE reagieren können.

8 Handlungsempfehlungen

Die Studienergebnisse wurden mit verschiedenen Expertinnen und Experten aus dem Schweizer Gesundheitswesen an einer Videokonferenz und in bilateralen Einzelgesprächen diskutiert:

- Vertreterin einer PatientInnenorganisation
- Expertin Gesundheitskommunikation (Forschung)
- Expertin und Experte zu Patientenkompetenz (Forschung)
- Vertreter einer Krankenversicherung
- Verantwortliche für patientenzentriertes Management eines Universitätsspitals
- Vertreterin der Ärztesgesellschaft (FMH)

Auf der Grundlage der Diskussion mit den Expertinnen und Experten und einem ausführlichen Austausch mit dem Projektteam des Mandats 13 des Förderprogramms «Interprofessionalität» wurden Handlungsempfehlungen entwickelt. Grundsätzlich können WE auf drei Ebenen angegangen werden (Abbildung 21). Die Handlungsempfehlungen auf der Makroebene (Tabelle 4) richten sich an das BAG und weitere übergeordnete Behörden. Auf der Mesoebene (Tabelle 5) werden Handlungsempfehlungen aufgeführt, welche sich in der Umsetzung primär an die PatientInnenorganisationen und Leistungserbringer richten. Die Mikroebene (Tabelle 6) beinhaltet den aktiven Einbezug der Patientinnen und Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung. Hier werden Handlungsempfehlungen aufgeführt, welche sich an die Patientinnen und Patienten bzw. an die Leistungserbringer richten.

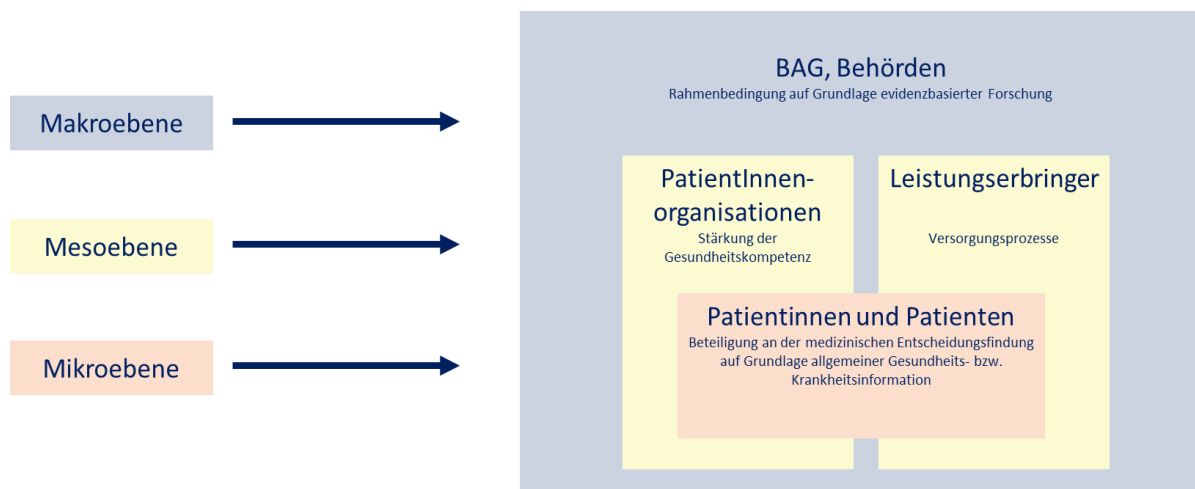


Abbildung 21: Drei-Ebenen-Modell der Handlungsempfehlungen

8.1.1 Makroebene

Tabelle 4: Handlungsempfehlungen auf Makroebene

Handlungsempfehlung	Adressaten
Das BAG soll eine Aufklärungskampagne zu «Fünf Fragen an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt» ¹¹ lancieren unter Einbezug der aktiven Akteure in diesem Bereich (Smarter Medicine, Allianz Gesundheitskompetenz usw.) und den Leistungserbringern entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung stellen.	BAG
Patientenzentrierte Kommunikation, <i>Shared Decision Making</i> und die Förderung der Gesundheitskompetenz sollen in den Ausbildungs-Curricula aller Gesundheitsfachpersonen einen höheren Stellenwert bekommen.	BAG, BBT, SRK
Vergütung von Kommunikations- und Koordinationsaufgaben muss für alle beteiligten Berufsgruppen besser geregelt werden.	Tarifpartner
Interprofessioneller/Interdisziplinärer Austausch (analog zu Tumorboards) soll in den Tarifen als explizite Leistungsposition gestärkt werden.	Tarifpartner
Fehlanreize in Tarifsystemen, welche die Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen aktuell erschweren, müssen behoben werden (bspw. Zeitlimitationen in der Koordination in Abwesenheit der Patientinnen und Patienten).	Tarifpartner
Die Plattform «Interprofessionalität», die von wichtigen Berufsverbänden gemeinsam entwickelt wurde und unterstützt wird, soll gestärkt werden, um eine gelingende IPZ im Schweizer Gesundheitswesen auf Ebene der Berufsverbände breit abzustützen.	BAG
Die Potenziale des elektronischen Patientendossiers sollen für eine verbesserte Kommunikation an Schnittstellen genutzt werden, indem Vorgaben zum strukturierten Informationsaustausch gemacht werden und indem das EPD für alle Leistungserbringer verpflichtend eingeführt wird.	eHealth Suisse
Es sollen bessere Rahmenbedingungen zur Förderung koordinierter Versorgungsstrukturen geschaffen werden (Finanzierung von Modellprojekten/neue Vergütungssysteme).	BAG, Tarifpartner
Das BAG soll eine Kampagne durchführen, um die «Digital Health Literacy» von Patientinnen und Patienten zu stärken.	BAG

¹¹ Smartermedicine empfiehlt, beim Arztbesuch folgende fünf Fragen zu stellen: Gibt es mehrere Behandlungsmöglichkeiten?, Was sind die Vor- und Nachteile der empfohlenen Behandlung?, Wie wahrscheinlich sind die Vor- und Nachteile?, Was passiert, wenn ich nichts unternehme? Was kann ich selbst tun? (www.smartermedicine.ch).

8.1.2 Mesoebene

Tabelle 5: Handlungsempfehlungen auf Mesoebene

Handlungsempfehlung	Adressaten
Leistungserbringer sollen Projekte zur Verbesserung der koordinierten Versorgung entlang des PatientInnenpfads an Schnittstellen zwischen verschiedenen Leistungserbringern und Versorgungsstufen durchführen.	Leistungserbringer, Berufsverbände
Informationstransparenz unter den Gesundheitsfachpersonen innerhalb einer Organisation soll durch einheitliche IT-Systeme gestärkt werden, die für alle Gesundheitsfachpersonen zugänglich sind.	Leistungserbringer, Berufsverbände
In Prozessbeschrieben sollte definiert werden, wer den Patientinnen und Patienten welche Inhalte zu welchem Zeitpunkt mitteilt.	Leistungserbringer, Berufsverbände
Im Rahmen von <i>Shared Decision Making</i> sollten Gesundheitsfachpersonen in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten angehalten werden, aktiv folgende Nachfragen zu stellen: Gibt es andere Einschätzungen? Deckt sich dies mit anderen Einschätzungen (bspw. Hausarzt)? Haben Sie Fragen?	Leistungserbringer, Berufsverbände
Patientinnen und Patienten sollen zu Beginn der Behandlung informiert werden, dass unterschiedliche Perspektiven miteinbezogen werden und dass darum WE entstehen können, dass sie aber bei Unklarheiten immer nachfragen sollen.	Leistungserbringer, Berufsverbände
Patientinnen und Patienten sollen standardisierte Informationen in patientengerechter Sprache zur Verfügung stehen.	PatientInnenorganisationen
Die PatientInnenpfade (Abstimmung, klare Verantwortlichkeiten, standardisierte Prozesse) sollen intraorganisational und über Versorgungsstufen hinweg optimiert werden.	Leistungserbringer, Berufsverbände
Das Patienten-Empowerment soll stärker in <i>Disease-Management-Programme</i> der Leistungserbringer integriert werden.	Leistungserbringer, Berufsverbände
Die krankheitsspezifischen Ligen und Patientenorganisationen sollten den Patientinnen und Patienten mehr interdisziplinäre Unterstützungsangebote bieten.	PatientInnenorganisationen

8.1.3 Mikroebene

Tabelle 6: Handlungsempfehlungen auf Mikroebene

Handlungsempfehlung	Adressaten
Patientinnen und Patienten sollen immer die «Fünf Fragen an Ihre Ärztin oder Ihren Arzt» ¹² stellen und bei WE immer nachfragen.	Patientinnen und Patienten
Patientinnen und Patienten sollen Gesundheitsinformationen aus dem Internet kritisch bewerten und sich primär an Internetquellen etablierter Akteure wenden (Spitäler, Fachverbände, Arztpraxen usw.).	Patientinnen und Patienten
Wenn WE zu Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten führen, sollen sie bei den beteiligten Gesundheitsfachpersonen nachfragen und falls sich die WE nicht klären lässt, allenfalls eine weitere Meinung (Second/Third Opinion) einholen.	Patientinnen und Patienten

¹² Smartermedicine empfiehlt, beim Arztbesuch folgende fünf Fragen zu stellen: Gibt es mehrere Behandlungsmöglichkeiten?, Was sind die Vor- und Nachteile der empfohlenen Behandlung?, Wie wahrscheinlich sind die Vor- und Nachteile?, Was passiert, wenn ich nichts unternehme? Was kann ich selbst tun? (www.smartermedicine.ch).

9 Literaturverzeichnis

- Bundesamt für Statistik. (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.349056.html>.
- Bundesamt für Statistik. (2017). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017*.
- Gebele, C., Tscheulin, D. K., Lindenmeier, J., Dreves, F., & Seemann, A.-K. (2014). Applying the concept of consumer confusion to healthcare: Development and validation of a patient confusion model. *Health Services Management Research*, 27(1–2), 10–21. <https://doi.org/10.1177/0951484814546959>.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3., unveränd. Aufl.). Huber.
- Körner, M., & Wirtz, M. A. (2013). Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective. *BMC Health Services Research*, 13(1), 374. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-374>.
- Kvarnström, S., Willumsen, E., Andersson-Gäre, B., & Hedberg, B. (2012). How Service Users Perceive the Concept of Participation, Specifically in Interprofessional Practice. *The British Journal of Social Work*, 42(1), 129–146. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr049>.
- Martin, J. S., Ummenhofer, W., Manser, T., & Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: Making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140(3536). <https://doi.org/10.4414/smw.2010.13062>.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage). Beltz Verlag.
- Merçay, C. (2017). Expérience de la population âgée de 65 ans et plus avec le système de santé. *Analyse de l'International Health Policy Survey*.
- Mitchell, V.-W., Walsh, G., & Yamin, M. (2005). Towards a Conceptual Model of Consumer Confusion. *ACR North American Advances*, NA-32. <http://acrwebsite.org/volumes/9058/volumes/v32/NA-32>.
- Quaschnig, K., Körner, M., & Wirtz, M. (2013). Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 167–175. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.007>.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane Library*.
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2008). Outcomes of Interprofessional Collaboration for Hospitalized Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 31(2), E18. <https://doi.org/10.1097/01.NCC.0000305701.99411.ac>.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). *Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. 13(1), 948.
- Sottas, B., & Kissmann, S. (2015). *Übersichtsstudie zu Nutzen und Wirksamkeit der interprofessionellen Praxis (IPP)*. Teilbericht.

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlüsselmerkmale der Befragung der PatientInnenorganisationen	14
Tabelle 2: Schlüsselmerkmale der Online-Befragung	15
Tabelle 3: InterviewpartnerInnen nach Funktion und Setting	17
Tabelle 4: Handlungsempfehlungen auf Makroebene	46
Tabelle 5: Handlungsempfehlungen auf Mesoebene	47
Tabelle 6: Handlungsempfehlungen auf Mikroebene	48

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Überblick Studienaufbau	6
Abbildung 2: Übersicht zu Entscheidungssituationen mit potenziellen WE in den verschiedenen Phasen des Versorgungsprozesses.	8
Abbildung 3: Schematische Darstellung der Ebenen im Versorgungsprozess, zwischen denen WE auftreten können	8
Abbildung 4: Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Umgang mit WE (die mit einem + gekennzeichneten Faktoren verstärken, diejenigen mit einem – gekennzeichneten Faktoren vermindern das Auftreten/den konstruktiven Umgang mit WE). Das Wort «Gesundheitsfachperson» wurde durch GFP abgekürzt.	9
Abbildung 5: Häufigkeit WE nach PatientInnengruppe. «Wie häufig sind Patientinnen und Patienten mit folgenden Erkrankungen mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».	19
Abbildung 6: Prävalenz WE 24 Monate, nach Subpopulationen. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an. Die gestrichelte rote Linie steht für den Gesamtmittelwert von 47 Prozent. Die Zahlen links am Fuss der Balken geben die Anzahl Antworten der jeweiligen Gruppe an.	20
Abbildung 7: Prävalenz WE 24 Monate, nach PatientInnengruppen. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an. Die gestrichelte rote Linie steht für den Gesamtmittelwert von 47 Prozent. Die Zahlen links am Fuss der Balken geben die Anzahl Antworten der jeweiligen Gruppe an.	21
Abbildung 8: Häufigkeit WE in verschiedenen Situationen. «Wie häufig sind Patientinnen und Patienten in den folgenden Situationen mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».	22
Abbildung 9: Inhalt der WE. N=147. Mehrere Nennungen möglich. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an.	23
Abbildung 10: Häufigkeit beteiligter Akteure bei WE. «Wie häufig stammen widersprüchliche Einschätzungen von zwei Gesundheitsfachpersonen (GFP) aus derselben/aus verschiedenen Berufsgruppen?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».	24
Abbildung 11: Beteiligte Gesundheitsfachpersonen, Anteil Nennungen an allen Nennungen. Befragte N=144. «Welche Gesundheitsfachpersonen waren dabei direkt involviert?» Bis zu 3 Nennungen möglich.	25
Abbildung 12: Genannte Kombinationen von beteiligten Gesundheitsfachpersonen. Jede horizontale Linie stellt einen Fall dar. N=146. «Welche Gesundheitsfachpersonen waren dabei direkt involviert?» Bis zu 3 Nennungen möglich. Lesebeispiel oberste horizontale Linie: Gesundheitsfachperson 1 ist ein Hausarzt (schwarzer Balken), GFP 2 ist ebenfalls eine Hausärztin (schwarzer Balken) und die dritte involvierte Gesundheitsfachperson ist eine Spezialistin (grauer Balken).	26
Abbildung 13: Häufigkeit verschiedener Strategien im Umgang mit WE. «Wie häufig benutzen PatientInnen folgende Strategien im Umgang mit widersprüchlichen Einschätzungen?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen».	27
Abbildung 14: Umgang mit WE durch Befragte. N=146. Mehrfachnennungen möglich. Die schwarzen Linien zeigen das 95%-Konfidenzintervall an.	28
Abbildung 15: Konsequenzen für Patientinnen und Patienten. N der einzelnen Items in Klammern. Mehrfachnennung möglich.	29
Abbildung 16: Häufigkeit verschiedener Ursachen für WE. «Was sind Ihrer Meinung nach die Ursachen widersprüchlicher Einschätzungen?» N der einzelnen Fragen in Klammern. Nicht in der Grafik ausgewiesen wird die Antwortoption «kann ich nicht beurteilen». GFP = Gesundheitsfachperson	31
Abbildung 17: Ursachen der WE gemäss Befragten. Mehrfachnennungen möglich. N der einzelnen Items in Klammern	32

Abbildung 18: Versorgungsprozess mit kritischen Zeitpunkten für die Entstehung von WE im Behandlungsprogramm Diabetes	35
Abbildung 19: Versorgungsprozess mit kritischen Zeitpunkten für die Entstehung von WE in der Psychiatrie	37
Abbildung 20: Versorgungsprozess mit kritischen Zeitpunkten für die Entstehung von WE in der Knie-Orthopädie	40
Abbildung 21: Drei-Ebenen-Modell der Handlungsempfehlungen	45
Abbildung 22: Gesundheitskompetenz über die Gesamtstichprobe hinweg. Antworten auf einzelne Items. N der einzelnen Items in Klammern.	85
Abbildung 23: Indexwert Gesundheitskompetenz 0-21. Ein hoher Wert bedeutet eine hohe, ein tiefer Wert eine tiefe Gesundheitskompetenz.	85

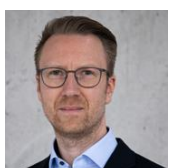
12 Autorinnen und Autoren



Irene Kobler | MA in Sozialwissenschaften

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team Management im Gesundheitswesen

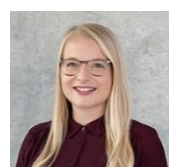
Studium der Sozialwissenschaften an den Universitäten Fribourg und Luzern. Von 2012 bis 2018 tätig in der Stiftung Patientensicherheit Schweiz und im Verein LUNGE Zürich als Projektmanagerin und Projektleiterin. Seit April 2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Team Management im Gesundheitswesen am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. Die Themenschwerpunkte von Irene Kobler sind Patientensicherheit, Prozessevaluationen, Gesundheitsförderung und Prävention.



Florian Liberatore | Privatdozent Dr. rer. pol.

Stv. Leiter Team Management im Gesundheitswesen

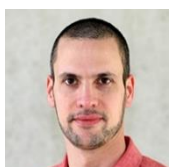
Volkswirtschaftsstudium mit anschliessendem Doktorat im Bereich BWL und Habilitation als Privatdozent an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg (DE). An der genannten Universität am Lehrstuhl für Marketing und Gesundheitsmanagement als Wissenschaftlicher Mitarbeiter von 2004-2009 und danach als Akademischer Rat bis 2014 tätig. Von 2013-2014 Vertretungsprofessur im Fach Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen an der Wissenschaftlichen Hochschule Lahr (DE). 2014 erfolgte der Wechsel an das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie als stellvertretender Leiter des Teams Management im Gesundheitswesen und Dozent. Florian Liberatores Expertise liegt auf den Gebieten Patientenverhalten im Gesundheitswesen, Qualitätsindikatoren und Qualitätsmanagementsysteme, Value-based Healthcare Management, Analyse/Optimierung von Schnittstellen sowie interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.



Laura Meierhof | Pflege-/Gesundheitsmanagement, BSc.

Wissenschaftliche Assistentin im Team Management im Gesundheitswesen

Ausbildung zur Pflegefachfrau und anschliessendes Bachelorstudium in Pflegemanagement. Erfahrungen als Pflegefachfrau und in der Beratung im Bereich Life Sciences. Seit August 2019 ist Laura Meierhof am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie tätig, zuerst als Praktikantin, anschliessend als wissenschaftliche Assistentin. Die Themenschwerpunkte von Laura Meierhof sind Pflege, Qualitätsmanagement und Prozesse.



Marc Höglinger | Dr. sc. ETH

Dozent und Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Team Versorgungsforschung

Studium der Soziologie an der Universität Zürich und 2016 Promotion an der ETH Zürich. Von 2006 bis 2016 Tätigkeit als Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Dozent an der Kalaidos Fachhochschule, Careum Hochschule Gesundheit, an der Universität Bern und der ETH Zürich. 2016/17 Postdoktorand an der Universität Bern. Seit 2017 im Team Versorgungsforschung am Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. Marc Höglinger ist Sozialwissenschaftler mit ausgeprägten Methoden- und Statistikenkenntnissen sowie 15-jähriger Erfahrung in der Planung und Durchführung empirischer Forschungsprojekte. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung im Gesundheitswesen, Patient Reported Outcome Measures (PROMs) und Quality of Life, Policy- und Impact-Evaluationen, prosoziale Präferenzen und prosoziales Verhalten, Pflegebedarf und Angehörigenpflege, Behavioral Science/Nudging.

13 Anhang

13.1 GEGENSTAND DES MANDATS

2 Gegenstand des Mandats

2.1 Ziele

Nicht immer gibt es für ein Krankheitsbild einen einzigen richtigen Behandlungsweg. Oft stehen mehrere Optionen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen zur Verfügung, und die «richtige» Behandlung hängt nicht nur von der wissenschaftlichen Evidenz und den Erfahrungswerten früherer Fälle ab, sondern auch von der Einschätzung der Fachpersonen und der Präferenzen der betroffenen Person selber. In einer solchen Situation ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen und/oder widersprüchlichen Informationen und Handlungsempfehlungen konfrontiert werden. Es stellt sich die Frage, inwiefern dies für die Patient/innen eine Problematik darstellt und inwiefern interprofessionelle Zusammenarbeit einen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten könnte.

Das vorliegende Mandat soll diese Thematik aufgreifen und vor allem folgende Aspekte untersuchen

1. **Situationsanalyse unter Einbezug relevanter Organisationen⁴:**
 - Stellt das oben beschriebene Szenario gemäss relevanter Organisationen in der Praxis ein relevantes Problem dar?
 - Falls ja, was sind die Charakteristika der Widersprüche? Entstehen sie z.B. eher zwischen den oder innerhalb der Berufsgruppen? In welchen Versorgungsbereichen kommen sie öfters bzw. weniger oft vor? In bzw. zwischen welchen Versorgungsgruppen kommt es öfters bzw. weniger oft vor?
 - Lassen sich messbare Unterschiede erkennen zwischen eher interprofessionell arbeitenden Teams/Settings und eher konventionell organisierten Teams/Settings in Bezug auf die Häufigkeit und den Umgang mit Widersprüchen?
2. **Umfassende Situationsanalyse aus Sicht der Patientinnen und Patienten:**
 - Wie gehen sie mit Widersprüchen um, z.B: Wie und wo informieren sie sich über die möglichen Vorgehensoptionen? Wie treffen sie ihre Entscheidungen? Welcher Fachperson «vertrauen» sie/auf wen hören sie und weshalb?
 - Stellen Widersprüche für sie ein Problem dar? Welchen Grund sehen sie für die Widersprüche? Welche Verbesserungen würden sie sich wünschen, sowohl bezüglich der Vermeidung von Widersprüchen, als auch bezüglich des Umgangs damit?
3. **Einbettung in gesundheitspolitischen Kontext und Handlungsempfehlungen für den Bund:**
 - Wie könnte die Entscheidungsfindung für die Patientinnen und Patienten erleichtert werden? Wo finden Personen bei Bedarf Unterstützung?
 - Welchen Einfluss hat interprofessionelle Zusammenarbeit auf die Entstehung und den Umgang mit Widersprüchen?
 - Welche für den Bund relevante und realistische Handlungsempfehlungen können gemacht werden?
 - Wie kann IPZ dazu beitragen, dass das von vielen (v.a. älteren) Patient/innen geschätzte Vertrauensverhältnis zu einer einzigen Ansprechperson trotz Versorgung durch mehrere Fachpersonen aufrechterhalten werden kann.

13.2 BEFRAGUNG VON BERATERINNEN VON PATIENTINNENORGANISATIONEN

13.2.1 Angeschriebene Patientenorganisationen und Beratungsstellen:

- aha! Allergiezentrum
- Aids-Hilfe Schweiz und 8 regionale Beratungsstellen
- ALS Schweiz
- Apella – Beratung für Pränataldiagnostik
- Café med
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
- Helpline Seltene Krankheiten
- Kinderspital Zürich - Helpline seltene Krankheiten
- Krebsliga Schweiz, alle 19 kantonalen Krebsligen und die Beraterinnen und Berater des Krebstelefons
- Lungenliga Schweiz und alle 19 kantonalen Lungenligen
- MS Gesellschaft
- OsteoSwiss
- Parkinson-Stiftung
- Palliativ.ch
- Patientenberatung USZ
- Pro Infirmis - inkl
- Pro Raris
- Pro Senectute
- Psy.ch
- Rheumaliga Schweiz und alle 20 kantonalen/regionalen Rheumaligen
- Schweizerische Adipositas-Stiftung
- Schweizerische Diabetesgesellschaft und 20 kantonale Diabetesstellen
- Schweizerische Gesellschaft für cystische Fibrose
- Schweizerische Stiftung für Patientenschutz
- Schweizerischer Verein für Epilepsie
- Second Opinion: KSSG Brustzentrum
- Second Opinion: Tumorzentrum Universitätsspital Basel
- Seconde opinion
- Sonos – Schweizerischer Hörbehindertenverband
- Verein Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik
- Vereinigung Morbus Bechterew
- Zweitmeinungsstelle KS Baden

–

13.3.1 Online-Befragung von BeraterInnen von Patientenorganisationen (Screenshots)





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

☐ Deutsch

☒ Français

☐ Italiano

100%

WEITER





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Beraten Sie im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Patientinnen und Patienten und/oder deren Angehörige?

☐ ja

☒ nein

ZURÜCK

4%

WEITER

Für welche Organisation beraten Sie Patientinnen und Patienten?

☐ Patientenorganisation

☐ Selbsthilfegruppe

☐ Spital/HMO

☐ Krankenversicherung

☐ Andere, und zwar

ZURÜCK

8%

WEITER

Richtet sich diese Beratung an eine spezifische Patientengruppe (und deren Angehörige)?

mehrere Antworten sind möglich

☐ ja, Krebs

☐ ja, Rheuma

☐ ja, Para-/Tetraplegie

☐ ja, Pflege/Alter

☐ ja, Lunge/Asthma

☐ ja, Demenz

☐ ja, Orthopädie

☐ ja, Andere, und zwar

☐ nein, keine spezifische Patientengruppe

ZURÜCK

12%

WEITER

In welcher Form üben Sie diese Beratung hauptsächlich aus?

mehrere Antworten sind möglich

☐ im direkten Patientenkontakt (face-to-face)

☐ telefonisch

☐ schriftlich (per Mail, Brief)

☐ anders, und zwar

ZURÜCK

15%

WEITER

Wie häufig beraten Sie zu folgenden Themen?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig
allgemeine Information zu Krankheit und Verlauf	☐	☐	☐	☐	☐
finanzielle Aspekte einer Krankheit und Auswirkungen auf Beruf und Privatleben	☐	☐	☐	☐	☐
Prävention	☐	☐	☐	☐	☐
Vermittlung von Gesundheitsfachpersonen, Koordination von Behandlungen	☐	☐	☐	☐	☐
Therapie-Optionen und deren Risiken und Chancen	☐	☐	☐	☐	☐
Konflikte mit Gesundheitsfachpersonen/Spital etc.	☐	☐	☐	☐	☐
Konflikte mit Krankenkassen/Versicherungen	☐	☐	☐	☐	☐
Behandlungsfehler	☐	☐	☐	☐	☐
Unterstützung und Pflege (z. B. Spitex, Fahrdienste)	☐	☐	☐	☐	☐
Andere, und zwar 	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

19%

WEITER

Im Folgenden interessiert uns Ihre Einschätzung zur Relevanz "widersprüchlicher Einschätzungen von Gesundheitsfachpersonen" für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige.

Widersprüchliche Einschätzungen beinhalten sich widersprechende Diagnosen, Behandlungsempfehlungen, Therapie-Entscheide und Verhaltensempfehlungen, die den PatientInnen und deren Angehörigen durch Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden.

ZURÜCK

27%

WEITER

Sind widersprüchliche Einschätzungen von Gesundheitsfachpersonen Ihrer Einschätzung nach generell ein relevantes Problem für Patientinnen und Patienten?

- ☐ überhaupt nicht
- ☐ eher nicht
- ☐ teils, teils
- ☐ eher ja
- ☐ ganz bestimmt
- ☐ kann ich nicht beurteilen

ZURÜCK

31%

WEITER

Wie häufig sind widersprüchliche Einschätzungen von Gesundheitsfachpersonen bei Ihren Beratungen ein Thema?

- ☐ sehr selten/nie
- ☐ eher selten
- ☐ teils, teils
- ☐ eher häufig
- ☐ sehr häufig

ZURÜCK

35%

WEITER

Wie häufig sind Patientinnen und Patienten in den folgenden **Situationen** mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
bei der Diagnosestellung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bei der Interpretation von radiologischen und/oder Laborbefunden	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bei einem Spitalaufenthalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bei der Wahl von Therapieoptionen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bei der Frage ob ein Wahleingriff sinnvoll ist oder nicht	☐	☐	☐	☐	☐	☐
bei der Wahl/Bestimmung der Medikation	☐	☐	☐	☐	☐	☐
in der Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

38%

WEITER

Gibt es weitere Situationen in denen PatientInnen häufig mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert sind?

ZURÜCK

42%

WEITER

Wie häufig sind PatientInnen mit folgenden Erkrankungen mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
Herz-/Kreislauf	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lungenerkrankungen/Asthma	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Krebs	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Orthopäde/Traumatologie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
psychische Beschwerden/Depression	☐	☐	☐	☐	☐	☐
rheumatische und arthritische Erkrankungen, Osteoporose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
kognitive Beeinträchtigungen/Demenz	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schwangerschaft/Geburt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Multimorbidität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Palliativversorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

46%

WEITER

Gibt es weitere PatientInnengruppen, welche häufig mit widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert sind?

ZURÜCK

50%

WEITER

Wie häufig stammen widersprüchliche Einschätzungen von zwei oder mehr Gesundheitsfachpersonen aus der **selben Berufsgruppe**?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
Hausarzt A – Hausarzt B	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fach-/Spezialarzt A – Fach-/Spezialarzt B	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegefachperson A – Pflegefachperson B	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

54%

WEITER

Wie häufig stammen widersprüchliche Einschätzungen von zwei Gesundheitsfachpersonen aus **verschiedenen Berufsgruppen**?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
Hausarzt – Physio-/ErgotherapeutIn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt – Fach-/Spezialarzt	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt – Apotheker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hausarzt – Pflegefachperson/Spitex	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fach-/Spezialarzt – Physio-/ErgotherapeutIn	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fach-/Spezialarzt – Apotheker	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fach-/Spezialarzt – Pflegefachperson/Spitex	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

58%

WEITER

Wie häufig kommt es vor, dass PatientInnen sowie deren Angehörige bei Ihnen Rat suchen, weil sie durch widersprüchliche Einschätzungen verschiedener Gesundheitsfachpersonen verunsichert sind?

- ☐ sehr selten/nie
- ☐ eher selten
- ☐ teils, teils
- ☐ eher häufig
- ☐ sehr häufig
- ☐ kann ich nicht beurteilen

ZURÜCK

62%

WEITER

Was denken Sie: Wie oft wären widersprüchliche Einschätzungen im Prinzip vermeidbar?

- ☐ sehr selten/nie
- ☐ eher selten
- ☐ teils, teils
- ☐ eher häufig
- ☐ sehr häufig
- ☐ kann ich nicht beurteilen

ZURÜCK

65%

WEITER



Was sind Ihrer Meinung nach die **Ursachen** für widersprüchliche Einschätzungen?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
schlechte Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
schlechte Kommunikation zwischen PatientIn – Gesundheitsfachperson	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Missverständnisse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unterschiedliche Anreize der beteiligten Gesundheitsfachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
unterschiedlicher Informationsstand der beteiligten Gesundheitsfachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

69%

WEITER



Gibt es weitere wichtige Ursachen für widersprüchliche Einschätzungen zwischen Gesundheitsfachpersonen?

ZURÜCK

73%

WEITER

Worum geht es bei widersprüchlichen Einschätzungen?

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
widersprüchliche Therapie-Empfehlungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
widersprüchliche Medikations-Empfehlungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
widersprüchliche Diagnose	☐	☐	☐	☐	☐	☐
widersprüchliche Verlaufseinschätzung	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

77%

WEITER

Wie häufig benutzen PatientInnen folgende Strategien im Umgang mit widersprüchlichen Einschätzungen:

	sehr selten/nie	eher selten	teils, teils	eher häufig	sehr häufig	kann ich nicht beurteilen
PatientInnen holen sich weitere Informationen ein	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PatientInnen suchen Rat bei einer weiteren Gesundheitsfachperson	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PatientInnen verschieben eine Behandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PatientInnen brechen eine Behandlung ab	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PatientInnen halten sich an die Einschätzung der Gesundheitsfachperson, der sie mehr vertrauen	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

81%

WEITER

Gibt es weitere wichtige Strategien?

ZURÜCK

85%

WEITER

«Interprofessionalität bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen und Professionen koordiniert und eng aufeinander abgestimmt zusammenarbeiten. Mitglieder interprofessioneller Teams begegnen sich auf Augenhöhe und engagieren sich für die gemeinsame Entscheidungsfindung in der Gesundheitsversorgung. Je nach Aufgabe übernimmt in interprofessionellen Teams die dafür am besten qualifizierte Person die Führung.»

Denken Sie, interprofessionelle Zusammenarbeit führt tendenziell dazu, dass PatientInnen mit mehr oder weniger widersprüchlichen Einschätzungen konfrontiert werden?

- ☐ deutlich weniger
- ☐ eher weniger
- ☐ teils, teils
- ☐ eher mehr
- ☐ deutlich mehr
- ☐ kann ich nicht beurteilen

ZURÜCK

88%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Was sind die Gründe dafür?

ZURÜCK

92%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Was ist ihr Geschlecht?

☐ weiblich

☒ männlich

☐ Anderes

Wie alt sind Sie?

Jahre

ZURÜCK

96%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Was ist Ihr beruflicher Hintergrund?

mehrere Nennungen sind möglich

☐ Pflege

☐ ärztlicher Bereich

☐ medizinisch-therapeutischer Bereich

☐ medizinisch-technischer Bereich

☐ psychologischer Bereich

☐ Verwaltung

☐ Anderer, und zwar

ZURÜCK

100%

WEITER

13.4 UNTERLAGEN BEFRAGUNG PATIENTINNEN UND PATIENTEN

13.4.1 Angeschriebene PatientInnenorganisationen

Die angeschriebenen Organisationen wurden gebeten, dem Projektteam mitzuteilen, ob sie den Link zur Befragung an ihre PatientInnen, Mitglieder usw. weiterverbreiten oder nicht. Die rot eingefärbten Organisationen haben angegeben, dass sie den Link nicht verbreiten werden, die grün eingefärbten Organisationen haben angegeben, die Befragung weiterzuverbreiten. Von den schwarz eingefärbten Organisationen ist noch keine Rückmeldung eingegangen. Diese Organisationen wurden mit einem Reminder auf die Befragung und deren Wichtigkeit hingewiesen.

- Adhs 20+
- AHA! Allergiezentrum
- Aids-Hilfe Schweiz und 8 regionale Beratungsstellen
- Akademie Menschenmedizin
- ALS Schweiz
- Apella – Beratung für Pränataldiagnostik
- Cuore Matto (Selbsthilfeorganisation Herzerkrankungen)
- Dachverband Schweizerischer Patientenstellen
- Krebsliga Schweiz (Krebsforum) und alle kantonalen Krebsligen (Aargau, Ostschweiz, Schaffhausen, Tessin, Thurgau, Wallis)
- lungenhochdruck.ch
- Lungenliga Schweiz und alle kantonalen Lungenligen (Zürich, Thurgau)
- MS-Gesellschaft
- Palliativ.ch
- Parkinson Stiftung
- Patientenberatung USZ
- Pro Infirmis
- Pro Mente Sana
- Pro Raris
- Pro Senectute
- Psy.ch
- Rheumaliga Schweiz und alle kantonalen Rheumaligen (Aargau, Basel, Bern, Glarus, Jura, Luzern/Obwalden/Nidwalden, Thurgau)
- Schweizer Selbsthilfeorganisation Pankreaserkrankungen SSP
- Schweizerische Adipositas-Stiftung
- Schweizerische Diabetesgesellschaft und 20 kantonale Diabetesstellen
- Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression
- Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose und 10 Regionalgruppen
- Schweizerische Muskelgesellschaft
- Schweizerische Stiftung für Patientenschutz
- Schweizerischer Verein für Epilepsie
- Selbsthilfe Zürcher Oberland
- Selbsthilfe Basel
- Selbsthilfe Graubünden
- Selbsthilfe Neuchâtel
- Selbsthilfe Schwyz
- Selbsthilfe St. Gallen und Appenzell
- Selbsthilfe Tessin
- Selbsthilfe Thurgau
- Selbsthilfe Waadt
- Selbsthilfe Winterthur
- Selbsthilfe Zug
- Selbsthilfecenter Aargau
- Selbsthilfecenter Zürcher Oberland
- Selbsthilfecenter Zürich
- Selbsthilfecentrum Bern
- Selbsthilfecentrum Solothurn
- Selbsthilfe Schaffhausen
- Selbsthilfezentrum Luzern Obwalden Nidwalden
- SMA Organisation
- Sonos – Schweizerischer Hörbehindertenverband
- Verein Ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik
- Vereinigung Morbus Bechterew
- Vereinigung Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa

13.4.2 Rücklauf Befragung nach PatientInnenorganisation

Organisation	Häufigkeit
Kantonale Selbsthilfezentren	79
Rheumaliga	42
Cuore Matto	36
Schweizerische Adipositas-Stiftung	31
AHA! Allergiezentrum	30
Pro Raris	28
Krebsliga	14
Schweizerische Gesellschaft für Cystische Fibrose	12
mediX	9
Lungenliga	7
Kantonale Diabetesgesellschaften	5
Schweizerischer Verein für Epilepsie	5
ALS Schweiz	3
Schweizerische Gesellschaft für Angst und Depression	3
SMA Organisation	3
Aids-Hilfe	2
Helpline Seltene Krankheiten Kinderspital Zürich	1
MS-Gesellschaft	1
Sonos (Schweizer Hörbehindertenverband)	1
ADHS20+	1
Lungenhochdruck.ch	1
TOTAL	314

Tabelle 4: Rücklauf Befragung nach Patientenorganisation

13.4.3 Online-Befragung PatientInnen (Screenshots)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Bitte wählen Sie Ihre bevorzugte Sprache für die Befragung:

Veuillez choisir votre langue préférée:

Si prega di scegliere la lingua desiderata:

☐ Deutsch

☒ Français

☐ Italiano

4%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Studie „Gesundheitsversorgung aus Patientensicht“

Danke, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns. Das Beantworten unserer Fragen dauert ca. 10 Minuten.

Die Befragung wird vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) durchgeführt und ausgewertet. Alle erhobenen Angaben werden vertraulich behandelt und anonymisiert, so dass keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind.

Für Fragen können Sie mich per Mail oder Telefon kontaktieren. Bei Interesse informieren wir Sie nach Abschluss unserer Studie gerne über die Resultate.

Irene Kobler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie (WIG)

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW

School of Management and Law, Gertrudstrasse 15, 8401 Winterthur

Tel. 058 934 66 12

irene.kobler@zhaw.ch

ZURÜCK

8%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ mittelmässig
- ☐ schlecht
- ☐ sehr schlecht

ZURÜCK

13%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Wie viele Arztkonsultationen hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

Bitte zählen Sie Spitalbesuche nicht dazu.

Konsultationen

Wie viele verschiedene Ärzte/Ärztinnen haben Sie die letzten 12 Monate konsultiert?

Ärzte/Ärztinnen

Wie viele Spitalbesuche hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

Spitalbesuche

ZURÜCK

17%

WEITER

Wie viele ärztliche Spezialisten haben Sie in den vergangenen 12 Monaten konsultiert?

Mit Spezialisten meinen wir Ärzte/Ärztinnen, die sich auf ein Fachgebiet spezialisiert haben wie z. B. Orthopäden, Kardiologen, Allergologen oder Psychiater.

 verschiedene Spezialisten

Wie viele unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente nehmen Sie regelmässig?

Medikamente, Vitamine, Nahrungsmittelzusätze etc., die Sie ohne ärztliches Rezept kaufen, zählen nicht dazu.

ca. unterschiedliche rezeptpflichtige Medikamente

ZURÜCK

21%

WEITER

Hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie...

	Ja	Nein
...Asthma oder eine chronische Lungenkrankheit haben (z. B. chronische Bronchitis, Emphysem oder chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung, COPD)	☐	☐
...Diabetes haben?	☐	☐
...Krebs haben?	☐	☐
...schon einmal einen Schlaganfall gehabt haben?	☐	☐
...Hypertonie bzw. Bluthochdruck haben?	☐	☐
...eine Depression, Angstzustände oder andere psychische Störungen haben?	☐	☐
...Arthritis oder Gelenkschmerzen haben?	☐	☐
...Herzkrankheiten haben, Herzinfarkt eingeschlossen?	☐	☐

ZURÜCK

25%

WEITER



Leiden Sie aktuell an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen?

Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die meist nicht vollständig geheilt werden können und eine andauernde Behandlung erfordern (z.B. Diabetes, Krebs, Rheuma, Multiple Sklerose, viele psychische Störungen, etc.).

☐ Ja

☐ Nein

ZURÜCK

29%

WEITER



Widersprüchliche Einschätzungen

Manchmal kommt es vor, dass zwei Gesundheitsfachpersonen (Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten, Apotheker etc.) eine Sache unterschiedlich einschätzen: z. B. widersprechen sich die Diagnosen, die Behandlungsvorschläge oder die Medikation.

Denken Sie an die letzten zwei Jahre:

Wenn Sie Betreuung für ein medizinisches Problem bekommen haben, ist es da je passiert, dass Sie widersprüchliche Einschätzungen von verschiedenen Ärzten/Ärztinnen oder von Gesundheitsfachpersonen bekommen haben?

☐ Ja

☐ Nein

☐ weiss nicht

ZURÜCK

33%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Bitte denken Sie an die letzte Situation, wo Sie eine widersprüchliche Einschätzung erhalten haben.

Ging es dabei um...

mehrere Antworten möglich

- ☐ ...die Diagnosestellung
- ☐ ...die Interpretation von Röntgenbildern oder Laborergebnissen
- ☐ ...die Wahl von Therapieoptionen (z. B. Operation oder nicht, Chemotherapie oder Bestrahlung)
- ☐ ...die Frage, ob ein Wahleingriff sinnvoll ist oder nicht
- ☐ ...die Medikation
- ☐ ...die Rehabilitation nach einem Eingriff/Vorfall
- ☐ ...Anderes, und zwar

ZURÜCK

38%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Bitte denken Sie an die letzte Situation, wo Sie eine widersprüchliche Einschätzung erhalten haben.

Welche Gesundheitsfachpersonen waren dabei direkt involviert?

Geben Sie alle involvierten Gesundheitsfachpersonen an.

Fachperson 1

Fachperson 2

Fachperson 3

Bitte wählen



Bitte wählen



Bitte wählen



ZURÜCK

42%

WEITER

Bitte denken Sie an die letzte Situation, wo Sie eine widersprüchliche Einschätzung erhalten haben.

Handelte es sich dabei um...

- ☐ ...völlig unterschiedliche Einschätzungen
- ☐ ...stark unterschiedliche Einschätzungen
- ☐ ...leicht unterschiedliche Einschätzungen
- ☐ ...nur minimal unterschiedliche Einschätzungen

ZURÜCK

46%

WEITER

Inwiefern treffen folgende Aussagen zu dieser widersprüchlichen Einschätzung zu:

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils, teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
Das Ganze hat mich sehr verunsichert.	☐	☐	☐	☐	☐
So etwas kann mal passieren.	☐	☐	☐	☐	☐
In der Medizin/Pflege gibt es immer verschiedene Meinungen zwischen den Fachleuten.	☐	☐	☐	☐	☐
Das wäre vermeidbar gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐
Das Ganze war für mich eine grosse emotionale Belastung.	☐	☐	☐	☐	☐
So etwas darf nicht passieren.	☐	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

50%

WEITER

Wie haben Sie auf diese widersprüchliche Einschätzung reagiert?

mehrere Antworten möglich

- ☐ Ich habe eine Beratungsstelle aufgesucht. (Z. B. Patientenstelle, Patientenorganisation)
- ☐ Ich habe mir anderweitig Informationen beschafft. (Internet, Broschüren etc.)
- ☐ Ich habe Rat bei einer weiteren Gesundheitsfachperson gesucht.
- ☐ Ich habe die Behandlung/Therapie verschoben.
- ☐ Ich habe die Behandlung/Therapie abgebrochen.
- ☐ Ich habe auf den Rat von Freunden oder Bekannten gehört.
- ☐ Ich habe mich an die Einschätzung der Gesundheitsfachperson gehalten, der ich am meisten vertraue.
- ☐ Ich habe kritisch nachgefragt bei den Gesundheitsfachpersonen, die mir eine widersprüchliche Einschätzung gegeben haben.
- ☐ Anderes, und zwar

ZURÜCK

54%

WEITER

Konnten Sie die Situation auf diese Weise befriedigend klären?

- ☐ Ja, vollständig
- ☐ teils, teils
- ☐ Nein, überhaupt nicht

Hatte diese widersprüchliche Einschätzung negative Folgen für den Erfolg der Behandlung oder für Ihre Gesundheit?

- ☐ Ja, eindeutig
- ☐ teils, teils
- ☐ Nein, überhaupt nicht
- ☐ kann ich nicht beurteilen

ZURÜCK

58%

WEITER

Was waren Ihrer Meinung nach die Ursachen dieser widersprüchlichen Einschätzungen?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils, teils	trifft völlig zu	kann ich nicht beurteilen
schlechte Koordination zwischen Gesundheitsfachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐
unterschiedlicher Informationsstand der beteiligten Gesundheitsfachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐
schlechte Kommunikation zwischen mir und den Gesundheitsfachpersonen	☐	☐	☐	☐	☐
Missverständnisse	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Anderes, und zwar
☐ kann ich nicht beurteilen

ZURÜCK

63%

WEITER

Können Sie uns die Situation mit dieser widersprüchlichen Einschätzung kurz beschreiben?

ZURÜCK

67%

WEITER

Wie einfach/schwierig ist es Ihrer Meinung nach...

	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig
...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	☐	☐	☐	☐
...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind?	☐	☐	☐	☐
...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	☐	☐	☐	☐
...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	☐	☐	☐	☐
...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	☐	☐	☐	☐
...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	☐	☐	☐	☐
...den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	☐	☐	☐	☐

ZURÜCK

71%

WEITER

Zum Schluss noch ein paar Fragen zu Ihrer Person:

Sind Sie...

☐ weiblich

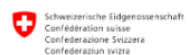
☐ männlich

In welchem Jahr sind Sie geboren?

ZURÜCK

75%

WEITER



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Was ist Ihre Staatsangehörigkeit?

mehrere Antworten möglich

☐ Schweiz

☐ Österreich

☐ Deutschland

☐ Frankreich

☐ Italien

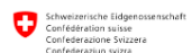
☐ Portugal

☐ Anderes, und zwar

ZURÜCK

79%

WEITER



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

In welchem Land haben Sie den grössten Teil Ihrer Schulzeit verbracht?

☐ Schweiz

☐ Österreich

☐ Deutschland

☐ Frankreich

☐ Italien

☐ Portugal

☐ Anderes, und zwar

ZURÜCK

83%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Was ist die höchste Ausbildung, die Sie mit einem Diplom oder Zeugnis abgeschlossen haben?

- ☐ Keine
- ☐ Sekundar-, Real-, Bezirksschule
- ☐ Berufsschule, Lehre, KV, Gewerbeschule
- ☐ Mittelschule/Gymnasium
- ☐ Seminar, Technikum, HTL, HWV, höhere Fach- oder Berufsausbildung
- ☐ Universität, Fachhochschule, Technische Hochschule (ETH)
- ☐ Anderes, und zwar:

ZURÜCK

88%

WEITER



Wie viele Personen leben derzeit in Ihrem Haushalt, Sie eingeschlossen?

Erwachsene und volljährige Kinder (über 18)

minderjährige Kinder bis 17 Jahre

Haben Sie momentan einen (Ehe-)Partner oder eine (Ehe-)Partnerin?

☐ Nein

☐ Ja, und wir leben zusammen

☐ Ja, und wir leben nicht zusammen

Sind Sie aktuell erwerbstätig?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar mit einem Pensum von Prozent

ZURÜCK

92%

WEITER



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Herzlichen Dank, dass Sie an unserer Studie teilgenommen haben!

Haben Sie Anmerkungen oder Hinweise zu dieser Befragung?

Ihre Angaben sind sehr hilfreich für uns.

Wir informieren Sie gerne zu den Resultaten unserer Studie.

Geben Sie dazu hier Ihre E-Mail an:

Ihre Mailadresse wird nach der Erfassung von Ihren Antworten getrennt, so dass die Anonymität bei der Datenauswertung gewährleistet ist.

Alternativ können Sie mir auch eine Mail schicken mit dem Betreff "Resultate Studie Gesundheitsversorgung aus Patientensicht".

irene.kobler@zhaw.ch

ZURÜCK

96%

WEITER

13.4.4 Health Literacy

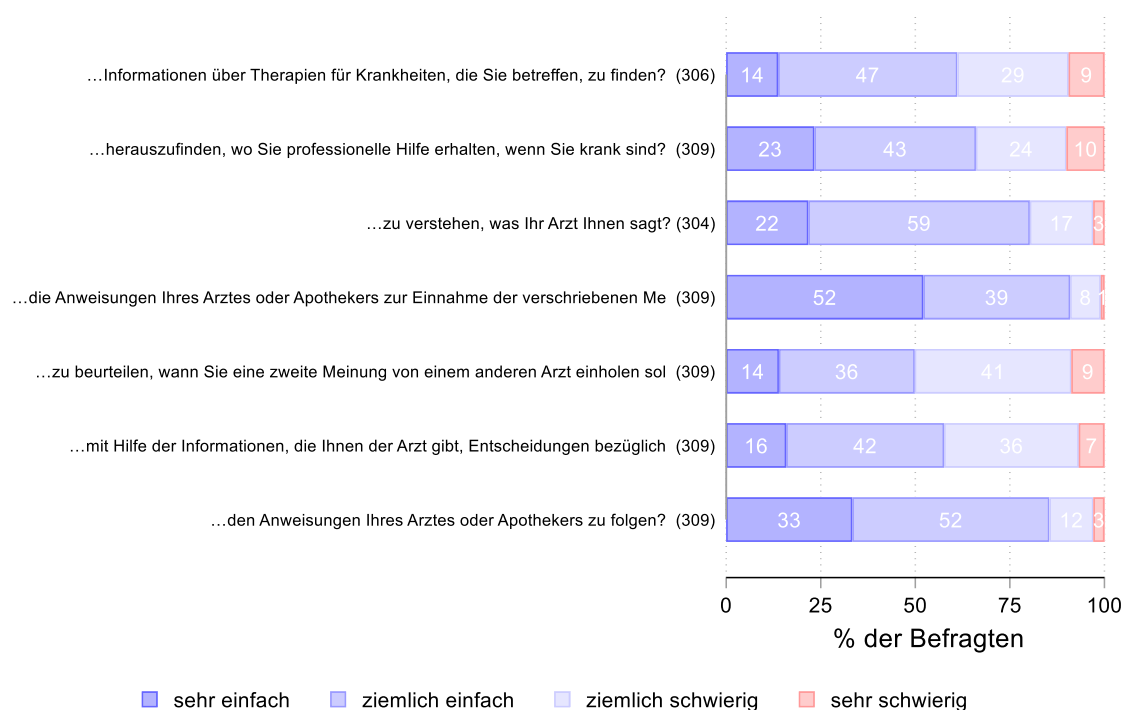


Abbildung 22: Gesundheitskompetenz über die Gesamtstichprobe hinweg. Antworten auf einzelne Items. N der einzelnen Items in Klammern.

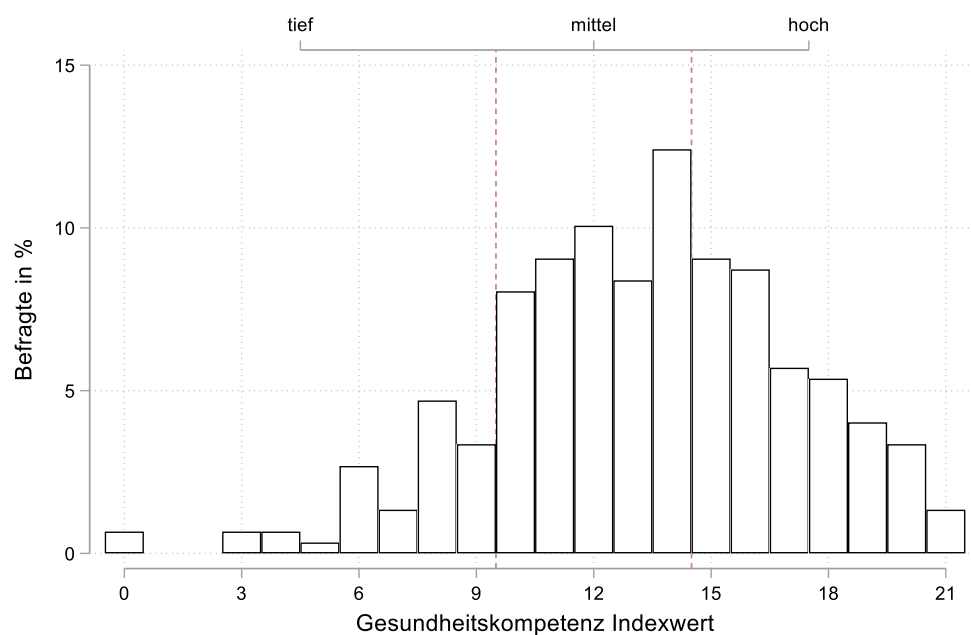


Abbildung 23: Indexwert Gesundheitskompetenz 0-21. Ein hoher Wert bedeutet eine hohe, ein tiefer Wert eine tiefe Gesundheitskompetenz.

13.5 UNTERLAGEN DETAILANALYSE

13.5.1 Interviewleitfaden

Forschungsfrage

Wo können im Behandlungsprozess widersprüchliche Einschätzungen (für Patientinnen und Patienten) entstehen und wie wird mit solchen umgegangen?

Einstieg

- Begrüssung und Dank für die Zeit
- Kurzer Beschrieb der Forschungsthematik und des Behandlungssettings (Psychiatrie):
Projekt im Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen», Befragung Patientenorganisationen, Patienten und jetzt werden zwei Settings mit Experteninterviews genauer angeschaut.
- Kurze Beschreibung von «widersprüchlicher Einschätzung» geben (aus Kurzbeschrieb), was verstehen wir darunter.
 - *Widersprüchliche Einschätzungen beinhalten sich widersprechende Diagnosen, Behandlungsempfehlungen, Therapie-Entscheide und Verhaltensempfehlungen, die den Patientinnen und Patienten durch die Gesundheitsfachpersonen vermittelt werden.*
- Kurzer Beschrieb des Interviewablaufs (Art, Dauer)
- Erläuterung der Datennutzung für das BAG-Projekt
- Einverständniserklärung unterzeichnen lassen

Allgemeine Infos zu Kontaktpunkten der Fachpersonen und PatientInnen und der Fachpersonen untereinander (direkt einzeichnen)

- Stimmt der Versorgungsprozess, so wie wir ihn dargestellt haben? (Hinweis für Interviewer: ansonsten entsprechend anpassen)
 - Wo gibt es Kontaktpunkte zwischen Gesundheitsfachpersonen/Patientinnen und Patienten?
 - Welches sind kritische Zeitpunkte im gesamten Prozess, bei welchen widersprüchliche Einschätzungen auftreten können?
 - Zwischen welchen Fachpersonen treten diese jeweils auf?
 - Was ist der Inhalt davon?
- Hinweis für Interviewer: die einzelnen kritischen Zeitpunkte auf Abbildung mit Versorgungsprozess einzeichnen (inkl. Inhalt und beteiligte Gesundheitsfachpersonen)

«Natur» Widersprüchliche Einschätzungen

- Wie häufig tauchen «Widersprüchliche Einschätzungen» auf? (täglich, wöchentlich, seltener/oder einfach: Hat jede Patientin und jeder Patient einmal damit zu tun?)
- Was können potenzielle Konsequenzen sein?
 - Für die Patientinnen und Patienten (schlechtere Outcomes, Verwirrung usw.)
 - Für die Fachpersonen (mehr Zeitaufwand usw.)
 - Für die Organisation (wirtschaftlich, Image)
- Wie gehen Patientinnen und Patienten damit um?
 - Verunsicherung
 - Verständnis «so etwas kann mal passieren»
 - Verständnis «in der Medizin gibt es immer verschiedene Meinungen zwischen Fachpersonen»
 - Verärgerung «das wäre vermeidbar gewesen»
 - Ausdruck emotionaler Überlastung
 - Unverständnis «so etwas darf nicht passieren»
 - Andere: _____

Umgang mit widersprüchlichen Einschätzungen in Ihrer Organisation

- Wie erfolgt bei Ihnen in der Organisation die interprofessionelle Abstimmung/Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachpersonen (falls weiter oben andere genannt wurden: und anderen beteiligten Fachpersonen)?
- In welcher Form (anhand welcher Kommunikationsgefäße) kommunizieren Sie mit welchen Gesundheitsfachpersonen grundsätzlich?
- Gibt es dazu formelle Gefäße/Leitfäden/standardisierte Prozesse? Wenn ja, welche?
- Wie wird vorgegangen, wenn es zu widersprüchlichen Einschätzungen kommt?
- Was wird unternommen, damit es zu weniger widersprüchlichen Einschätzungen kommt oder damit die Patientin oder der Patient besser damit umgehen kann? (Hinweis Interviewer: Hier geht es nicht darum, widersprüchliche Einschätzungen zu vermeiden, sondern den Patientinnen und Patienten aufzuzeigen, wieso es zu unterschiedlichen Einschätzungen kommt. Also vorab Differenzen aufzeigen, «shared decision making» usw.)
-

Abschluss

- Haben wir einen Aspekt vergessen?
- Haben Sie eine Bemerkung?

—

Rückblick

- Kurze Zusammenfassung des Gesprächs
- Dank für die Zeit

Ausblick

- Information über das weitere Vorgehen (Visualisieren des Prozesses mit widersprüchlichen Einschätzungen, Integration in die Forschungsarbeit)
- Angebot, das Management Summary zuzustellen
- Verabschiedung

13.5.2 Pseudonymisierte Auflistung der interviewten Personen

Setting: Diabetes	D1_MPA
	D2_Ärztin
	D3_Physiotherapeutin
	D4_MPA
	D5_Physiotherapeutin
Setting: Psychiatrie	P1_Ärztin
	P2_Psychologe
	P3_Leiter Pflege
	P4_Ergotherapie
Setting: Orthopädie	O1_Physiotherapeut
	O2_Physiotherapeut
	O3_Physiotherapeut
	O4_Arzt
	O5_Arzt
	O6_Arzt

School of Management and Law

St.-Georgen-Platz 2
Postfach
8401 Winterthur
Schweiz

www.zhaw.ch/sml



AACSB
ACCREDITED

swissuniversities