

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Prof. Dr. med. Thomas Lichte
Prof. Dr. med. Markus Herrmann

**Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten von
Hausärzten in Sachsen-Anhalt
Eine qualitative und quantitative Analyse**

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Doktorgrades
Dr. med.
(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von
aus
Magdeburg

Julia Lenz
Schwerin
2014

Dokumentationsblatt

Bibliografische Beschreibung:

Lenz, Julia:

Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten von Hausärzten in Sachsen-Anhalt –
Eine qualitative und quantitative Analyse

2014, 104 Blatt: 9 Abbildungen, 15 Tabellen, 2 Anlagen

Kurzreferat:

Das Verschreibungsverhalten von Hausärzten wird durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst. So finden sich in der Literatur Einflussfaktoren wie Empfehlungen der Fachkollegen, Entlassungsbriebe der Krankenhäuser, Pharma industrie und Patientenwünsche. In dieser Arbeit wurde im Rahmen einer qualitativen Studie erstens untersucht, durch welche Faktoren Hausärzte aus Sachsen-Anhalt ihr Verschreibungsverhalten beeinflusst sehen und zweitens wurde durch einen Fragebogen die Beurteilung relevanter Einflussfaktoren erfasst und auf Verzerrung im Sinne sozialer Erwünschtheit geprüft. Die 218 der in die Fragebogenstudie (quantitative Teilstudie) eingeschlossenen Hausärzte im mittleren Alter von 52 Jahren (61% weiblich) schätzten die Beeinflussung durch informierte Patienten einschließlich gemeinsamer Therapieentscheidungen eher ablehnend ein, während die Pharma industrie eher als positiver Einfluss bewertet wurde. Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse, dass die Beantwortungen einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Eine Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens durch Faktoren wie die Informationen durch die Pharma industrie oder Patientenwünsche steht im Widerspruch zu zentralen Werten hausärztlichen Denkens und kann deshalb zu einer verzerrten Beurteilung entsprechender Einflussfaktoren beitragen. Ältere Hausärzte antworteten im Vergleich zu jüngeren Hausärzten eher sozial erwünscht, ebenso weibliche Hausärzte im Vergleich zu männlichen Hausärzten. Hausärzte mit hoher Tendenz zur sozialen Erwünschtheit bewerteten eine Beeinflussung ihres Verschreibungsverhaltens durch die Pharma industrie positiver als Hausärzte mit geringer Tendenz, wohingegen sie den Einfluss durch den informierten Patienten eher negativ beurteilten.

Schlüsselwörter: Hausärzte, Verschreibungsverhalten, informierter Patient,
Pharma industrie, Therapieentscheidungen

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	- 1 -
1. EINLEITUNG	- 2 -
1.1 Konzepte hausärztlicher Entscheidungsprozesse	- 3 -
1.2 Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten	- 4 -
1.3 Optimierungspotenziale im Verschreibungsverhalten	- 8 -
2. ZIELSTELLUNG DER ARBEIT	- 9 -
3. DESIGN UND METHODISCHE VORGEHENSWEISE	- 10 -
3.1 Limitationen	- 10 -
4 QUALITATIVE PILOTSTUDIE	- 12 -
4.1 Design und methodische Vorgehensweise	- 12 -
4.1.1 Leitfadenerstellung für Fokusgruppeninterviews	- 12 -
4.1.2 Datenbasis Fokusgruppeninterview	- 13 -
4.1.3 Auswertung Fokusgruppeninterviews	- 14 -
4.2. Ergebnisse	- 16 -
4.2.1 Operationalisierung	- 37 -
4.3. Diskussion	- 39 -
4.3.1 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse	- 39 -
4.3.2 Limitation der Ergebnisse	- 42 -
4.3.3 Schlussfolgerung und Ausblick	- 42 -
5. MACHBARKEITSSTUDIE	- 43 -
5.1 Design und methodische Vorgehensweise	- 43 -
5.1.1 Durchführung	- 43 -
5.1.2 Messinstrument	- 43 -
5.1.3 Datenanalysen	- 44 -
5.1.4 Ziel dieser Studie	- 44 -
5.2. Ergebnisse	- 45 -
5.2.1 Stichprobe	- 45 -
5.2.2 Einfluss von Alter und Geschlecht der Hausärzte auf ihr Antwortverhalten	- 47 -
5.3. Diskussion	- 49 -
5.3.1 Bewertung der Untersuchungsergebnisse	- 49 -
5.3.2 Problematische Aspekte	- 50 -

Inhaltsverzeichnis

5.3.3 Fazit und Schlussfolgerung	- 50 -
6. QUANTITATIVE STUDIE.....	- 51 -
6.1 Design und methodische Vorgehensweise	- 51 -
6.1.1 Durchführung	- 51 -
6.1.2 Messinstrument.....	- 51 -
6.1.3 Datenanalysen	- 52 -
6.1.4 Itemanalyse und Itemselektion	- 52 -
6.1.5 Soziale Erwünschtheit.....	- 53 -
6.2 Ergebnisse	- 54 -
6.2.1 Darstellung der Stichprobe	- 54 -
6.2.2 Ergebnisse der Itembeantwortungen.....	- 56 -
6.2.3 Bildung der Subskalen.....	- 59 -
6.2.4 Soziale Erwünschtheit.....	- 62 -
6.3 Diskussion	- 66 -
6.3.1 Bewertung der Untersuchungsergebnisse	- 66 -
6.3.2 Problematische Aspekte	- 69 -
6.3.3 Ausblick und Schlussfolgerung.....	- 69 -
7. ABSCHLIEßENDE DISKUSSION.....	- 71 -
8. ZUSAMMENFASSUNG	- 76 -
9. LITERATURVERZEICHNIS	- 78 -
10. ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	- 79 -
11. TABELLENVERZEICHNIS	- 80 -
12. PUBLIKATIONEN.....	- 81 -
13. DANKSAGUNG	- 82 -
14. ERKLÄRUNGEN	- 83 -
15. CURRICULUM VITAE.....	- 84 -
16. ANHANG	- 85 -
16.1 Interviewleitfaden.....	- 85 -
16.2 Pretest-Fragebogen	- 88 -
16.3 Fragebogen der quantitativen Studie.....	- 92 -
16.4 Grafische Auswertung der Transkriptionen.....	- 95 -

Inhaltsverzeichnis

16.5 Antwortverteilung nach Geschlecht und Altersgruppen der Hausärzte	- 97 -
16.6 Transkription Fokusgruppe I	- 99 -
16.7 Transkription Fokusgruppe II	- 126 -

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

- Abb. Abbildung
bspw. beispielsweise
bzgl. bezüglich
ebd. ebenda
I Interview I
II Interview II
iP informierter Patient
KH Krankenhausinteraktion
MR Medikamentenrepertoire
n Anzahl
o.g. oben genannt
PR Pharmareferent
RZ Rezeptblock
SD Standardabweichung
SDM Shared-Decision-Making
Sig. Signifikanz
Tab. Tabelle
usw. und so weiter
v.a. vor allem
 \bar{x} Mittelwert
Z Zeile
z.B. zum Beispiel

Anmerkung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der weiblichen und männlichen Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl beiderlei Geschlecht. Um die Anonymität der interviewten Experten im qualitativen Teil zu wahren, wird bei allen empirischen Belegen das Maskulinum verwendet.

1. EINLEITUNG

Sowohl in der öffentlichen Wahrnehmung in den Medien als auch in der medizinischen Fachwelt nimmt das Thema Arzneimitteltherapie einen breiten Raum ein. Im Zentrum der Diskussionen steht dabei der Hausarzt- dies vor allem wegen des großen hausärztlichen Verordnungsvolumens.

Der Hausarzt wird stets mit neuen Herausforderungen konfrontiert, besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen, der veränderten Krankheitsspektrum und der steigenden Zahl von Multimedikationen bei den Patienten. So entwickelt sich das Problem der Polypharmazie zur besonderen Aufgabe in der hausärztlichen Praxis. Dies führte erst in diesem Jahr zur Veröffentlichung einer Leitlinie zu dieser Thematik {Bergert FW et al. 2014 #375}.

Die Zukunft der hausärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt wird vor dem Hintergrund zahlreicher Problemstellungen kritisch diskutiert. Sie ist geprägt durch Nachwuchsmangel in den ländlichen Regionen und eine deutlich höhere Morbidität im Vergleich zum Bundesdurchschnitt {Prof. Dr. Saskia Drösler Prof. Dr. Joerg Hasford 22.09.2011 #385}{Goetz Wahl #386}. Gleichzeitig wird in dieser Situation das Verordnungsverhalten von Hausärzten, zum Teil unter Aberkennung ihrer fachlichen Kompetenz, immer weiter hinterfragt {Ilse Schlingensiepen 03.05.2011 #388}{Vera Kalitzkus 20.09.2011 #389}. Budgetierung und Regressforderungen sind Begriffe, die gerade Nachwuchshausärzte von der eigenen Niederlassung zurückhalten und erfahrene Hausärzte zunehmend unter wirtschaftlichen Druck und Existenzangst setzen.

Eine ereignisleitende Fragestellung, die sich daraus für die vorliegende Arbeit ergibt, ist, warum verordnet der Hausarzt welches Medikament? Aus der eigenen Erfahrung als studentische Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin und dem persönlichen Berufswunsch Hausärztin zu werden, sowie der Aktualität dieser wichtigen Thematik, hat sich die Zielstellung dieser Arbeit entwickelt.

In der internationalen Literatur sind häufig Einflussfaktoren nur einzeln betrachtet und von den Hausärzten selbst nicht beurteilt. Die durchgeführte Literaturrecherche für die neue Leitlinie Multimedikation erfolgte außerhalb der deutschen Hausarztpraxis und ist somit ebenfalls nur eingeschränkt verwertbar. Um qualifizierte Aussagen zur

hausärztlichen Verschreibungspraxis für die Region Sachsen-Anhalt zu treffen, wurde diese Untersuchung durchgeführt.

1.1 Konzepte hausärztlicher Entscheidungsprozesse

Das Arzt-Patienten-Verhältnis hat sich im Laufe der Zeit deutlich gewandelt. Im heute propagierten Shared-Decision-Making (SDM)-Modell sind Arzt und Patient gleichberechtigt am Entscheidungsprozess beteiligt und beide sollten Entscheidungen im gegenseitigen Einverständnis treffen {Klemperer 2005 #358}.

Aufklärung, Schulung und die Einbeziehung von Patienten gehört heute zu den Grundpfeilern der medizinischen Versorgung. Dabei wird davon ausgegangen, dass besser informierte Patienten weniger Ressourcen für die Gesundheitsversorgung beanspruchen und angemessener Entscheidungen treffen {Angela Coulter 2008 #376}. Doch nicht jeder Patient wünscht Mitsprache. Studien zeigten, dass vor allem ältere Patienten mehr Vertrauen in die Entscheidung des Arztes haben und die Entscheidungen häufig den Hausärzten überlassen {Streich #302} {Saltman 2006 #189}.

Mit Augenmerk auf den hausärztlichen Entscheidungsprozess existieren Konzepte wie „Abwartendes Offenhalten“ oder das des abwendbar gefährlichen Verlaufs {Braun 2005 #297} {Waldmann 2006 #230}. Dabei kommt es darauf an, herauszufinden, wann kein unmittelbarer Druck für ein schnelles medizinisches Handeln besteht und wann eine Entscheidung schnellstmöglich getroffen und eine dringende Abklärung erfolgen muss (abwendbar gefährlicher Verlauf) {Kochen 2012 #359}.

Der Entscheidungsprozess, welches Medikament verordnet wird, unterliegt dabei verschiedenen Einflussfaktoren aus den Bereichen Symptomatik, Anamnese, Therapie, Infrastruktur, Interaktionsbereich Arzt-Patient, sowie die Seite Arzt (besonders die klinische Erfahrung) und Patient für sich {Waldmann 2006 #230} {Lamers 2012 #344} {Dybdahl 2011 #349}. Waldmann et al. registrierten dabei in ihrer Studie, dass möglicherweise „wahre“ Beweggründe (wie zum Beispiel Versichertenstatus des Patienten und Zeitdruck als Einflussfaktoren), da sie „nicht erwünscht“ sind, weniger von den befragten Hausärzten genannt wurden {Waldmann 2006 #230}.

1.2 Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten

Durchschnittlich stellt ein Hausarzt am Tag 35 Rezepte aus {Ferber 1997 #337}. 63,2% ambulant tätiger Ärzte entscheiden sich täglich für den Beginn einer Antibiotikatherapie {Velasco Januar 2009 #353}. Nach jedem Quartal erhalten sie eine Auflistung der durch sie verschriebenen Medikamente im Vergleich zu ihrer Facharztgruppe. Es wird exakt dokumentiert welche Medikamente wie häufig in den letzten drei Monaten verordnet wurden. Mit dem „warum“ wurde welches Medikament verordnet, haben sich in der internationalen Literatur verschiedene Autoren beschäftigt. Eine ausreichende Klärung der spezifischen Einflussfaktoren, um beispielsweise das Verschreibungsverhalten hinsichtlich bestehender Kommunikationsprobleme zwischen Arzt und Patient oder Hausarzt und stationärer Patientenversorgung, sowie der Beeinflussung durch die Pharmaindustrie über das von den ärztlichen Wertevorstellungen festgelegte Maß hinaus, erfolgte bisher nur ungenügend. In welchem Umfang die Aussagen der bisher beschriebenen Studien durch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der Hausärzte beeinflusst wurden, fand bisher ebenfalls kaum Berücksichtigung.

Die „Ernsthaftigkeit“ der Symptome zu vermitteln, die Notwendigkeit der Konsultation zu bestätigen oder das Bedürfnis dem Patienten etwas mitzugeben, können außermedizinische Gründe für die Ausstellung eines Rezeptes sein {Velasco Januar 2009 #353}. Auch eine gute Beziehung zum Patienten zu wahren oder eine Konsultation zügiger abzuschließen sind mögliche Faktoren {Britten 2000 #143} {Skoglund 2007 #194}.

In dänischen Untersuchungen sind die Einflussfaktoren auf das hausärztliche Verschreibungsverhalten in vier Gruppen unterteilt worden: Preis, externe Faktoren, interne Faktoren und die Verschreibungskomplexität. Alle Hausärzte erwähnten die Medikamentenkosten und erklärten verschiedene Medikationswechsel aufgrund von Preisentwicklungen oder Patientenwünschen zu günstigeren Präparaten. Zu den externen Faktoren gehörten zum Beispiel Arzneimittellisten. Viele Hausärzte empfinden sie als große Hilfe bei der Auswahl bestimmter First-Line-Medikamente. Einige andere Hausärzte räumten jedoch ein, dass die Medikamente nicht nach dem Preis, sondern nach der Qualität ausgesucht werden sollten. Auch die Empfehlungen der Krankenhäuser wurden als wichtige Einflussfaktoren auf Verschreibungsgewohnheiten genannt. Patientenfragen- und bitten werden ebenfalls als signifikante Faktoren angeführt. Ohne die Akzeptanz des Patienten würde die Compliance sinken {Buusman 2007 #144}. Weiterhin sorgen bekannte

Verschreibungen und Eigenerfahrung für steigendes Vertrauen und geringeren Zeitaufwand im Verschreibungsprozess {Carlsen 2012 #342} {Buusman 2007 #144} {Schumock 2004 #335}. Die Verschreibungsgewohnheiten basieren eher auf eigenen Erfahrungen (interner Evidenz) als auf wissenschaftlicher (externer) Evidenz {Boissel 2004 #142}. Gründe sind, neben der fehlenden Zeit, auch die ungenügend ausgebildete Kompetenz zur gezielten Literatur- und Studiensuche, um die relevanten Informationen aus der immer weiter wachsenden evidenzbasierten Literatur zu extrahieren {Boissel 2004 #142}.

Die o.g. Patientenfragen- und bitten als Einflussfaktor auf das Verschreibungsverhalten kann bezüglich der Rolle und des Verhaltens der Patienten differenziert betrachtet werden. So kann man zwischen dem informierten und dem weniger informierten Patienten unterscheiden. Häufige Informationsquelle ist dabei das Internet. Es bietet eine weitreichende Möglichkeit von Informationen, die sich auf die medizinische Entscheidungsfindung seitens des Patienten und des Arztes auswirken {Wilson 1999 #304}. 86 % der Befragten der Jameda Patientenstudie 2014 nutzen bei Gesundheitsfragen das Internet als Informationsquelle. Damit ist das Internet die meist genutzte Quelle noch vor Gesprächen mit dem Arzt {Boms 2014 #398}. Eine Schwierigkeit bei Patienten, die im Internet Informationen über Gesundheitsprobleme sammeln, ist, dass sie zwar über zutreffende Informationen verfügen, diese jedoch häufig falsch interpretieren {Wilson 1999 #304}. Patienten, die häufig das Internet nutzen, konfrontieren den Arzt oft mit einer selbst gestellten Diagnose und haben spezifische Therapievorstellungen {Boston Consulting Group 30.04.2001 #306}. Einige beginnen aufgrund von Internetinformationen eine vom Arzt empfohlene Therapie nicht {Kirschning 2004 #277}. Häufig wird der Arzt aber auch mit diesen Vorinformationen als Experte angesprochen und um Einschätzung der Literatur gebeten {Kirschning 2004 #277}. Doch nicht nur das Internet, auch traditionelle Medien, Beratungsstellen und Krankenkassen werden als Informationsquellen befragt {Baumgart 27.12.2010 #280}. Bezuglich der Medikamentensicherheit werden vor allem die Ärzte, Apotheker, Fachinformationen, Krankenschwestern und das Internet als Informationsquellen genutzt {Brouneus 2012 #345}. Im Allgemeinen soll jeder Patient ein mündiger Partner der Ärzte sein {Klusen 2009 #338}{Püster 2013 #401}. Seitens der Patienten besteht der Wunsch nach konkreten und verlässlichen Informationen, sowie der Beteiligung am Entscheidungsprozess {Coulter 2003 #301}. Doch häufig treffen informierte Patienten Entscheidungen anders, als der Arzt sie treffen und die Leitlinien es empfehlen würden {McAlister 2000 #313} {Steel 2000 #314} {Protheroe 2000 #315}. Die Ärzte zeigen dem informierten Patienten gegenüber eine starke Ambivalenz. Auf der einen Seite wächst

die Compliance der Patienten durch zusätzliche Informationen und Krankheitsverständnis, aber auf der anderen Seite entsteht Misstrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis, wenn einige Ärzte das Gefühl haben, vom informierten Patienten „ausgetestet“ zu werden {Baumgart 27.12.2010 #280}. Ärztliche Aufgabe wird es sein, sich mit fraglichen Informationen, die der informierte Patient in die Praxis mitbringt, auseinander zu setzen {Eysenbach 2001 #308} {Edwards 2001 #307}.

Die Informationen der Pharma industrie sind ein ebenso orientierender wie handlungsleitender Schlüsselfaktor bei der Verschreibung neuer Medikamente {Prosser 2005 #326} {Fretheim 2005 #327}. Der Besuch von Pharmareferenten führt Untersuchungen nach zu einer höheren Verschreibungsbereitschaft neuer Medikamente {Watkins 2003 #321} {Prosser 2003 #185}. Hausärzte erkennen in Pharmareferenten vor allem eine Informationsquelle zu neuen Medikamenten {Tobin 2008 #200} {Jones 2001 #165} {Prosser 2003 #184} {Velasco Januar 2009 #353}. Insgesamt wiesen Hausärzte, die häufige Besuche von Pharmareferenten erhielten, höhere Verschreibungskosten auf {Watkins 2003 #321}. Außerdem konnten signifikante Zusammenhänge zwischen häufigen Pharmareferentenbesuchen und der Verordnungsbereitschaft auch nicht indizierter Medikamente bei Patientenwunsch festgestellt werden {Watkins 2003 #321} {Harris 2009 #157}. Zusätzlich werden weniger Verschreibungen leitliniengerecht durchgeführt {Muijrs 2005 #182} {Prosser 2003 #185}. Auch Fortbildungen und Trainingsprogramme der Pharma industrie finden hohe Akzeptanz {Buusman 2007 #144} {Robertson 2003 #188} {McGettigan 2001 #179}. Der übermäßige Einfluss auf das Verschreibungsverhalten durch die Pharmareferenten wird von den Hausärzten selbst verneint {Carthy 2000 #145}. Nur 49% der niedergelassenen Ärzte sind in der Lage Werbemaßnahmen der Pharma industrie korrekt einzuschätzen, das heißt wichtig von unwichtigen Informationen zu trennen {Velasco Januar 2009 #353}.

Weitere Einflussfaktoren stellen die Empfehlungen der Krankenhäuser z.B. in den Entlassungsbriefen dar. Viele Medikamente werden im Krankenhaus abgesetzt und viele neu begonnen. Bis zu 50% Um- oder Absetzungen erfolgen an der ambulant-stationären oder stationär/ambulanten Schnittstelle {Mansur 2008 #279}. Die Entlassungsmedikation wird häufig aus ökonomischen Gründen, aufgrund patientenbedingter Faktoren oder auch aufgrund unzureichender Informationen verändert {Roth-Isigkeit 2005 #227}. Durchschnittlich steigt die Anzahl an Verordnungen im Krankenhaus um 1,3 Medikamente pro Patient {Müller-Bühl 2007 #224}. Gerade für ältere Patienten sind diese Modifikationen in der

Entlassungsmedikation mit einem höheren Risiko an Komplikationen, fehlender Adhärenz und zunehmender Polypharmazie behaftet {Mansur 2008 #279}. Aus diesen Gründen ist eine gute Kommunikation zwischen den Hausarztpraxen und den Krankenhäusern von großer Bedeutung. Es bestehen vor allem Kommunikationsprobleme bei Patienten, die gerade entlassen wurden {Lipman 2004 #325}. Der fehlende Austausch zwischen den Hausärzten und den stationär tätigen Spezialisten wird dabei besonders erwähnt {Prosser 2005 #326}. Die Briefe werden zu spät zugestellt und Hinweise zur Behandlungsdauer neu begonnener Medikamente fehlen {Robertson 2003 #188}. Holländische Hausärzte wünschen sich Informationen zur Entlassungsmedikation direkt am Entlassungstag, gegebenenfalls auch per E-Mail. Weiterhin wollen sie vor allem über die Gründe der Medikationswechsel informiert werden {Karapinar 2010 #166}. Zusätzlich wird die abgestimmte Behandlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt dadurch erschwert, dass Klinikärzte an Medikamentenpreisen weniger interessiert sind {Prosser 2005 #326} {Carthy 2000 #145}.

Die Verschreibung neuer Medikamente ist in der Hausarztpraxis von vielfältigen Einflüssen geprägt {Prosser 2003 #185} {Robertson 2003 #188} {Carthy 2000 #145} {Dybdahl 2005 #150} {Jacoby 2003 #164} {Tobin 2008 #200}. Die meisten Hausärzte verfolgen bei der Verschreibung neuer Medikamente die „wait- and- see“ Politik, was bedeutet, dass sie eher konservative Verschreiber sind und neue Medikamente nur wenig ihr bisheriges Verschreibungsverhalten beeinflussen {Carthy 2000 #145} {Jacoby 2003 #164}. Die wichtigsten Schlüsselfaktoren bei der Verschreibung neuer Medikamente sind: der Patient, die Haltung des Arztes, persönliche Kontakte sowie Kollegen und Fachärzte der Krankenhäuser {Prosser 2003 #185} {Robertson 2003 #188} {Carthy 2000 #145} {Dybdahl 2005 #150} {Jacoby 2003 #164} {Tobin 2008 #200}. Auch Vorteile gegenüber den bisherigen Therapiemöglichkeiten und die Chance der Therapie bei bisher nicht therapierbaren Krankheiten spielen eine wichtige Rolle {Prosser 2003 #185} {Jones 2001 #165}. Ebenso sind frühere Erfahrungen im Umgang mit neuen Medikamenten von großer Bedeutung {Jones 2001 #165}. Das allgemeine Verschreibungsverhalten eines Hausarztes, sowie auch sein klinisches Interesse ist nicht assoziiert mit der Häufigkeit der Verwendung neuer Medikamente {Dybdahl 2005 #150} {Dybdahl 2011 #349}. Auch die medizinische Ausbildung, die Zeit der bisherigen praktischen Tätigkeit, die Lage der Praxis und die Anzahl älterer Patienten in der Praxis beeinflussen die Neuverordnungen {Tamblyn 2003 #317}. Die Faktoren Arbeitsbelastung und Zeit spielen insofern einer Rolle, dass Hausärzte unter großem Zeitdruck vor allem bekannte Medikamente, die ihnen gut vertraut sind, verschreiben.

Die meisten Hausärzte besitzen eine persönliche, individuelle Arzneimittelliste (Medikamentenrepertoire) für jede therapeutische Gruppe, ausgewählt nach Medikamenteneigenschaften und bei Analogpräparaten nach dem Preis {Buusman 2007 #144}. Gerade bei Neuverordnungen bestimmter Medikamente wird nur aus einem geringen Umfang des vielfältigen Sortimentes eines ausgewählt {Buusman 2005 #332}. Die Verschreibung neuer Medikamente muss im Kontext der individuellen patientenzentrierten Versorgung, in welcher Effizienz und Sicherheit vorrangig sind, betrachtet werden. Die Kosten spielen eine Rolle, stellen jedoch kein Hindernis für spezifische Verschreibungen dar {Mason 2008 #177}. Die Einführung neuer Medikamente in das bereits bestehende Verschreibungsrepertoire ist ein schleichender Prozess und keine „Über-Nacht-Entscheidung“ {Armstrong 2002 #328} {Skoglund 2007 #194}. Aufmerksam auf neue Medikamente werden die Hausärzte durch Zeitschriften oder Patienten, die diese neuen Verschreibungen von anderen Fachärzten oder aus dem Krankenhaus mitbringen. Positive Anreize sind Effizienz und Effektivität für den Patienten {Armstrong 2002 #328} {Tobin 2008 #200}.

1.3 Optimierungspotenziale im Verschreibungsverhalten

Empfohlen wird eine rationale Pharmakotherapie {Kochen 2006 #215}. Diese beinhaltet die Nutzung eines überschaubaren Arzneimittelrepertoires, die Reflexion der eigenen Verordnungen, den kritischen Umgang mit Aussagen pharmazeutischer Unternehmen, sowie das Lesen unabhängiger Literatur {Kochen 2006 #215}.

Doch das ist nicht alles, was im hausärztlichen Alltag zählt. Gerade bei geriatrischen Patienten wird eine rationale Pharmakotherapie auch mit dem Ziel einer möglichst guten Lebensqualität bei Berücksichtigung der Kosteneffizienz durchgeführt {Vass 2005 #203}.

Studien zu möglichen Verbesserungen im Verschreibungsprozess ergaben beispielsweise, dass die Durchführung von fallbezogenen Telefonkonferenzen, die Erfassung von Verschreibungsänderungen nach erfolgreicher Telefonintervention (sogenanntes problemorientiertes Lernen) {Davis 2004 #323}, sowie computergestützte Informationsschreiben zu bestimmten Medikamentengruppen einen positiven Einfluss auf das Verschreibungsverhalten der Hausärzte haben können. So konnte nach Aushändigung der Informationsschreiben zum Beispiel die Reduzierung von Verschreibungen bei nicht mehr indizierten Medikamenten festgestellt werden {Martens 2007 #324}.

2. ZIELSTELLUNG DER ARBEIT

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, dass Verschreibungsverhalten von Hausärzten zu erforschen. So werden in dieser Studie die Einflusssäulen des Verschreibungsprozesses von Hausärzten herausgearbeitet und die Selbsteinschätzung des hausärztlichen Verschreibungsverhaltens untersucht. Dabei stehen folgende Fragen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses:

- Wodurch werden Verschreibungen von Hausärzten in Sachsen-Anhalt beeinflusst?
- Haben spezifische Hausarztmerkmale, wie z.B. Alter und Geschlecht einen Einfluss auf das Verschreibungsverhalten?
- Welche Bedeutung wird dem Rezept als „Werkzeug“ im hausärztlichen Handeln beigemessen?
- Besitzen die Hausärzte ein „festes Medikamentenrepertoire“, auf das „routinemäßig“ zurückgegriffen wird?
- Welche Rolle spielt die Pharmaindustrie in der Beeinflussung hausärztlichen Verschreibungsverhaltens?
- Inwiefern beeinflussen die Erwartungen „informierter Patienten“ hausärztliches Verschreibungsverhalten?

3. DESIGN UND METHODISCHE VORGEHENSWEISE

In dieser Studie wurden die Methoden qualitativer und quantitativer Datenerhebung/-auswertung miteinander verbunden (Abb.1). Im ersten Abschnitt wurden in einer qualitativen Pilotstudie Fokusgruppeninterviews durchgeführt und ausgewertet. Im anschließenden Pretest wurden die qualitativen Daten für die Entwicklung eines Fragebogens genutzt und dieser getestet. In der abschließenden quantitativen Studie wurde ein erweiterter Fragebogen an Hausärzte Sachsen-Anhalts versendet und nach Beantwortung statistisch analysiert.

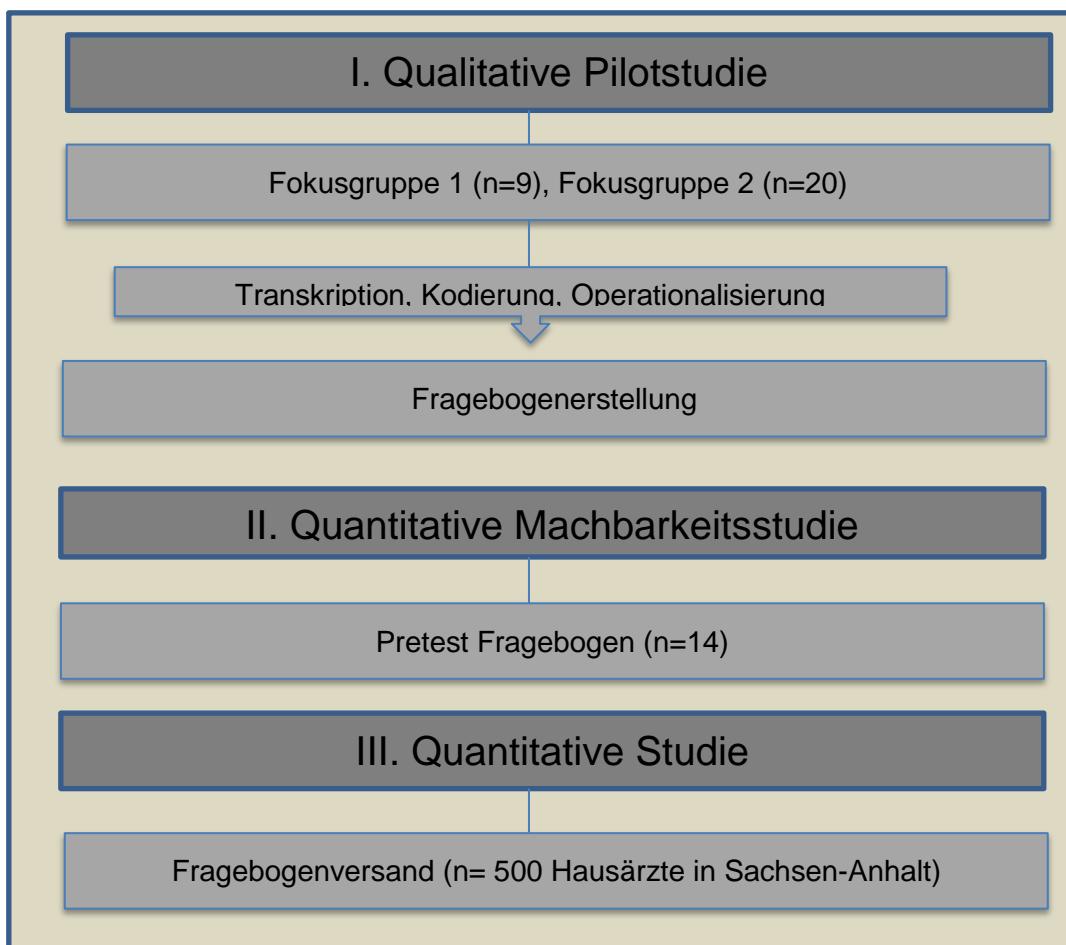


Abb. 1 Methodische Vorgehensweise der Untersuchung

3.1 Limitationen

Soziale Erwünschtheit

Unter sozialer Erwünschtheit wird die Tendenz verstanden, überwiegend positive Beschreibungen der eigenen Person abzugeben {Braun 2001 #360}. Dabei werden

zwei Dimensionen unterschieden, die Selbst- und die Fremdtäuschung {Musch 2002 #361}. Eine häufig verwendete Skala zum Abgleich der sozialen Erwünschtheit ist die Marlow-Crowne-Scale (1960). Eine deutsche Fassung wurde von Lück und Timaeus erarbeitet (1969) {Stoeber 1999 #362}. Auf der Verhaltensebene kann sich die soziale Erwünschtheit in Antwortverzerrungen niederschlagen. Um eine mögliche Tendenz zu sozialer Erwünschtheit im Antwortverhalten der Ärzte herauszustellen, sollte dies im Rahmen des quantitativen Studienabschnittes ergänzend betrachtet werden.

4 QUALITATIVE PILOTSTUDIE

4.1 Design und methodische Vorgehensweise

Als Zugang zum Forschungsgegenstand wurde zunächst im Rahmen der qualitativen Forschung eine offene Vorgehensweise {Schütze 2005 #392} gewählt, um Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten von Hausärzten aus deren Perspektive heraus zu „entdecken“. Diese Methodik der Qualitativen Sozialforschung ermöglicht, Einflussfaktoren, die Hausärzte auf Ihr Verschreibungsverhalten statuieren, aus deren Erfahrung und Erleben heraus zu rekonstruieren. Gruppendiskussionen (so genannte Fokusgruppen) bieten die Möglichkeit, dichte Beschreibungen der Sichtweisen von Hausärzten unter Berücksichtigung deren subjektiver Erfahrungen zu erfassen {Bohnsack Ralf #390}{Flick 2007 #221}. Der qualitativen Pilotstudie liegt die *Grounded Theory* {Glaser 2005 #394} zugrunde. Bei der Erkenntnislogik der *Grounded Theory* (ebd.) geht es nicht darum, Hypothesen zu prüfen. Das Prinzip der Offenheit (hier gegenüber dem Erfahrungswissen der Hausärzte) und Verstehen als Erkenntnisprinzip (hier der Verordnungs routinen von Hausärzten) bilden den Ausgangspunkt der hypothesengenerierenden gegenstandsbezogenen Theoriebildung {Bohnsack Ralf #390}{Flick 2007 #221}. Die Ergebnisse der qualitativen Auswertung der Fokusgruppeninterviews stellten die empirische Grundlage für eine quantitative Hausarztbefragung dar (siehe dazu Kapitel 6).

4.1.1 Leitfadenerstellung für Fokusgruppeninterviews

Um das Erfahrungswissen der Hausärzte auf ihr Verschreibungsverhalten zum zentralen Gegenstand der Fokusgruppeninterviews zu machen, wurde ein Leitfaden entwickelt, der so konzipiert war, dass die Entstehung selbstläufiger, narrativer, deskriptiver und argumentativer Kommunikationspassagen gefördert worden ist.

Zur Erstellung des Leitfadens (Fokusgruppeninterviews) und Konkretisierung der Forschungsfragen erfolgte eine ausführliche Literaturrecherche. Die Suche erfolgte ohne Verwendung systematischer Steuerung (Boolesche Operatoren) über folgende Datenbanken:

- PubMed
- DIMDI (inklusive u.a Medline, EMBASE und Cochrane Library, Deutsches Ärzteblatt)

- Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB)
- OPAC-Katalog der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
- Gemeinsamer Verbundkatalog deutscher Universitätsbibliotheken (GVK)

Die Fragen des Leitfadens für die Fokusgruppeninterviews sind auf Grundlage einer umfänglichen Literaturrecherche entwickelt worden. Sie fokussierten v.a. Themen rund um den Rezeptblock, Medikamentenrepertoire und „Lieblingsmedikamente“ sowie Verordnung neuer Medikamente. In nachfolgender Übersicht sind die Fragen in einer Kurzfassung dargestellt (Originalfassung siehe Anhang 16.1).

Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Niedergelassen seit wann? • Wo studiert? Wann Abschluss? • Fachspezialisierung • Praxis Stadt/Land • Alter
Thema „Bedeutung des Rezeptblockes im ärztlichen Alltag“	1. Welche Bedeutung hat ihr Rezeptblock in Ihrem ärztlichen Alltag?
Thema: „persönliches Medikamentenrepertoire“	2. Wie würden Sie Ihr „persönliches Medikamentenrepertoire“ beschreiben?
Thema „Lieblingsmedikament“	3. Haben Sie ein „Lieblingsmedikament“?
Thema „neue Medikamente“	<p>4. Wie erfahren Sie von neuen Medikamenten?</p> <p>5. Was denken Sie, war der wichtigste Einflussfaktor bei der Entscheidung, ein neues Medikament zu verschreiben?</p> <p>6. Wenn Sie zurückblicken, wie würden Sie die Neuentwicklung von Medikamenten während ihrer Arztlafubahn beschreiben?</p>
Abschluss	7. Gibt es noch etwas, was Sie mir zum Thema Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis noch mit auf den Weg geben möchten? Habe ich etwas vergessen zu fragen?

Tab. 1 Leitfaden

Ziel der Fokusgruppeninterviews war, Hausärzte aktiv in die Entwicklung des quantitativen Erhebungsinstrumentes zum hausärztlichen Verordnungsverhalten (siehe Fragebogen im quantitativen Studienteil) als „empirisches Fundament“ einzubinden.

4.1.2 Datenbasis Fokusgruppeninterview

Im Zeitraum von April 2010 bis November 2011 sind zwei Fokusgruppeninterviews mit jeweils 9 (Gruppe 1) und 20 (Gruppe 2) Teilnehmern aus zwei hausärztlichen Qualitätszirkeln in Sachsen-Anhalt durchgeführt worden. Die im Gruppendiskussionsverfahren interviewten Hausärzte sind als Allgemeinärzte oder

hausärztliche tätige Internisten in Sachsen-Anhalt niedergelassen. Die Interviewdauer betrug zwischen 60 und 70 Minuten.

Die Anfrage nach der Teilnahme an den Fokusgruppeninterviews erfolgte auf unterschiedlichem Weg: Die Teilnehmer der ersten Fokusgruppe wurden jeweils einzeln um die Teilnahme gebeten. Die Fokusgruppenteilnehmer der zweiten Fokusgruppe wurden über den Leiter des ortsansässigen Qualitätszirkels telefonisch zum Interview eingeladen.

Die Interviews wurden, mit Einverständnis aller an der Fokusgruppe Beteiligten, mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend im Originalwortlaut und anonymisiert verschriftlicht (vollständige Transkriptionen siehe Anhang 16.6 und 16.7). Kowal und O' Connell unterscheiden dafür vier verschiedene Verschriftlungsformen: Standardorthografie, Literarische Umschrift, „eye dialect“ und phonetische Umschrift. In der vorliegenden Arbeit wurde die Literarische Umschrift als Transkriptionsmethode gewählt. Umgangssprachliche Laute und Formulierungen wurden hierbei berücksichtigt, d.h. in der Verschriftlichung umgesetzt {Reinders 2012 #341}.

Die Erhebung der Daten (zwei Fokusgruppeninterviews) erfolgte parallel zu den ersten Schritten der Datenanalyse und Formulierung von ersten Kategorien. Glaser und Strauss sprechen in diesem Zusammenhang vom Prinzip der Sättigung {Flick 2007 #221}. So konnte davon ausgegangen werden, dass eine Sättigung erreicht war, als die Datenerhebung in den unterschiedlichen Fokusgruppeninterviews keine neuen Erkenntnisse zur gestellten Forschungsfrage mehr brachten.

Die Verschriftlichung der durch diese Audiomitschnitte aufgezeichneten Gruppeninterviews stellte die Grundlage einer systematischen und nachvollziehbaren Auswertung dar. Die Validität des verschriftlichten Datenmaterials ist zum einen gesichert durch die narrativen, deskriptiven und argumentativen Darstellungspassagen aus den Interviews und zum anderen durch die zuvor beschriebene sorgfältige Verschriftlichung der lückenlosen Audiomitschnitte {Schütze 2005 #392}.

4.1.3 Auswertung Fokusgruppeninterviews

In den Fokusgruppeninterviews wurden die unterschiedlichen Perspektiven der Hausärzte, bezogen auf ihr Verschreibungsverhalten, erfasst. In der Auswertung sollten nun gemeinsam geteilte Erfahrungen und unterschiedliche Sichtweisen aller in den Fokusgruppendiskussionen befragten Hausärzte zu diesem Thema mittels des

Analyseschritte der so genannten Minimal-/Maximal-kontrastierung {Glaser 2005 #394} herausgearbeitet werden (kontrastiver Vergleich).

Die Auswertung der transkribierten Fokusgruppeninterviews erfolgte in einem „Kodierprozess“: Das offene Kodieren erfolgte mit dem Ziel der Klassifikation der im Datenmaterial liegenden Phänomene („Hauptthemen“) {Glaser 2005 #394}. Im nächstfolgenden Arbeitsschritt, dem axialen Kodieren sind diese „Hauptthemen“ (Kodes) differenziert worden: Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kodes sind gesucht worden. Im Ergebnis dieses Arbeitsschritts konnten erste Kategorien (Achsenkategorien) formuliert werden {Böhm #396}. Kontinuierliche (kontrastive) Vergleichsprozesse waren hier von zentraler Bedeutung: Mittels Minimal- und Maximalkontrastierungen sind Ähnlichkeiten und Unterschiede aus dem empirischen Material (Berichte der Hausärzte) und hypothetische Beziehungen zwischen den einzelnen Kodes herausgearbeitet worden. Im vierten Analyseschritt, dem selektiven Kodieren sind so genannte Kernkategorien herausgearbeitet worden, deren Abstraktions- und Detaillierungsgrad es ermöglicht, die zentralen Phänomene des Untersuchungsgegenstands und ihre Zusammenhänge (über alle Kategorien hinweg) zu erfassen {Glaser 2005 #394}{Böhm #396} und in einem Erhebungsinstrument (Fragebogen) für die quantitative Studie abzubilden.

Aus den Kategorien wurden übersichtliche MS-Visio-Dateien erstellt (siehe Anlage 17.1), welche als „operationales Modell“ Grundlage für die Gestaltung des Fragebogens für die quantitative Hausarztbefragung zum Verschreibungsverhalten waren (siehe Kapitel 6).

4.2. Ergebnisse

Im Rahmen der qualitativen Studie wurde das hausärztliche Verschreibungsverhalten mit besonderem Blick auf die Faktoren untersucht, die das Verschreibungsverhalten von Hausärzten beeinflussen. Im analytischen Fokus standen Fragen zu „Verordnungs routinen“ und Schwierigkeiten, die mit der Verordnung von Medikamenten von den Hausärzten erlebt werden.

Insgesamt konnten fünf Kernkategorien hinsichtlich der Einflussfaktoren auf das „Verordnungsverhalten“ von Hausärzten aus dem Datenmaterial (Fokusgruppeninterviews) herausgearbeitet werden:

- Rezept als „Ergebnissicherung“ der ärztlichen Konsultation
- Medikamentenrepertoire
- Einstellungen zur Pharma industrie
- Abstimmung von Verordnungen mit mit behandelnden Fachärzten/Krankenhäusern
- Erwartungen der Patienten hinsichtlich der verordneten Medikamente und Umgang der Hausärzte mit diesen Erwartungen

Diese Kernkategorien werden nun folgend ausführlich beschrieben.

Rezept als „Ergebnissicherung“ der ärztlichen Konsultation – die Bedeutung des Rezeptblocks

Die Analyse der Diskurse beider Fokusgruppeninterviews brachte hervor, dass das Rezept ein wichtiges „Instrument“ im täglichen Praxisalltag darstellt. So beschreibt die Mehrzahl der befragten Hausärzte, dass die meisten Patienten am Ende des Beratungsgesprächs ein Rezept erhalten würden. Dies begründe sich damit, dass befragte Hausärzte nahezu durchgängig die Erwartungshaltung der Patienten empfinden würden, im Ergebnis der hausärztliche Konsultation ein Rezept ausgestellt zu bekommen. Dies bestätigt sich auch in aktuellen Studien {Skoglund 2007 #194} {Buusman 2007 #144}, ebenso wie die Verordnungspraxis der (Haus-) Ärzte, nicht jedem Patienten automatisch und auf Drängen hin ein Rezept auszustellen {Altiner 2007 #363}.

Die Gruppendiskussionen der Hausärzte zeigen gleichzeitig, dass bei weitem nicht jeder Patient die Sprechstunde mit einem Rezept verlässt, nur weil er darauf drängt:

„So wichtig wie nötig. Das heißt (,) äh (-) dass ja nicht jeder die Praxis mit 'm Rezept in der Hand verlässt (k) oder die Sprechstunde (,)“ und die Ärztin 2 fügt daraufhin hinzu: „Aber die meisten verlassen trotzdem die Praxis mit einem Rezept.“ (Hausarzt 1) Hausarzt 1 bekräftigt darauf hin erneut: „Die meisten schon & die meisten.“ Und erneut Ärztin 2: „Aber nicht jeder (,) ja (') ja (.) nicht jeder.“ (I. Z. 9-15)

Die Teilnehmer beider Gruppendiskussionen arbeiten in ihren Diskussionen einen Unterschied im Verschreibungsverhalten bei Akutsprechstunde und der Behandlung chronisch kranker Patienten heraus:

„Wir müssen ma unterscheiden zwischen der Akutsprechstunde sag ich mal (') und dem bestellten Patienten (,) ja (') Die Bestellten kommen wegen ihrer chronischen Leiden. Das schließt natürlich ein (,) dass sie ihre Dauermedikamente an dem Tag vielleicht auch wieder mitnehmen (-) weil da ist das Rezept einfach obligat (.) und die in der Akutsprechstunde sitzen / auf die müssen wir uns ja dann fokussieren. Da verlässt eben *nicht jeder* die Sprechstunde mit einem Rezept in der Hand & manchmal (.) *pf..(!)* nicht gerade mit grinsendem Gesicht. Aber das Leben is hart.“ (I. Z. 19-26)

Die Fallbeschreibung eines Teilnehmers aus der 1. Fokusgruppe zu Patienten, die im Falle der Nicht-Verschreibung die Praxis „nicht mit grinsendem Gesicht“ verlassen würden und „das Leben ist hart“ sei, lassen erkennen, dass die Unzufriedenheit der Patienten ärztlicherseits sehr wohl bemerkt wird, dies aber dennoch keinen Anlass darstellt ein Rezept obligatorisch auszustellen. Entsprechend zieht ein Hausarzt das Resümee der ersten Gruppendiskussion zur Bedeutung des Rezepts für den Patienten als Ergebnissicherung der ärztlichen Konsultation wie folgt:

„Auf jeden Fall ist es wichtig (k) es ist ja letztlich och egal (,) was da auf dem Rezept steht. Es ist ja letztlich auch Ausdruck einer Entscheidung (k) Entscheidungsfindung (.) manchmal eben dann auch die Entscheidung: „*nee..das is nix (.) wart ma ab*“ & Aber (,) ich denke / also (,) ich kann das auch so sagen. Ich denke viel / das ham wir auch schon ma so mit verfolgt (,) / viele Patienten erwarten das als Entäusserung unseres Handelns. Da hat das auch so eine gewisse *Erwartungshaltung* bei etlichen Patienten. Wenn die da raus gehen würden und sagen: „*Oh (!) der der hat ja / oh (!) der hat ja nur die Hand auf die Schulter gelegt, mich untersucht und 'nen guten Rat gegeben (!)*“ das is vielen Patienten zu wenig (.) und die Frage ist dann (') wie wir damit umgehen. Lassen wir uns / Lassen wir uns darauf ein (') oder sagen wir: „*Nö (.) das bleibt dabei (.) bei dem guten Rat und dem Handschlag*“ und (.) äh „*es ist nicht erforderlich was zu behandeln & aber wichtig ist das*“ / das is eben auch / und wenn das nur Placebo wär' (.) es is wichtig (!)“ (I Z. 27-39)

Deutlich wird in diesem Resümee, dass das Ausstellen eines Rezepts letztlich nicht obligatorisch gebunden ist an den Wunsch des Patienten, ein Rezept zu haben – wenngleich im Einzelfall die Placebo-Wirkung eines Rezepts als sinnvoll und förderlich für den weiteren Behandlungsverlauf erscheint. Letztlich sei es aber allein der Arzt, der über die Notwendigkeit des Ausstellens eines Rezepts befindet. Die Erwartung der Patienten, ein Rezept als Ergebnissicherung hausärztlicher Konsultation zu erhalten, sei demnach nur sekundär und nachgeordnet handlungsleitend, so fasst Ärztin 2 (Fokusgruppendiskussion 1) zusammen:

„Die entscheidenden Sachen (.) da lassen wir auch *nich* handeln mit uns oder so. Also mach' ich jedenfalls *nich*.“ (I Z. 80-81)

Die Ergebnisse der ersten Fokusgruppendiskussion decken sich mit denen der zweiten. Auch hier sind sich befragten Hausärzte einig, dass das Rezept ein wesentlicher, vom Patienten erwarteter, Bestandteil der Beratungsgespräche im hausärztlichen Praxisalltag ist:

Teilnehmer 7: „Ja, das ist unser tägliches Brot (,) und immerzu (II Z. 5-6), Teilnehmer 4: „Aber das Rezept ist in unserer heutigen Zeit ein zentrales ((Mittel = vermuteter Wortlaut)) Ohne dem geht 's nicht“ (II Z. 87-88)

Wie bereits im ersten Fokusgruppeninterview ist sich auch die zweite Diskussionsgruppe dahingehend einig, dass der Wunsch der Patienten, mit einem Rezept die Sprechstunde zu verlassen nahezu durchgängig zu beobachten ist:

Teilnehmer 6: „Wobei (.) für die Patienten spielt das Rezept eigentlich eine viel größere Rolle. Die wollen eigentlich immer möglichst mit 'nem Rezept in der Hand aus der Praxis wieder rausgehen.“ (II Z. 12-14)

Hinzu käme, so ein Hausarzt (Gruppendiskussion 2), dass das Arzt-Patienten-Verhältnis wesentlich beeinflusst würde von der Bereitschaft des Hausarztes ein Rezept auszustellen. Dies bezieht sich vor allem auf die Ebene des Vermittelns von Sicherheit und ärztlicher Kompetenz.

Die Teilnehmer der zweiten Fokusgruppendiskussion sind sich einig darüber, dass ein Rezept dem Patienten das Gefühl von Vertrauen vermittelt, in kompetenten Händen zu sein. Exemplarisch dazu sei folgender Gesprächsausschnitt angeführt:

„Ich habe erlebt (,) je länger man dieses Verhältnis mit dem Patienten aufgebaut hat und je besser dieses Verhältnis ist, umso weniger wichtig sind nachher Medikamente.“

(II Z. 19-21) Zustimmung erfolgt durch Teilnehmer 4: „Ja (.) ja (.) das muss man wirklich sagen. Wenn man als junger Arzt anfängt, dann muss man sein Können eigentlich über Rezeptblöcke erst mal definieren gegenüber den Patienten (.) und je länger man den Patienten kennt, umso mehr sind auch andere Therapiemöglichkeiten oder auch andere Ebenen möglich bei der Behandlung des Patienten“ (II Z. 23-28)

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor auf das hausärztliche Verschreibungsverhalten ergibt sich aus der vom Krankenhaus festgelegten Entlassungsmedikation. Allzu häufig würden im Krankenhaus neue Medikamente verordnet, bestehende Medikationen ergänzt oder umgestellt. Daraus ergibt sich für den Hausarzt die Herausforderung, die im Krankenhaus festgesetzten Medikamente beizubehalten oder erneut umzustellen.

Einem Hausarzt schien gar, als würde die Frequenz der Krankenhausaufenthalte zur Steigerung der Menge verordneter Medikamente führen:

„Desto mehr die in der Klinik waren, desto mehr werden es.“ (II Z. 69-70)

Diese hier angeführte kritische Bemerkung deutet darauf hin, dass Patienten, die im Krankenhaus behandelt wurden, nach dem Aufenthalt noch mehr Medikamente und somit noch mehr Verordnungen benötigen würden. Die zustimmenden Reaktionen der Fokusgruppenteilnehmer auf diese Aussage bestätigen diese Erkenntnis.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Patienten meist in Erwartung eines Rezepts in die hausärztliche Sprechstunde kommen und mit dem Verschreibungsverhalten des Hausarztes dessen fachliche Kompetenz assoziieren. Die Bereitschaft des Hausarztes, ein Rezept auszustellen, wirkt sich meist unmittelbar auf die Zufriedenheit der Patienten aus – dies insbesondere mit Blick auf Vertrauen in die fachliche Kompetenz des Arztes. Die befragten Hausärzte beider Fokusgruppen statuieren gleichermaßen, dass die Erwartungen der Patienten, ein Rezept zu erhalten, ein zentrales Thema im täglichen Praxisalltag darstellen würde. Dennoch erachten die meisten der befragten Hausärzte die Erwartungen der Patienten, abgesehen von Einzelfällen, nicht handlungsleitend für eine Rezeptausstellung.

Kategorie Medikamentenrepertoire

Das meist weitreichende Krankheitsspektrum einer allgemeinmedizinischen Hausarztpraxis birgt vielfältige Therapieoptionen. Doch bezüglich der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten weisen die Hausärzte sehr unterschiedliche Routinen in der Verordnung von Medikamenten auf.

Die Entscheidung für die Verordnung eines Medikaments wird beeinflusst durch einen ständig wiederholenden Prozess der Abwägung, in dem folgende Aspekte besonders orientierungsleitend sind: Patientenwunsch, Alter des Patienten, „alt Bewährtes“, erzielte Behandlungserfolge, wenig Interferenzen sowie die geeignete Darreichungsform. Die Analyse des Datenmaterials brachte hervor, dass Leitlinien für die Verordnung eines Medikaments/einer Therapie nur vereinzelt herangezogen werden.

Die überwiegende Anzahl der in dieser Arbeit interviewten Hausärzte greift gerne auf bekannte Medikamente zurück und zeigt sich skeptisch gegenüber neuen Medikamenten. Aktuellen Studien bestätigen dieses Ergebnis {Prosser 2003 #185}. So beschreiben einige Hausärzte, dass sie sich eine Medikamentenübersicht als Entscheidungshilfe für Standardtherapien angefertigt hätten, auf die sie gewohnheitsmäßig zurückgreifen. Die Diskussionen in den Gruppen legen nahe, dass auf Medikamente, die sich in der hausärztlichen Verordnungspraxis bewährt haben, vergleichsweise häufiger zurückgegriffen wird als auf neue Medikamente. Dieses konservative Verschreibungsverhalten wird auch in anderen Studien beschrieben {Buusman 2007 #144} {Skoglund 2007 #194} {Carthy 2000 #145} {Jacoby 2003 #164}.

Die Bereitschaft, neue Medikamente zu verordnen wird positiv beeinflusst von Empfehlungen aus evidenzbasierten Studien mit Blick auf sichere Anwendung und Wirkung. Aber auch die Fortführung fachärztlicher Verordnungen sowie positive Erfahrungen aus eigener Anwendung (Selbstmedikation) sind entscheidungsleitend, so der Grundtenor aus beiden Gruppendiskussionen. Vergleichbare Studien zum ärztlichen Verschreibungsverhalten bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie {Tobin 2008 #200} {Prosser 2003 #185} {Jacoby 2003 #164}. Selbst die persönliche Erfahrung wird in aktueller Literatur als ein bedeutender Einflussfaktor auf das Verordnungsverhalten statuiert {Jacoby 2003 #164} {Jones 2001 #165}.

Beide Gruppendiskussionen zusammengenommen betrachtet, lässt sich feststellen, dass unter den befragten Hausärzten nur vereinzelt eine Offenheit hinsichtlich der Verschreibung neu entwickelter Medikamente (variables Medikamentenrepertoire) zu finden ist. Die meisten der Befragten beider Gruppendiskussionen greifen auf altbewährte Medikamente zurück. Die zunehmende Zurückhaltung, alt bewährte Medikamente gegen neu entwickelte Medikamente auszutauschen, wird durchgängig mit negativen Erfahrungen bezüglich Neuerungen in der Pharma industrie (insbesondere mit Blick auf unerwartete Neben- und Wechselwirkungen) begründet. Gleichermassen wird die zunehmende Unüberschaubarkeit der

Verordnungsmöglichkeiten/Medikamente kritisiert. Dies hat wiederum zur Folge, dass ein Großteil der befragten Hausärzte beider Gruppendiskussionen ein relativ abgestecktes „festes“ Medikamentenrepertoire hat, aus dem heraus die Verordnungsentscheidungen getroffen werden. Exemplarisch sei dazu folgender Diskursausschnitt angeführt:

Arzt 2: „Ich nehm‘ das seit Jahr und Tach und ich steh da immer wieder auf Liste Nummer eins in diesem Ding da.“ (I Z. 152-153)

Ärztin 1: „Na ich bin sowieso so 'n bisschen / hm (-) ich schreib‘ immer so ganz viel altbewährte Sachen auf, wo manche dann immer sagen / aber ich hab‘ / und da gibt 's doch / ich / so (.) wir machen das und wenn das nich geht, dann gibt 's noch / und dann sind auch die Patienten überzeugt.“ (I Z. 749-752) „Also ich bin dem Neuen auch aufgeschlossen gegenüber. Ich informier‘ mich auch (,) weil ich find 's immer ganz schlimm, wenn man irgendwas zumindest nich ganz einordnen kann. Ich muss nicht immer ganz genau wissen / Aber die Namen, wo ich auch einordnen kann, dass ich auch gucken kann, was es is“ (I Z. 756-760) „Aber ich setz‘ auch wirklich / Ich hab‘ wahrscheinlich eher 'nen relativ enges ähm *Verordnungs(-)spektrum* geb‘ ich zu“ (I Z. 763-764)

Auch Ärztin 1 spricht sich für ein beschränktes Medikamentenrepertoire trotz vielfältigem Angebot aus:

Ärztin 1: „dann kann man selber für sich bestimmt äh ein Repertoire feststellen. Also es gibt sicherlich doch da sehr individuelle Verordnungsmuster, ja (') Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Also wenn man das mal teilt für sich selber, bei Erkältungserkrankungen und in verschiedenen Kategorien denke ich schon, dass wir alle da so 'n paar Eigenheiten auch haben und das /“ (I Z. 159-164) „Nee (.) einfach von uns (.) was wir verordnen ne‘ (') & Denk‘ schon (,) dass wir uns da beschränken. Also wenn ich von mir ausgehe (-) also wir haben zum Glück *ganz viel* zur Verfügung inzwischen. Aber einfach damit ich 's auch noch überschau und auch noch kenne, beschränk‘ ich mich da nich so sehr / aber doch auch auf & auf einige Dinge, auch entsprechend bei Herz-K/ oder Bluthochdruck (.) und da muss man eh fast alles einsetzen. Da kann man sich kaum beschränken. Aber so ein paar Sachen, ne‘ (') / oder ich hab so 'n paar Antibiotika, die ich gerne verordne und andere wiederum, wenn ich das so durchgucke, hab‘ ich wahrscheinlich noch nie verordnet oder ganz selten. Also ich denk schon, dass man da für sich selber so 'n gewissen Umfang hat von (-) von Verordnungen / weiß nich, wie das bei euch is (.)“ (I Z. 169-179)

Die Befragten beider Fokusgruppen statuieren gleichermaßen, sich bei Verordnungen von Medikamenten zunehmend stärker vor der Herausforderung zu sehen abzuwagen

zwischen dem alt bewährten Repertoire und der nahezu unüberschaubaren Vielzahl neuer Medikamente – dies bei gleichzeitiger Vielschichtigkeit der Beratungsanlässe einer Hausarztpraxis. Exemplarisch dazu sei folgende Interviewsequenz angeführt:

Arzt 1: „das sind dann in der Allgemeinarztpraxis eben doch immer ein paar hundert verschiedene Sachen ja“ (I Z. 186-187)

Ärztin 3: „Aber was ich jetzt gut finde, dass jetzt die Industrie (k) die Pharmaindustrie anfängt, auch Herz-Kreislauf-Medikamente zusammenzufassen in einer Pille (,) das de drei Wirkstoffe denn in einer Pille hast. Das is schon mal ganz gut. Maximal gibst de dann eins (-) wo du drei dann schon drinne hast.“ (I Z. 188-192) Dazu Arzt 2: „Ob das so gut ist“ (I Z. 193) und: „aber ich muss überblicken, wie viele Wirkstoffe dann im Laufe eines Tages dann wirklich eingepfiffen werden“ (I Z. 197-198) „Wenn ich eine Pille habe, hab ich nun mal drei Wirkstoffe.“ (I Z. 204-205) „Ja, es gibt welche, die haben 12 Wirkstoffe an einem Tag.“ (I Z. 208) Dazu Ärztin 2: „Ja (,) und dann nehmen sie wenigstens drei mit einem Mal (!) (I Z. 209-210) Wieder Arzt 2: „Naja, aber ich finde / nee (.) für diese Kombi-Sachen bin ich überhaupt nich (.)“ (I Z. 211-212) „Nein (!) das wird nach wie vor einzeln / also ich bin da *sehr* konservativ (I Z. 223-224)

In dieser Diskussion wird vor allem auch deutlich, dass ganz bestimmte Faktoren (v.a. Evidenzbasierung, überschaubare Neben-/Wechselwirkungen) und einfache Handhabbarkeit des Medikaments erfüllt sein müssen, ehe ein neues Medikament verschrieben wird, so resümiert eine Hausärztin die Gruppenmeinung (Fokusgruppe 1):

Ärztin 1: „Ich denke, wir entscheiden uns immer gleich (,) auch bei *jedem neuen Medikament* was kommt. Es muss relativ überzeugend in der Wirkung sein (.) entweder durch Berichte (,) Studien (,) oder“ (I Z. 609-611) Eigene Erfahrung (!) Es muss relativ wenig (k) es muss relativ sicher sein für uns in der Anwendung & oder das wir da nicht komplizierte Schemata dem Patienten da rüberbringen müssen (,) sondern möglichst einfach in der Einnahme und in der Erörterung des Ganzen (.) nebenwirkungsarm (-) na gut (.) das is immer relativ (,) ja (-) Aber für uns denk ich, dass jeder irgendwo glaub' ich bei der Verordnung für sich entscheidet (,) so *einfach wie möglich und so wirksam wie möglich und so nebenwirk/ wie nötig* (,) ja (') Dass ma die irgendwie hinnehmen müssen / bei manchen Präparaten gibt 's ja nun ma Nebenwirkungen. Die kann ma nich ändern. (I Z. 614-622)

Dem Einsatz neu entwickelter Medikamente stehen die Teilnehmer beider Fokusgruppen zumeist skeptisch gegenüber. Diese Skepsis begründet sich zuvorderst in einer Nutzen-Risiko-Abwägung. So sind sich die Teilnehmer beider Gruppendiskussionen dahingehend einig dass, rückblickend betrachtet, nicht alle neu

entwickelten Medikamente die vom Hersteller ausgewiesene Wirkung erzielt hätten. Entsprechend gestaltet sich das Resümee beider Diskussionsrunden: Erst wenn ausreichend Erfahrungswerte vorliegen, steigt die Bereitschaft, ein altbewährtes Medikament gegen ein neu entwickeltes auszutauschen. Nachfolgend beigestellter Gesprächsausschnitt verdeutlicht dies exemplarisch:

Arzt 1: „Also bin ich so geworden, dass ich nich immer gleich uf den & uf den nächsten Haufen fliege wie 'ne (.) wie 'ne entsprechende Fliege weil / Wir ham schon so reingesetzt (,) mit *Lipobay* und *ach schlag mich tot* & und was alles so war (!) Rücknahmen (-) rote Handbriefe ohne Ende und da geh' ich ganz d'accord mit dem ((Auslassung Name Professor)) da / dem emeritierten klinischen Pharmakologen da (') / und sage. „nee“ äh (-) die Erfahrung können vielleicht auch erst mal andere sammeln. Ich muss nicht gleich alles Neue aufschreiben was es gibt (,) ja (') um dann vielleicht auch 'nen Reinfall zu erleben.“ (I Z. 696-704)

Ärztin 2: „...und dass man nicht kritiklos jetzt immer das Neue jetzt gleich mit ausprobieren sollte (,) ja (') Wenn es jetzt ganz besondere Sachen sind (.) so wie ((Auslassung Name Interviewteilnehmer)) auch sacht (.) dass wirklich deutliche Vorteile zu sehen sind. Aber manchmal sind eben die Vorteile nich so deutlich und uns wird eingeredet, dass is besser (,) oder so. Da vertrau' ich da nich gleich drauf, sondern warte ab und sag' eben, ok andere testen, nagut irgendjemand wirds schon tun äh ja , aber ich machs nich mehr vordergründig / Ich denke, dass muss ich nich meinen Patienten immerzu antun oder so (.) das Wechseln oder Testen oder Neues. Neues gucken (-) ja (.) Ich ich bin dafür, dass man da aufpasst und sich informiert und / aber ich würd' 's nicht sofort immer gleich nehmen (.) weil inzwischen ham wir 'ne ganze Menge“ (I Z. 727-737) Dazu Ärztin 3: „...und wir haben och Erfahrung jetzt schon gesammelt.“ (I Z. 738-739)

Ärztin 1: „Also ich denk' auch, wenn man gute Erfahrungen mit 'nem Präparat hat und kommt damit klar, wechselt man nich. Wenn man aber immer so das Gefühl hat, wie ich denk' ma hier auch mit „*Mensch da gibt 's noch was Besseres*“ (-) dann is man offen, was Neues einzusetzen“ (I Z. 904-907)

Ärztin 2: „Wir lassen uns das ja auch nich so gefallen. Wir sagen doch schon: „*wir nehmen in erster Linie die Bewährten*“ wo wir gute Erfahrungen haben. Wir sind natürlich auch offen für Neues, weil wir sonst stehenbleiben würden. Aber das man das alles mit 'nem bisschen Zurückhaltung und Augenmaß und und /“ Ärztin 3: „Aber das haben wir jetzt erst gelernt (!)“ Ärztin 2: „Aber dafür brauch man 'ne Weile, ja (') Am Anfang“ Arzt 1: „Genau (.) das wollt ich sagen.“ Ärztin 3: „Die ersten 5 Jahre (-) da waren wir noch nich so (.) sei doch ganz.“ Ärztin 2: „Stimmt, das mein ich ja (.) ja (') Ja, dass die Erfahrung das wirklich ausmacht. „ Arzt 1: „Richtig“ Ärztin 2: „Das is jetzt doch

denk ich jetzt unser Vorteil, dass wir uns nicht / Deswegen empfind' ich das nich so schlimm, wenn die so übertreiben, weil ich mir das nich aus diesem Grunde nehmen würde ja (') Ja, aber wenn man wenig Erfahrung hat, dann denkt man „na (-) tut man dem Patienten vielleicht doch nicht Gutes, wenn man jetzt nicht das Beste gibt (') ja (') Ja (.) aber inzwischen / Wir können / Da haben wir schon die Erfahrung und wenn wir denken, wir kommen nicht weiter (-) na dann kann man ja weiter gucken. Informiert sein muss man schon für das Neue, finde ich und auch manchmal offen. Aber nich übertreiben und aufpassen auf alle Fälle (-) und sich nich so sehr beeinflussen lassen von „*netten Menschen*“ (I Z. 1323-1346)

Insbesondere aus dem zweiten Fokusgruppeninterview geht das Bestreben hervor, das eigene Medikamentenrepertoire mit dem mitbehandelnder Fachärzte zu synchronisieren. Konsens herrscht dazu, dass das Medikamentenrepertoire unbedingt interdisziplinär abgestimmt werden müsse, um die Vielzahl der Neben- und Wechselwirkungen sowie Therapie- und Verordnungsmöglichkeiten interdisziplinär gemeinsam im Blick zu haben:

Teilnehmer 3: „Ja, ich denke gerade, wenn wir mal wieder von neuen Wirkstoffen überflutet werden, sollte jeder die Medikamente verordnen (.) oder die die Wirkstoffe / nicht unbedingt irgendwelche Medikamente, sondern die Wirkstoffe verordnen, wo er von überzeugt ist, dass die 'ne entsprechende Wirkung haben (.) aus eigenen Erfahrungen, aus Studien oder et cetera. Weiß ich aus langer Zeit, wo man damit umgegangen ist / man kann sich sicherlich nicht auf alle Medikamente stürzen. Und ich denke, überschaubare Auswahl ist vorhanden (-) ja (') Also, wenn wir jetzt nicht so 'n offenen und engagierten Pharmamarkt hier in Deutschland hätten, würde das auch anders aussehen und trotzdem würden die Patienten nicht schlechter versorgt werden, wenn wir bloß weiß ich (-) zwei oder drei ACE-Hemmer hätten und drei Betablocker. Da würden auch nicht alle Leute von sterben, wenn wir da 'ne geringere Auswahl hätten“ (II Z. 98-110) „Das Problem für uns ist, dass in den wenigsten Fällen wir eigentlich nur noch immer der alleinige Behandler des Patienten sind (') und da ist es natürlich so, dass jeder Arzt so sein eigenes Medikamentenreservoir für sich irgendwo entwickelt hat. Und wenn der arme Patient nun doch noch zu zwei oder drei oder auch mehr Fachärzten geht, dann sind da natürlich auch immer Medikamente dabei, die nicht unbedingt zu meinem Repertoire gehören und da muss man dann natürlich auch irgendwie immer sehen, dass man da irgendwelche Kompromisse natürlich dann findet.“ (II Z. 117-125)

In beiden Gruppendiskussionen besteht Übereinstimmung dazu, dass negative Erfahrungen mit Neben- und Wechselwirkungen eines neuen Medikaments unmittelbar

das Verordnungsverhalten und damit die weitere Gestaltung des Therapieregimes sowie die Ausgestaltung des eigenen Medikamentenrepertoires beeinflussen:

Teilnehmer 4: „Aber Nebenwirkungen sind da schon 'n größeres Problem (.) dass wenn einer das nicht vertragen hat und das öfter vorkommt, dass man das dann nicht nimmt.“ (II Z. 158-160) „Ja (') ja (.) und wenn man das gesehen hat (.) also mir dreht 's immer den Magen um, dass dann Ampicillin dann immer noch gegeben wird und dann aus der Klinik dann häufig auch, obwohl die das schon wussten ((mehrere TN bejahen diese Aussage)) und das ist für mich zum Beispiel so 'n Leitfaden, dass ich sage / also wenn ich Negativerfahrungen habe, dann würde ich 'n Medikament nicht einsetzen.“ (II Z. 175-180)

Der Einsatz neuer Medikamente wird von Interviewgruppe 2 ebenfalls kritisch gesehen. Auch wenn prinzipiell die Offenheit gegenüber neuen Medikamenten gegeben ist, beschreiben sie eine abwartende und zurückhaltende Verhaltensweise, den Einsatz neuer Medikamente anbetreffend:

Teilnehmer 8: „Und ganz neue setze ich auch nicht ein.“ Teilnehmer 4: „Und ganz neue auch. Genau.“ Teilnehmer 7: „Nicht gleich.“ Teilnehmer 3: „Nicht gleich.“ Teilnehmer 7: „Nicht gleich. So.“ Teilnehmer 8: „Genau.“ Auf die Nachfrage, wann sie dann neue Medikamente einsetzen würden, antworteten sie: Teilnehmer 8: „Na, wenn einige dann schon Erfahrungen gesammelt haben.“ Teilnehmer 7: „Was von den Fachärzten kommt (.) aus der Klinik kommt (,) tasten wir uns da ganz langsam ran“ Teilnehmer 9: „Genau. Positiv“ Teilnehmer 4: „Wenn 's nach zwei Jahren noch auf 'm Markt ist.“ Teilnehmer 10: „Wenn man 'n paar Patienten hat, die von Fachärzten eingestellt worden sind und es gut lief“ (II Z. 182-208) Teilnehmer 5: „Also ich bin der Meinung, man soll auch natürlich für die Forschung offen sein und für neue Präparate (,) aber ich möchte auch nicht unbedingt der Erste sein. Man sieht immer, wenn man denn vorprescht, dass man dann natürlich auch / ja (.)“ (II Z. 249-252) „Aber irgendwo müssen wir mal anfangen und müssen auch mal neue Medikamente einsetzen“ (II Z. 256-257) Teilnehmer 10 dazu: „Bis der Rückruf kommt.“ (II Z. 259)

Abschließend erwähnt ein Hausarzt, dass man sich auch immer selbst kritisch hinterfragen sollte und fügt noch einen weiteren Einflussfaktor, die Wirtschaftlichkeit, hinzu:

Teilnehmer 3: „Ich denke, 'ne wichtige Entscheidung ist auch immer, ob man ein Medikament selber nehmen würde oder nicht (,) ja (') Denn das ist, denke ich mal / Das sollte man auch immer kritisch hinterfragen. Und ich denke, wenn ich 'ne bestimmte Erkrankung hätte und es gibt 'ne Innovation, die echt 'ne Innovation darstellt (.) würde ich mir die selbst auch nicht vorenthalten (,) ja (') So denke ich. das kann ja jeder für

sich selbst entscheiden.“ (II Z. 261-267) „Wir sind wirtschaftlichen Zwängen unterworfen (.) auch so müssen wir verordnen, keine Frage. Auch diese Präparate werden unser Repertoire beinhalten (‘) da können wir uns nicht gegen wehren (,) ja (-) und wenn wir allen Leuten Diclofenac verordnen, weil wir da ‘ne Quote zu erfüllen haben und am liebsten würden wir denen auch mal ‘n cox-1-Hemmer verordnen, weil das sicherlich von der Verträglichkeit viel viel günstiger ist, aber eben viel viel teurer (.) dann sind wir den Zwängen eben auch unterworfen. Da können wir uns nicht gegen wehren. Das ist so. Ja. Deswegen ist das ja kein schlechtes Medikament. Bloß wir müssen eben viel viel intensiver nach Nebenwirkungen gucken und den Patienten sicherlich anhalten zu sagen, wenn der was hat. ja.“ (II Z. 276-285)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die befragten Hausärzte beider Interviewgruppen beschreiben, nahezu durchgängig, auf ein festes Medikamentenrepertoire zurückzugreifen, um Neben- und Wechselwirkungen neuer und/oder unbekannter Medikamente zu vermeiden.

Kategorie Pharmaindustry

Die Einstellungen der befragten Hausärzte gegenüber der Produktwerbung der Pharmaindustry variieren stark. So werden auf der einen Seite positive Aspekte, wie Aufklärung und Information zu neuen Medikamenten von den Befragten nahezu durchgängig als wertvoll eingeschätzt. Andererseits legt die Auswertung der Daten (hier die Rückmeldung aus zwei Fallbeschreibungen) nahe, dass „Verkaufsgespräche“ und „Serviceangebote“ von Pharmareferenten als manipulativ empfunden werden. In der Vergleichsliteratur ist der deutliche Einfluss der einzelnen Pharmafirmen auf das Verschreibungsverhalten der Hausärzte ebenfalls belegt {Vancelik 2007 #202} {Fretheim 2005 #327}. So zeigt sich zum Beispiel eine negative Korrelation zwischen der Verschreibungsqualität und der Häufigkeit von Besuchen durch Pharmareferenten {Muijrs 2005 #182}. Übereinstimmend zur eigenen Untersuchung finden sich in der Literatur ebenfalls positive Einstellungen zur Pharmaindustry, insbesondere bei der Nutzung als Informationsquelle zu neuen Medikamenten {Tobin 2008 #200} {Buusman 2007 #144} {Robertson 2003 #188} {Prosser 2003 #184} {McGettigan 2001 #179} {Jones 2001 #165}.

Die Pharmaindustry und vor allem die Besuche der Pharmareferenten nach medikamentösen Neuentwicklungen wurden von einigen der interviewten Hausärzte durchaus positiv beschrieben. Insbesondere neue Informationen zu Therapieinnovationen werden von der Mehrzahl der Teilnehmer beider Gruppendiskussionen ebenso wertgeschätzt, wie Fortbildungsangebote zu

Therapieinnovationen. Gleichzeitig verbinden die meisten der befragten Hausärzte beider Befragungsgruppen die Gespräche mit den Pharmareferenten mit der Sicherheit, auf aktuellem Kenntnisstand zu sein. Exemplarisch dazu sei ein Interviewausschnitt aus der ersten Gruppendiskussion angeführt:

Ärztin 2: „aber die Pharmareferenten sind die, die mit den neuen Sachen ankommen und sagen: „*Kenn' sie das schon* (') *das werden sie vielleicht nich selbst verschreiben* (,) *aber damit sie wissen, was es in der Klinik jetzt gibt.*“ „Also is nich so, dass sie uns das jetzt nicht aufdrängeln wollen. Sie woll'n, dass wir auch dann das wissen, was was neu is und das find ich gut. Also ich muss sagen, manche hassen diese Pharmareferenten. Ich seh' es gerne. *Ich* (-) ich krieg die neusten Informationen durch die. Die sind immer informiert (,) ich kann da Fragen stellen (,) die erkundigen sich für mich (-) die faxen mir das, wenn ich das wissen will. Also ich hab' (.) ich hab / Wir als Allgemeinmediziner / ich glaube andere Fachgebiete ham da nich so (k) profitieren da nich von.“ (I Z. 811-820) „...die bringen uns nur die neusten Informationen und dafür sind wir sehr dankbar. Also ich jedenfalls, ja und ich find' dann auch die Zeit und hör' mir das gerne an. Also die Informationen und die Weiterbildungen (') das is ja alles über die Pharmafirmen organisiert. Immer ein Medikament im Hintergrund. Von mir aus. Aber es geht sehr neutral jetzt eigentlich zu dabei (.) ja (.) Es wird dann über alles Mögliche geredet und das Medikament das spielt schon 'ne Rolle (-) aber sie müssen sich schon zusammenreißen“ (I Z. 841-847) „Bei mir ist das so (.) ich erfahre über die Pharmareferenten was es gibt. Dann halt' ich mich jetzt doch ganz schön zurück und warte ab, was die Fachärzte so machen (-) und wenn ich da genug äh (-) / kriege hier beim Kardiologen, wenn was Neues kommt hier / oder was (.) was wir jetzt hatten hier ja (') *Procorolan* oder (,) oder so (,) ja (') und (-) und öh (-) ss breitet sich dann etwas aus. Dann kriecht man 'nen gutes Gefühl dafür und dann dann beliest man sich auch noch mehr und guckt, wo 's passen könnte (-) welche Patienten das bei dem Kardiologen haben (-) ob das auch bei meinen dann passen würde (.) so dass man das dann langsam annimmt. Aber langsam, nich sofort. Ich würde 's nich anhören und ansetzen gleich.“ (I Z. 858-867)

Neben den Vorteilen der aktuellen Information zu Therapieinnovationen und entsprechenden Fortbildungen werden Informationen/Besuche durch Pharmareferenten auch durchaus kritisch gesehen. Die Kritik bezieht sich dabei vor allem auf die Unsicherheit, im Gespräch mit Pharmareferenten zwischen Verkaufsinteresse und tatsächlicher Evidenzbasierung zu differenzieren und auf dieser Grundlage eine Risiko-Nutzenabwägung dahingehend vorzunehmen, ein altbewährtes Medikament gegen ein neu entwickeltes auszutauschen:

Arzt 1: „Naja, das ist zweischneidig. Du siehst sie mehr als Service.“ Ärztin 2: „Ich seh' sie wirklich als Service.“ Arzt 1: „Aber (-) aber natürlich in Wahrheit sind sie 's / sie sind auch Service (.) aber sie sind in Wahrheit auch Verkäufer.“ Ärztin 2: „Ja natürlich (.) und das wissen wir inzwischen ja ('“ (I Z. 824-829)

So fasst Arzt 1 nochmal sein Verhalten im Umgang mit den Pharmareferenten zusammen:

Arzt 1: „Also ich (-) ich geh' da immer sehr schroff mit den Pharmareferenten äh um. Deshalb war ich och noch nie auf (-) auf Mallorca oder so mit 'ner Pharmafirma äh und ich frag' die dann immer: „Was kann ihr Präparat, was andere nich können ('“ und dann sagen / und (.) und das sage ich denen so: „Warum soll ich ihres verordnen ('“ ja ('“ und dann / Manche die mich kennen, die ja (k) die sagen dann: „Ja gucken sie ma“ so (.) und andere gucken erst mal (.) „ups“ ja ('“ und dann (.) dann kommt: „Wir erreichen aber 2 % mehr (!“ & Na dann sag ich: „Für 2 % muss ich nichts Neues aufschreiben, das tut mir leid.“ Ja (.) relative Risikoreduktion um schlach mich tot (-) / 'ne relative Risikoreduktion um paar Prozent (') dafür schreib' ich nichts Neues uff (!) bubb das bleibt. Also es muss mich schon studienmäßig überzeugen (.) ganz ehrlich (.) und das is dann die Kunst der Referenten. Ob nu Pharma oder (-) oder vortragenden Fachkollegen (-) dass die sagen: „Ok, also Leute passt ma uf, die Amis haben die Studie gemacht und die andern das und es scheint wirklich besser zu sein, also wir empfehlen das.“ Also so was überzeugt mich dann. Aber so 'ne wackligen Sachen (-) ah nee (!) will ich nich haben.“ (I Z. 1174-1189)

Doch er betrachtet die Pharmaindustrie nicht nur negativ. Denn er sagt ebenfalls, dass auch Referenten der Pharmaindustrie ihn durchaus zu einem neuen Medikament überzeugen können, wenn sie gute Studienergebnisse präsentieren.

Auf die Frage, ob Hausärzte sich bisweilen von der Pharmaindustrie manipuliert fühlen, wurden folgende Meinungen geäußert:

Ärztin 3: „Doch. Sind wir anfangs, als die ganzen Studien waren wo wir 25 Euro für gekriegt haben pro (-) oder doch / „Ärztin 2: „Aber bewusst manipuliert (,) kannst de nich sagen (.) nee. *Hier bei* (-) bei was weiß ich /“ Ärztin 3: Da hast de es doch auch eingesetzt. Du hättest es doch sonst gar nicht gemacht.“ (I Z. 1193-1198) Arzt 1: „Also ich fühlte mich schon 'nen paar Mal manipuliert. Punkt (.) ja (') Ob man 's zulässt ist ja die zweite Sache. Aber der Druck is da (.) der Druck is da.“ (I Z. 1254-1256) „Wir sind da (.) wir sind da 'ne empfindliche Zielgruppe. Das muss man (k) dessen muss man sich bewusst sein, weil wir haben eigentlich per Rezeptblock die Pharmamacht in der Hand und wenn wir das sind / weil es schreibt kein anderer auf (!) keine Krankenschwester (,) kein Krankengymnast (.) der Arzt macht das. Hallo ('“ wir sind 's

(!) Was durch unsere Federhalter geht, das is 'ne Macht och. Das is 'ne Machtstelle. Aber wir nutzen die eigentlich noch zu wenig aus und deshalb sind wir so auch Zielgruppe. Das muss man einfach so klar sagen.“ (I Z. 1311-1318)

Dies zeigt, dass die Referenten der Pharmafirmen einen möglichen Einfluss bei der Ausstellung eines Rezeptes haben können und dabei sogar von einigen Ärzten Druck und Manipulation empfunden wird. Der zuvor zitierte Arzt betrachtet vor allem die gegenseitige Einflussnahme und schlägt vor, dass der Arzt mit der Ausstellung eines Rezeptes vor allem den Pharmamarkt beeinflussen kann und nicht die Pharmaindustrie allein durch Werbung den Arzt.

Auch im zweiten Fokusgruppeninterview wird (ohne direkte Frage nach Manipulation) der Besuch der Pharmareferenten erwähnt und darauf hingewiesen (wie auch im ersten Interview), dass jeder Arzt selbst sehen muss, wie groß die Einflussnahme auf sein Verschreibungsverhalten durch die Pharmareferenten ist:

Teilnehmer 2: „Sicherlich werden wir viel von Vertretern der Pharmaindustrie besucht und die versuchen natürlich, uns immer ihre Produkte aufzudrängen, aber das muss natürlich jeder dann natürlich für sich selbst entscheiden, inwieweit er sich da leiten lässt.“ (II Z. 112-115)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Besuche durch Pharmareferenten mit der Chance verbunden werden, von neuen Medikamenten und Fortbildungen zu Therapieinnovationen zu erfahren. Gleichzeitig fällt Hausärzten im Gespräch mit Pharmareferenten die Differenzierung zwischen Verkaufsinteresse und tatsächlicher Evidenzbasierung schwer. Für die Beeinflussbarkeit des Verordnungsverhaltens durch Pharmareferenten sind die Hausärzte durchweg sensibel und reagieren darauf mit umsichtiger Selbstkontrolle.

Interaktion mit den Krankenhäusern

An der Schnittstelle zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und der poststationären Vorstellung in der Hausarztpraxis entstehen zunehmend Schwierigkeiten, so der Grundton der befragten Fokusgruppenteilnehmer beider Gesprächsgruppen. Besonders kritisch gesehen werden die Veränderung sowie Erweiterung der hausärztlichen Verordnung ohne vorherige Rücksprache und/oder fehlende Informationen im Entlassungsbild. Das Einholen fehlender Informationen durch den Hausarzt respektive Beratungs- und Informationsgespräche mit dem Patienten zur Medikamentenumstellung erfordern einen erheblichen Zeitaufwand in der Sprechstunde, so die befragten Hausärzte einstimmig. Auch aktuelle Studien belegen,

dass die Anzahl der verordneten Medikamente im stationären Verlauf im Durchschnitt um 1,3 Verordnungen pro Patient steigt {Müller-Bühl 2007 #224}. Die durchschnittliche Modifikationen der Hausmedikationen während des stationären Aufenthaltes liegt bei $49.8\% \pm 28.4$ {Mansur 2008 #279}. Die Medikationsänderungen einen Monat nach Entlassung liegen bei durchschnittlich 37,5% {Mansur 2008 #279}. Aus dieser Vergleichsstudie geht jedoch nicht hervor, ob sich die poststationären Änderungen auf das Wiederherstellen der hausärztlichen Anordnungen beziehen (so wie vor dem stationären Aufenthalt eingenommen) oder auf ein gänzlich neues Therapie regime.

In der vorliegenden qualitativen Studie bestätigen zwei der befragten Hausärzte, dass nach Krankenhausentlassung häufig ein Zurücksetzen auf die vorbestehende Medikation erfolgen würde. Einer deutschen Studie zufolge, sind nach Einschätzung von 58% der befragten Hausärzte ökonomische Erwägungen in der hausärztlichen Praxis der wichtigste Grund für Medikationsänderungen, gefolgt von medizinischen Erwägungen (34%) {Roth-Isigkeit 2005 #227}. Verbesserungen der Informationen im Entlassungsbrieft, sowie vermehrte Kommunikation mit den Klinikärzten werden in vergleichenden Studien gewünscht {Karapinar 2010 #166} {Prosser 2005 #326} {Roth-Isigkeit 2005 #227} {Lipman 2004 #325} {Robertson 2003 #188}. Diese Ergebnisse bestätigen sich in beiden Fokusgruppeninterviews der vorliegenden qualitativen Teilstudie.

Die Verordnungspraxis der Krankenhäuser wurde in beiden Fokusgruppen dahingehend diskutiert, dass der Entlassungspatient mit neuen und/oder erweiterten Verordnungen eine Herausforderung im täglichen Sprechstundenbetrieb sei. Konsens beider Diskussionsgruppen besteht darin, dass häufige Schwierigkeiten damit assoziiert sind, dass zu viele Medikamente (meist auch als Originalpräparate) verordnet werden, deren Wechselwirkungen untereinander häufig ebenso wenig berücksichtigt würden, wie die Verschreibungsmöglichkeiten des Hausarztes. Rücksprachen mit dem Hausarzt bei Um- oder Neueinstellung würden genauso selten erfolgen wie aussagekräftige, ausführliche Rückinformationen an den Hausarzt. Nachfolgend angeführte, exemplarisch ausgewählte Diskurssegmente belegen die Vielschichtigkeit der Problematik der Verordnung zu vieler Medikamente im Krankenhaus:

Arzt 2: „wenn ich schon jemanden aus der Klinik kommen sehe und da stehen also zwölf verschiedene Sachen (,) dann hab' ich schon so 'nen Hals.“ (I Z. 218-220)

Ärztin 2: „Fakt ist, wenn jemand mit 'nem Krankenhausbrief kommt, dann sag' ich immer: „Oh Gott“ & dann weiß ich, dass es dauert.“(I Z. 1049-1051) „Das sind mindestens zehn Medikamente, die er (k) mit denen er aus der Klinik kommt. Das muss man dann wirklich dann durchgehen. Ich weiß auch / Dann nehmen wir noch 'nen neuen Zettel und dann stimmen wir das ab, was neu (-) was anders heißt (-) und nur *die Namen, diese Vielfalt der Namen*, macht Patienten völlig (k) bringt sie völlig durcheinander, ja (') Das is also so schwierig und das is eigentlich schlimm, dass es so is, ja (').“ (I Z. 1053-1058)

In beiden Diskussionsgruppen gleichermaßen kritisieren die befragten Hausärzte neben der Menge der im Krankenhaus verordneten Medikamente (Polypharmakotherapie) vor allem auch fehlende oder unvollständige Informationen zur Dosierung der im Krankenhaus verordneten Medikamente; häufig fehlen Angaben zu Laborparametern, die relevant für die Dosistierung der Verordnung sind. Ein Gesprächsausschnitt verdeutlicht diese Problematik beispielhaft für den Diskurs beider Fokusgruppen:

Ärztin 3: „wenn sie aus der Klinik teilweise kommen (.) steht das laut Plan / oder ja (.) / und dann hab ich schon öfters ma angerufen, ja (') „Wo is denn der Plan“ ja (') Die ham keinen Falithrom-Ausweis mitjekricht (!) und hier steht nichts, wie sie 's genommen haben, jetzt ja (-) / Ärztin 2 dazu: „Was ich da zurückrufe in der Klinik (!) Die werden entlassen und ich hab den aktuellen Wert nicht.“ Ärztin 3: „Den aktuellen Quickwert (.)“ Arzt 1: „Das is 'ne Katastrophe ist das (!) also /“ (I Z. 457-465)

Teilnehmer 4: „'n Patient, der aus dem Krankenhaus entlassen wird, ist immer 'ne kleine Katastrophe.“ (II Z. 578-579) Bestätigend Teilnehmer 7: „Das dauert immer lange, sich mit denen zu beschäftigen.“ (II Z. 585)

Der Diskurs veranschaulicht über die zuvor angeführte Problematik der unvollständigen Informationsweitergabe medikamentöser Therapieempfehlungen durch Krankenhausärzte vor allem auch, dass den Hausärzten im Falle von Rückfragen kaum auskunftsfähige Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Selbst mehrfache telefonische Nachfragen blieben häufig ergebnisoffen, so dass diese Situation in der Gruppendiskussion als „Katastrophe“ betitelt wird.

Wie bereits angeführt, stellt die Medikationsänderung im Krankenhaus ein zentrales Problem dar - dies insbesondere dann, wenn die umgestellten Medikamente außerhalb der hausärztlichen Verordnungsmöglichkeiten liegen oder dem Hausarzt bekannte Wechsel- und Nebenwirkungen/Unverträglichkeiten nicht durch Rückfragen der Klinikärzte vor Um-/Neueinstellung erfragt worden sind:

Ärztin 3: „Dann is es so (,) wenn sie von der Klinik wiederkommen, dann ham sie zum Beispiel den ACE-Hemmer drin (') und komm' mit 'nem ganz anderen ACE-Hemmer wieder. Das is immer das, was wir nich so mögen.“ (I Z. 965-967)

An dieser Stelle interessant sind die Umgangsstrategien, die von den Hausärzten in beiden Gruppen mit Blick auf Verordnungspraxis von Klinikärzten diskutiert werden. So antworten zwei Ärzte auf die Frage, was man im Fall der medikamentösen (Neu-) Einstellung ohne Rücksprache der Klinikärzte mit dem Hausarzt unternehmen würde wie folgt:

„Man bleibt bei dem, was er vorher hatte.“ Daraufhin Ärztin 3: „Aber das kostet eben dolle Mühe, das alles wieder dann (-) äh (-) auszuklamüsern. Dann kommen sie mit den Berichten nachhause“ (I Z. 965-972) Und auch wenn der Patient wiederholt im Krankenhaus war, bleibt Arzt 2 nach erneuter Umstellung der Medikation im Krankenhaus bei dem, was der Patient zuvor zu Hause eingenommen hat: „...nochmal die Klinik aufsuchen. Das is dann wieder dieselbe Klinik, in der sie vorher gelegen haben und die Entlassungsmedikation ist schon wieder / und was für eine andere. Da freu ich mich immer besonders (.) ja.“ (I Z. 1027-1029) „Da frag' ich mich dann immer, wo steckt der Sinn jetzt da hinter (') Warum is das jetzt hier völlig über 'n Haufen geschmissen worden (') Da hab ich denn och keene Antwort.“ (I Z. 1031-1033) „Dann bleib' ich bei dem was vorher war.“ (I Z. 1035)

Bei aller Kritik der Hausärzte gegenüber der Verordnungspraxis der Klinikärzte wird auch die Perspektive des Krankenhauses diskutiert:

Ärztin 2: „Aber ich muss auch mal die Klinik in Schutz nehmen. Dann denk' ich ja (') dass die vielleicht auch gar nicht alles haben und dann einfach neu einstellen und dass die Patienten oft nicht wussten ja, dass sie kein Zettel dabei hatten und wir das manchmal auch nich aufgeschrieben haben.“ (I Z. 985-988)

Ein zentrales Thema in den Diskussionen beider Fokusgruppen war die sich verändernde Wertigkeit des Entlassungsbrieves im Laufe der Zeit:

Arzt 2: „Ja, aber du musst mal gucken (.) es is also bei den Patienten auch so geworden, dass also der Krankenhausentlassungsbrieve schon längst keine päpstliche ((unverständliches Wort)) mehr is, ja (') Also wenn man sagt: „Da könn' wir jetzt also auf das wieder zurückgreifen, was wir zuhause, was wir haben, das is fast identisch“ (') dann ist das gut. Vor 'n paar Jahren war es das (.) ein *heiliger Entlassungsbrieve*. Also das bleibt jetzt hier so und damit basta. Und da hattest de also viel & viel mehr Überzeugungsarbeit als jetzt. Es geht mir so.“ (I Z. 989-996)

Als positiv erachteten die Hausärzte meist, dass die Patienten nicht mehr ganz strikt auf die Krankenhausmedikamente ausgerichtet würden und deswegen die erneute Umstellung oder das Zurücksetzen auf die Hausmedikation durch den Hausarzt vom Patienten in der Regel akzeptiert wird.

Die Hausärzte fühlen sich dafür verantwortlich mit dem Patienten nochmal die Entlassungsmedikation und die zuvor eingenommene Hausmedikation direkt nach der Entlassung zu überprüfen:

Ärztin 3: „Naja, die ham ja den Patienten (k) haben ja den Zettel extra. Wir kriegen den Zettel ja im Brief und dann komm' se mit dem Zettel und dann musst du als Hausarzt das alles auseinander klämüsern (!) Anders geht 's ja nich. Dann fracht man: „Naja, *ham sie dieses Medikament noch zuhause ('')* das is identisch“ oder „das is genauso“ .. das is schwierig. Vielleicht sollte man in der Klinik mal eins machen, auch wenn man sie jetzt aufnimmt (-) sich durch die Angehörigen nochmal die Hausmedikamente mitbringen lässt.“ (I Z. 1008-1014)

In beiden Interviews gleichermaßen wird das Entlassungsmanagement der Kliniken mit Blick auf Informationen durch die Krankenhäuser an den weiterbehandelnden Hausarzt als unzureichend eingeschätzt:

Teilnehmer 1: „Es erfolgt eigentlich selten noch eine Rücksprache (,) eigentlich fast gar nicht (.) sei es, es geht um Medikation, Entlassungen (.) plötzlich (.) unvorbereitet.“ (II Z. 490-491)

Auch wird der Entlassungszeitpunkt sehr kritisch erwähnt:

Teilnehmer 7: „Freitagnachmittag“ (II Z. 494)

Teilnehmer 1: „Samstagvormittag (-) also auch lange vor / wo auch lange geplant war, dass die entlassen werden (.) wo das absehbar war. Und da hatte ich auch 'ne Patientin, die wurde dann am Freitag um zehn entlassen.“ (II Z. 496-499) Daraufhin fragt Teilnehmer 8: „Abends? So spät noch?“ (II Z. 501) und Teilnehmer 1 erneut: „Ja (!) Kriegte ich da 'n Anruf. Ja. So und dann mit ausgedehnter Medikation und überhaupt nichts mitbekommen (.) also überhaupt nichts vorbereitet. Angeblich Pflege alles organisiert. Nichts war organisiert. überhaupt nichts. ja.“ (II Z. 503-506) Dagegen Teilnehmer 9: „Aber meistens geben se 's schon mit.“ (II Z. 508) Teilnehmer 1: „So / ja, meistens klappt das schon. Also das ist zum Glück dann der Ausnahmefall. Aber 'ne Absprache vorher existiert eigentlich so gut wie gar nicht.“ (II Z. 510-512) Teilnehmer 6 dazu: „Vorher ('') nee, Absprachen gibt es nicht.“ (II Z. 514-515) Teilnehmer 1: „Ja doch,

in manchen Fällen kommt mal 'ne Info: "da haben wir jetzt dieses oder jenes angesetzt" (.) Aber das sind Einzelfälle.“ (II Z. 517-518)

Der Entlassungsbericht findet im Diskurs beider Gruppendiskussionen dann Erwähnung, wenn dieser zeitnah zur Entlassung übermittelt wird, so dass Entlassungsmedikamente mit Interaktionspotenzial, Menge und Dosis von Um- oder Neueinstellungen sowie alle wichtigen Laborparameter durch den weiterbehandelnden Hausarzt nachvollzogen werden können. Kritisch wird jedoch die Qualität der Entlassungsbriebe hinterfragt – dies insbesondere mit Blick auf die Qualität von Entlassungsbrieften, die von Assistenzärzten verfasst und ohne Gegenkorrektur des Oberarztes versendet werden. Gleches gilt für die Verordnung von Medikamenten durch Assistenzärzte – hier stellen Hausärzte das Erfahrungswissen der jungen Ärzte mit Blick auf Interaktionen und Unverträglichkeiten infrage, wie nachfolgend dargestellte Gesprächsausschnitte exemplarisch belegen:

Teilnehmer 2: „Also das Schöne an der medizinischen Klinik hier in ((Auslassung Ortsname)) dass die also wirklich immer ihren Entlassungsbericht mitbekommen. Dann steht dann zwar "vorläufig" drauf, aber da steht dann bei uns auch wirklich alles Wichtige.“ (II Z. 535-538) „Mit Laborwerten, so dass wir also doch eigentlich 'n sehr guten Überblick haben. ja. Chirurgische Klinik, da klappt es so in siebzig bis achtzig Prozent (-) Manchmal kommt auch der Patient ohne alles und sagt, er soll sich morgen den Entlassungsschein abholen. Dann weiß ich nicht, was er bei mir soll (-) Aber das lässt sich doch auch irgendwie handeln. Bei den Chirurgen kann man ja meistens von außen draufgucken, wie 's geht.“ (II Z. 542-547)

Teilnehmer 6 wünscht sich, dass die Entlassungsmedikamente vorher bezüglich Interaktionspotenzial und weiteren Nebenwirkungen überprüft werden, denn er ist bei der großen Menge der Patienten skeptisch gegenüber jungen Assistenzärzten der Klinik und nicht korrigierten Entlassungsbrieften:

„Aber für uns wär' 's natürlich am besten (,) ja (') Wenn der Patient schon im Vorhinein / der Patient, bevor er mit zwanzig Medikamenten entlassen wird / geschickt würde, ob sich das wirklich alles so verträgt, weil der Assistenzarzt oder wer auch immer das angesetzt hat / Wir waren da früher sicherlich auch nicht frei von, aber oftmals sind die Briefe in der korrigierten Fassung vom Oberarzt gegengelesen worden. Aber nicht zum Entlassungszeitpunkt. Und da sind sicherlich Medikamente drauf, die 'n großes Interaktionspotenzial haben / und das ist vielleicht bedacht wurde / und wenn das noch 'n bisschen besser reguliert ist, wär' das natürlich super.“ (II Z. 560-568)

Einer der Interviewten resümiert, dass die Überprüfung der Medikamente eigentlich nicht die Aufgabe des Hausarztes sein sollte:

Teilnehmer 5: „Und genau das sollte eigentlich auch nicht unsere Aufgabe sein. Der Patient sollte ja möglichst so aus dem Krankenhaus entlassen worden sein mit seinen Medikamenten, die gegengecheckt worden sind. Das wir gar nicht erst in die Bredouille kommen und wir die Aufgabe haben, die von spezialisierten Ärzten festgelegte Medikation zu überprüfen, ob die denn hausarzttauglich ist.“ (II Z. 590-595)

Zusammenfassend sei festgehalten, dass es wünschenswert wäre, die Entlassungsmedikamente seien „hausarzttauglich“, das bedeutet, dass alle verordneten Medikamente gründlich geprüft werden und keine Interaktionen aufweisen, die Einnahme auch im häuslichen Umfeld ohne Schwierigkeiten möglich ist, dass eine Information über Medikationsänderungen und ihre Gründe im Entlassungsbericht oder telefonisch mitgeteilt werden, so dass die Weiterverordnung der Medikamente ohne Probleme und viel Zeitaufwand erfolgen kann.

Umgang mit informierten Patienten

Die so genannten „neuen Medien“ ermöglichen den Patienten einen leichteren Zugang zu gesundheitsassoziierten Informationen. Patientenforen im Internet und zahlreiche niedrigschwellige Zeitschriften- und Fernsehbeiträge erzeugen nicht nur eine Erwartungshaltung bei Patienten dem behandelnden Arzt gegenüber, sondern bieten allzu oft Informationen an, die oberflächlich und kaum evidenzbasiert sind. Die Arzt-Patienten-Kommunikation ebenso wie das Arzt-Patienten-Verhältnis werden dadurch merklich beeinflusst, so die Meinungsäußerung in beiden Gruppendiskussionen. Ein Teilnehmer der Fokusgruppeninterviews berichtet, dass er Patienten, die aufgrund ihrer vorherigen eigenen Recherche ganz spezifische Erwartungen im Rahmen der Konsultation haben (z.B. bzgl. eines Medikamentes), auch manchmal eine Therapie verordnet, ohne selbst davon überzeugt zu sein, weil er sich eine längere Diskussion mit den Patienten ersparen möchte. Ein anderer Hausarzt beschreibt, dass ein Patient sich nach einer durch ihn umgestellten Therapie von Informationen in den Medien gegen die vorher besprochene und bereits neu begonnene Therapie entschied, so dass eine wiederholte Umstellung der Medikation unumgänglich war, obwohl der Hausarzt von der älteren Therapie nicht überzeugt war. Auf der anderen Seite sind einige der anderen befragten Hausärzte froh darüber, wenn der Patient ebenfalls eine gewisse Verantwortung für seine Gesundheit trägt. Vergleiche mit aktuellen Publikationen bestätigen, dass Patienten mit internetbasierten Vorinformationen häufiger in der Arztpraxis erscheinen {Kirschning 2004 #277} und spezifische

Erwartungen bspw. Behandlungswünsche haben {Boston Consulting Group 30.04.2001 #306} {Denekens 2002 #272}. (Haus-) Ärzte reagieren darauf interessiert, irritiert, anerkennend oder aber auch überfordert. Übereinstimmend mit den Ergebnissen der eigenen Studie werden Entscheidungen informierter Patienten neben der Beratung des Arztes auch von anderen Informationsquellen beeinflusst, wobei einige Patienten eine ärztlich empfohlene Therapie aufgrund von Internetinformationen nicht beginnen oder abbrechen {Kirschning 2004 #277}. Ebenfalls gemäß der eigenen Untersuchungen werden informierte Patienten auch von anderen befragten Ärzten aufgrund der langen Diskussionen als anstrengend, schwierig und fordernd empfunden {Baumgart 27.12.2010 #280}. Auf der anderen Seite wird aber auch hier die verbesserte Compliance bei zusätzlichen Informationen und besserem Krankheitsverständnis als positiv hervorgehoben {Baumgart 27.12.2010 #280}.

Patienten, die sich über medizinische Belange informieren, schauen Fernsehen, belesen sich im Internet und haben genaue Vorstellungen bezüglich ihrer Gesundheitssituation und möglichen Therapien. Dies habe sich in den letzten Jahren deutlich zugespitzt und beeinflusst zunehmend das hausärztliche Verschreibungsverhalten, so zeigt die Analyse beider Gruppeninterviews übereinstimmend:

Arzt 1: „*hat der Patient da in gewisser Weise Einfluss (') und da muss man sagen: „Ja“ (.) is so (,) ja (') Der hat Vorstellungen (-) / Es gibt tausend Sendungen im Fernsehen & es gibt & es gibt Internet (.) äh (-) es gibt / In allen möglichen Frauenzeitschriften stehen alle möglichen Sachen drinne (.) und der Patient ist ja gewöhnlich heute *mehr mehr* informiert als noch vor 20 Jahren (.) muss man ja einfach mal so sagen / und wie gesagt, ich bin ganz ehrlich. Ich & ich zieh das *nich immer* knallhart durch (.) ähm (-) Also von manchen is mir dann lieber (.) wenn ich dann wieder die Tür dahinter in kurzer Zeit zumache als & als wenn ich dann zehn Minuten dem erklären muss (,) warum das und das nicht notwendig ist. Punkt. Dazu muss man dann auch stehen. Ganz selten / Aber ich mach es (k) ich ertappe mich dabei (k) lass' ich mich halt auch mal manipulieren oder wie *och immer*, wie man das nennen mag.“ (I Z. 91-102)*

Demnach würden die Forderungen der informierten Patienten unter Umständen auch dann erfüllt, wenn der Hausarzt nicht der gleichen Meinung ist, wie der Patient. Gleichzeitig sei jedoch darauf verwiesen, dass die Hausärzte ihr Verordnungsverhalten nicht primär an den Patientenerwartungen ausrichten (siehe „Rezept als „Ergebnissicherung“ der ärztlichen Konsultation – die Bedeutung des Rezeptblocks“).

Dies diskutieren die befragten Ärzte mit der Unkenntnis der Evidenzbasierung der Informationsquellen, die der Patient ausgeschöpft hat, wie nachfolgendes Beispiel demonstriert:

„Manchmal weiß ich 's ja nich / was der Patient mir sagt / Ich hab' gelesen, die kommen ja sehr informiert, die Patienten (.) zum Teil & oder mit Schachteln von Bekannten und Verwandten.“ (I Z. 760-762)

Teilnehmer 2: „*Da schreibe ich Ihnen Pradaxa auf (,)*“ und dann hat der die Sendung auf Radio Brandenburg gehört, wo der Herr Professor gesagt hat: „Das Teufelszeug darf nicht auf den Markt. Nun stehe ich natürlich vor 'nem Scherbenhaufen, aber ich stehe immer noch zu Pradaxa.“ (II Z. 837-841)

Die Diskussionen machen deutlich, dass der mediale Einfluss (in diesem Fall aus dem Radio) eine bedeutende Auswirkung auf die fortführende Behandlung und das bestehende Arzt-Patienten-Verhältnis hat. In diesem Fall muss sich der Hausarzt eine alternative Behandlungsstrategie für den Patienten überlegen, da er die neue Therapie nun nach Informationen aus den Medien ablehnt.

Die befragten Hausärzte sind sich im Wesentlichen darüber einig, dass der Patient Entscheidungen mittrifft (nicht alleine, aber gemeinsam mit dem Arzt) und begrüßen die Praxis des Shared-Decision-Making, da die Patienten so partizipativ in die Verantwortung für ihre Gesundheit respektive Genesung genommen würden:

Ärztin 2: „Dann kann der Patient das rüberbringen was er möchte (.) dieses Quäntchen (,) was man da an Entscheidungen nicht allein trifft.“ (I Z. 109-110)

Arzt 1: „Ich kann keinem Patienten die ganze Verantwortung für seine Gesundheit und so abnehmen.“ (I Z. 132-133)

4.2.1 Operationalisierung

Die Erhebung dieser qualitativen Daten wurde im weiteren Auswertungsprozess genutzt, um das quantitative Erhebungsinstrument empirisch fundiert zu entwickeln und die Einschätzung der Ausprägungen der quantitativen Daten zu bereichern. So wurden im fortschreitenden Auswertungsprozess aus den theoretischen Begriffen, abgeleitete Begriffe und Indikatoren herausgearbeitet. Die zentralen Indikatoren waren das Medikamentenrepertoire, das Verordnungsverhalten und die Verordnungspraxis. Die Verordnungsroutine, Interferenzen, Erfolgsevaluation, Schnittstellen,

Ergebnisse der qualitativen Pilotstudie

Patientenerwartung, Behandlungserfolge, Rezeptblock, Wirtschaft und Markt stellten die unabhängigen Variablen dar (Tab.2).

Theoretischer Begriff	Abgeleitete Begriffe	Indikatoren	Instrument
Störquellen	Patient	Einnahmegewohnheiten Compliance Adhärenz krankheitsassoziiert Vielzahl an Medikamenten	Fragebogen
	Hausarzt=Koordinator	Kommunikation/Kooperation mit den Fachärzten amb./stat.	
	Kooperation mit Fachkollegen	Anderes Verordnungsverhalten (unterschiedliches Repertoire), anderes Budget	
	Pharmaindustrie	Markt Referent	
	Evaluationsdilemma	Patient noncompliant Apotheker tauscht aus	
	Lernräume	Fortbildungen	
	Interdisziplinärer Austausch	Weiterbildungen	
	Fehlermanagement	Fehlerbewusstsein - selbst, andere	
	Gegen ein Medikament	Routine Nebenwirkungen/Inter-aktionen Neuheit Preis Abhängigkeit Wenig Interferenzen Risiko/Nutzen Preis/Ökonomie Bewährtes/ Standardtherapie Darreichungsform Eigenerfahrung Behandlungserfolge	
	Für ein Medikament	Stabilitätsbedürfnis Übersättigung durch Pharmaindustrie Neue wissenschaftliche Erkenntnisse	
Selbst-bestimmte Veränderungsbedingungen	Interne Evidenz		
	Externe Evidenz		
	Patient	Erwartungen/Wünsche Eigenes Krankheitsverständnis Ansprüche	
	Krankenhaus	Andere Verordnungen	
	Fachärzte	Anderes Repertoire	
Fremd-bestimmte Veränderungsbedingungen	Apotheker	Empfehlungen	
	Werbung	Fernsehen, Radio, Internet	
	Pharmaindustrie	Marktentwicklung, Erwartung	

Tab. 2 Operationales Modell

4.3. Diskussion

4.3.1 Zusammenfassung und Bewertung der Ergebnisse

Im Rahmen der durchgeföhrten qualitativen Studie wurde untersucht, welche Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen Hausärzte bezüglich der Beeinflussung auf das hausärztliche Verschreibungsverhalten aufweisen.

Insgesamt konnten in diesen Untersuchungen fünf wichtige Kernthemen bei der Verordnung von Medikamenten in der Hausarztpraxis herausgearbeitet werden. Der Umgang mit dem Rezeptblock, das Medikamentenrepertoire, die Einstellung zur Pharmaindustrie, die Kommunikation mit den Ärzten im stationären Bereich und der Umgang mit dem informierten Patienten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Patienten meist in Erwartung eines Rezepts in die hausärztliche Sprechstunde kommen. Die Bereitschaft des Hausarztes, ein Rezept auszustellen, wirkt sich meist unmittelbar auf die Zufriedenheit der Patienten aus – dies insbesondere mit Blick auf Vertrauen in die fachliche Kompetenz des Arztes. Die befragten Hausärzte beider Fokusgruppen statuieren gleichermaßen, dass die Erwartungen der Patienten, ein Rezept zu erhalten, ein zentrales Thema im täglichen Praxisalltag darstellen würde. Dennoch erachten die meisten der befragten Hausärzte die Erwartungen der Patienten, abgesehen von Einzelfällen, nicht handlungsleitend für eine Rezeptausstellung. Im Vergleich mit anderen Studien zeigt sich, dass diese Patientenerwartungen auch von anderen Ärzten empfunden werden {Skoglund 2007 #194} {Buusman 2007 #144}. Interessant dabei ist nur, dass dies nicht immer auch den tatsächlichen Wünschen der Patienten, beispielweise bei der Verordnung von Antibiosen, entspricht {Altiner 2007 #363}.

Ein weitreichendes Krankheitsspektrum einer allgemeinmedizinischen Hausarztpraxis erfordert vielfältige Therapieoptionen. Bezuglich der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten weisen die Hausärzte sehr unterschiedliche Verordnungsmuster auf {Prosser 2003 #185}. Die befragten Hausärzte beider Interviewgruppen geben an, dass sie, nahezu durchgängig, auf ein festes Medikamentenrepertoire zurückzugreifen, um Neben- und Wechselwirkungen neuer und/oder unbekannter Medikamente zu vermeiden. Dieses konservative Verschreibungsverhalten wird auch in anderen Studien beschrieben {Buusman 2007 #144} {Skoglund 2007 #194} {Carthy 2000 #145} {Jacoby 2003 #164}. Eine überzeugende Wirkung, gute Studien, die sichere Anwendung, die Verschreibungen

der Kollegen und die eigene Erfahrung werden in der hier durchgeföhrten Studie als Einflussfaktoren auf die Verordnung neuer Medikamente erwähnt. Die persönliche Erfahrung ist auch in der Literatur ein bedeutender Einflussfaktor {Jacoby 2003 #164} {Jones 2001 #165}. Aber auch die fachärztlichen Kollegen, die sichere Anwendung, sowie die Vorteile gegenüber bereits existierender Therapiemöglichkeiten werden in vergleichbaren Studien in der Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens erwähnt {Tobin 2008 #200} {Prosser 2003 #185} {Jacoby 2003 #164}.

Die Besuche durch Pharmareferenten werden mit der Chance verbunden, von neuen Medikamenten und Fortbildungen zu Therapieinnovationen zu erfahren. Gleichzeitig fällt Hausärzten im Gespräch mit Pharmareferenten die Differenzierung zwischen Verkaufsinteresse und tatsächlicher Evidenzbasierung schwer. Für die Beeinflussbarkeit des Verordnungsverhaltens durch Pharmareferenten sind die Hausärzte durchweg sensibel und reagieren darauf mit umsichtiger Selbstkontrolle. In der Vergleichsliteratur ist der deutliche Einfluss der einzelnen Pharmafirmen auf das Verschreibungsverhalten der Hausärzte ebenfalls nachweisbar {Vancelik 2007 #202} {Fretheim 2005 #327}. So zeigt sich zum Beispiel eine negative Korrelation zwischen der Verschreibungsqualität und der Häufigkeit von Besuchen durch Pharmareferenten {Muijters 2005 #182}. Übereinstimmend zur eigenen Untersuchung finden sich in der Literatur ebenfalls positive Einstellungen zur Pharmaindustrie, insbesondere bei der Nutzung als Informationsquelle zu neuen Medikamenten {Tobin 2008 #200} {Buusman 2007 #144} {Robertson 2003 #188} {Prosser 2003 #184} {McGettigan 2001 #179} {Jones 2001 #165}.

Aus Sicht der Hausärzte wünschenswert wäre, dass die Entlassungsmedikamente „hausarzttauglich“ seien, das bedeutet, dass alle verordneten Medikamente gründlich geprüft werden und keine Interaktionen aufweisen, die Einnahme auch im häuslichen Umfeld ohne Schwierigkeiten möglich ist, dass eine Information über Medikationsänderungen und ihre Gründe im Entlassungsbericht oder telefonisch mitgeteilt werden, so dass die Weiterverordnung der Medikamente ohne Probleme und viel Zeitaufwand erfolgen kann. Besonders kritisch erwähnen die Befragten die steigenden Zahlen sowie die Änderungen der Medikamente. Die Anzahl der Medikamente im stationären Verlauf steigt im Durchschnitt um 1,3 Verordnungen pro Patient {Müller-Bühl 2007 #224}. Durchschnittliche Modifikationen der Hausmedikation während des stationären Aufenthaltes liegen bei $49.8\% \pm 28.4$ {Mansur 2008 #279}. Die Medikationsänderungen einen Monat nach Entlassung liegen bei durchschnittlich 37,5% {Mansur 2008 #279}. Aus dieser Vergleichsstudie geht jedoch nicht hervor, ob

die poststationären Änderungen lediglich das Zurücksetzen der Medikamente auf die vor des stationären Aufenthaltes eingenommen Medikamente sind, oder ob erneut ein neues Therapieregime begonnen wird. In der eigenen Studie bestätigen zwei der befragten Hausärzte, dass häufig ein Zurücksetzen auf die vorbestehende Hausmedikation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erfolgt. Einer deutschen Studie zufolge, sind nach Einschätzung von mehr als der Hälfte der befragten Hausärzte ökonomische Gründe in der hausärztlichen Praxis der bedeutsamste Grund für Medikationsänderungen, gefolgt von medizinischen Erwägungen (34%) {Roth-Isigkeit 2005 #227}. Verbesserungen der Informationen im Entlassungsbefehl, sowie vermehrte Kommunikation mit den Klinikärzten werden in vergleichenden Studien wie auch in der eigenen Studie gewünscht {Karapinar 2010 #166} {Prosser 2005 #326} {Roth-Isigkeit 2005 #227} {Lipman 2004 #325} {Robertson 2003 #188}.

Die Diskussionen machen deutlich, dass der mediale Einfluss (im Beispiel hier aus dem Radio) eine bedeutende Auswirkung auf die fortführende Behandlung und das bestehende Arzt-Patienten-Verhältnis hat. In diesem Fall muss sich der Hausarzt eine alternative Behandlungsstrategie für den Patienten überlegen, da er die neue Therapie nun nach Informationen aus den Medien ablehnt. Vergleichsstudien bestätigen, dass Patienten mit internetbasierten Vorinformationen in der Arztpraxis erscheinen und spezifische Erwartungen bspw. Behandlungswünsche haben {Kirschning 2004 #277}{Boston Consulting Group 30.04.2001 #306} {Denekens 2002 #272}. Ärzte reagieren darauf interessiert, irritiert, anerkennend oder aber auch überfordert. Übereinstimmend mit den Ergebnissen der eigenen Studie werden Entscheidungen informierter Patienten neben der Beratung des Arztes auch von anderen Informationsquellen beeinflusst, wobei einige Patienten eine ärztlich empfohlene Therapie aufgrund von Internetinformationen nicht beginnen oder abbrechen {Kirschning 2004 #277}. Auch werden informierte Patienten von anderen befragten Ärzten aufgrund der langen Diskussionen als anstrengend, schwierig und fordernd empfunden {Baumgart 27.12.2010 #280}. Gleichzeitig wird aber auch hier die verbesserte Compliance bei zusätzlichen Informationen und besserem Krankheitsverständnis als positiv hervorgehoben {Baumgart 27.12.2010 #280}. Die befragten Hausärzte sind sich im Wesentlichen darin einig, dass der Patient Entscheidungen mittrifft (nicht alleine, aber gemeinsam mit dem Arzt) und begrüßen die Praxis des Shared-Decision-Making, da die Patienten so partizipativ in die Verantwortung für ihre Gesundheit und Genesung genommen würden.

4.3.2 Limitation der Ergebnisse

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Limitationen zu beachten. Fokusgruppen werden unterschiedlich definiert. So reichen die Beschreibungen von organisierter Diskussion {Kitzinger 1994 #367}, über gemeinsame Aktivität {Powell RA 1996 #404} bis hin zu Interaktionen {Kitzinger 1995 #365}. Diese Methodik ist besonders dafür geeignet, um Einstellungen, Gefühle, Erfahrungen und Reaktionen zu erfassen. Limitierungen ergeben sich jedoch aus der eingeschränkten Kontrolle des Moderators über die produzierten Daten (Morgan 1988) {Gibbs A 1997 #405}. Außerdem ist es im Umfeld der Fokusgruppe nicht sicher herauszuarbeiten, welche Aussagen wirklich als individuelle, ganz persönliche Aussagen zu identifizieren sind. Weitere methodische Einschränkungen ergeben sich aus der unterschiedlichen Stichprobenanzahl (N1=9, N2=20) der durchgeführten Fokusgruppeninterviews. So kann es zum Beispiel in der größeren Fokusgruppe dazu geführt haben, dass nicht alle Teilnehmer ausreichend Gesprächs- und Diskussionszeit erhielten. Auch ist die unerfahrene Interviewerin mit möglicher Beeinflussung der Interviewteilnehmer und unterschiedlicher Leitfadenadhärenz zu beachten gewesen.

4.3.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Dieser qualitative Forschungsabschnitt zeigt, dass Fokusgruppeninterviews mit Hausärzten eine gute Möglichkeit sind, Einstellungen zu einem bestimmten Thema herauszuarbeiten und zu diskutieren. Wichtige Kernthemen zu den Einflüssen auf das hausärztliche Verschreibungsverhalten wurden erfasst.

Bezüglich des informierten Patienten wird es in Zukunft häufiger vorkommen, dass der Patient die Sprechstunde mit aktuellen, hochspezifischen und detaillierten Internetinformationen aufsucht. Der Arzt muss bewusst die Entscheidung treffen, ob diese Informationen in das aktuelle Beratungsgespräch integriert werden können {Kirschning 2004 #277}.

Um die wichtigen Kernthemen nicht nur qualitativ im Rahmen zweier Fokusgruppen zu untersuchen, sollte in der weiteren Arbeit ein quantitatives Erhebungsinstrument (Fragebogen) aus den Themengebieten der qualitativen Vorarbeit entwickelt und ausgewertet werden.

5. MACHBARKEITSSTUDIE

5.1 Design und methodische Vorgehensweise

5.1.1 Durchführung

Der Fragebogen wurde im April 2012 im Rahmen des kassenärztlichen Notdienstes in Magdeburg an zufällig ausgewählte Hausärzte verteilt. Alle innerhalb von zwei Wochen zurückgehaltenen Fragebögen wurden in die Auswertung eingeschlossen.

5.1.2 Messinstrument

Der Fragebogen (siehe Anhang 16.2) enthielt ein persönliches Anschreiben, 10 Fragenblöcke zum Verschreibungsverhalten von Hausärzten mit insgesamt 64 Items, sowie einen Block zu soziodemografischen Angaben (Alter, Geschlecht, Praxisform, Praxisgebiet, Niederlassungsjahr, Scheinzahl, Facharztbezeichnung, Zusatzqualifikationen). Im ersten Fragenblock wurde mit sechs Items die Bewertung des eigenen Medikamentenrepertoires erfragt. Fragenblock 2 umfasste fünf Items zum Umgang mit dem Rezept. Die Bewertung, insbesondere der Informationen durch die Pharmareferenten, sollte im Fragenblock drei durch sechs Items untersucht werden. Die Interaktion mit den Krankenhäusern als Einflussfaktor auf die eigenen Verschreibungen erfasste der vierte Fragenblock mit fünf Items. Fragenblock fünf prüfte die Einstellungen der befragten Hausärzte zum informierten Patienten. Der sechste und siebte Fragenblock sollte Einflussfaktoren, die für und gegen die Verordnung neuer Medikamente sprechen, herausstellen. Frage acht war eine offene Frage zur Selbstbewertung der eigenen Verordnungsroutine, Fragenblock neun eine Zusammenfassung spezifischer Einflussfaktoren auf das Verordnungsverhalten mit insgesamt 19 Items. Die abschließende offene Frage sollte die Meinungen der befragten Hausärzte zu Ergänzungsvorschlägen und Verbesserungsmöglichkeiten bezüglich der Pharmakotherapie in der Hausarztpraxis erfragen.

Der Fragebogen wies somit den offenen und geschlossenen Fragetypus auf. Die Untersuchung wurde mit einer 6-Punkte-Skala mit dem Antwortformat von 1 (stimme voll und ganz zu/ trifft voll und ganz zu) bis 6 (stimme überhaupt nicht zu/ trifft überhaupt nicht zu) durchgeführt.

5.1.3 Datenanalysen

Die Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichungen erfolgte mithilfe des Statistikprogrammes SPSS, Version 15.0.

5.1.4 Ziel dieser Studie

In dieser Studie wurde der Fragebogen hinsichtlich seiner Praxistauglichkeit in Durchführbarkeit, Akzeptanz und Verständlichkeit analysiert. Durch die Expertenmeinungen (befragte Hausärzte) konnte eine schrittweise Itemselektion erfolgen. Unverständliche, inhaltlich unpassende (wurden von den Hausärzten markiert, unterstrichen oder mit Fragezeichen und Kommentaren versehen) und von den Hausärzten nicht beantwortete Fragen wurden für den endgültigen Fragebogen herausgenommen oder modifiziert.

5.2. Ergebnisse

5.2.1 Stichprobe

Insgesamt wurden in zwei Wochen 14 Fragebögen beantwortet.

Das Durchschnittsalter der beteiligten Hausärzte lag bei 58,4 Jahren. 21,4 % der antwortenden Hausärzte waren weiblich (Tab.3).

Eigenschaften	Hausärztekollektiv
Alter	Durchschnittsalter 58,4 Jahre
	Range von 42-71 Jahren
Geschlecht <ul style="list-style-type: none">• Weiblich• männlich	n= 3
	n=11
Niederlassungsjahre	1990-2011
Praxisform <ul style="list-style-type: none">• Einzelpraxis• Praxisgemeinschaft• Gemeinschaftspraxis• MVZ• andere	n= 5
	n= 2
	n= 6
	n= 0
	n= 0
Praxisgebiet <ul style="list-style-type: none">• >50000• 25000-50000• 10000-25000• 5000-10000• <5000	n= 10
	n= 0
	n= 4
	n= 0
	n= 0
Scheinzahl/Quartal	Im Durchschnitt 1412,5 Scheine

Tab. 3 Hausärztekollektiv der Machbarkeitsstudie, N=14

Statistische Berechnungen erfolgten für die geschlossenen Fragen. Dabei wurden Mittelwerte (\bar{x}) und Standardabweichungen (SD) für jedes einzelne Item errechnet, welche in Tabelle 4 dargestellt sind. Die kursiv geschriebenen Items wurden in dieser oder gering modifizierter Form im weiteren Fragebogen verwendet.

Berechnungen der Reliabilitäten konnten aufgrund der kleinen Stichprobe (N=14) nicht durchgeführt werden.

Subskala	Items	\bar{x}	SD
Medikamenten-repertoire	Ich probiere gern neue Medikamente.	3,0000	1,46760
	Ich greife gern auf bewährte Medikamente zurück.	1,3571	0,63332
	<i>Ich glaube, mein Repertoire wird durch Neuheiten, die auf den Markt kommen, verbessert.</i>	3,8571	1,23146
	<i>Ich bin der Meinung, neue Medikamente entstehen nur aus der Profitgier der Pharmaindustrie.</i>	4,5714	1,22250
	Mein Repertoire wird ständig von neuen Medikamenten überflutet.	4,2143	1,36880
	<i>Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler.</i>	2,0000	1,41421
Rezeptblock	<i>Durch ein Rezept erfülle ich vor allem die Erwartungen meiner Patienten.</i>	2,4286	1,45255
	Es hängt vor allem von mir ab, ob ich ein Rezept ausstelle oder nicht.	2,0000	1,03775
	<i>Oft stelle ich ein Rezept nur aus, damit der Patient zufrieden ist.</i>	2,0000	1,24035
	Ich stelle Rezepte nur so selten wie möglich aus.	4,0714	1,32806
	Ich finde es besonders wichtig, dass ich Rezepte niemals leichtfertig ausstelle.	1,5714	1,15787
Pharmaindustrie	<i>Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.</i>	3,0000	1,17670
	Ich wurde schon durch Pharmareferenten manipuliert.	2,7857	1,57766
	Ich empfange gern Pharmareferenten.	3,7857	1,47693
	Der Besuch von Pharmareferenten kostet zu viel Zeit.	3,6429	1,64584
	<i>Durch Fortbildungen der Pharmaindustrie erhalte ich einen guten Wissenszuwachs.</i>	3,4286	1,39859
	<i>Ich nehme gerne an Fortbildungen der Pharmaindustrie teil.</i>	3,1429	1,40642
Interaktion mit Krankenhaus	Als Hausarzt wird man oft nicht ausreichend in die Entlassungsmedikation eingebunden.	1,9286	1,14114
	<i>Die Überprüfung der Entlassungsmedikation sollte nicht Aufgabe der Hausärzte sein.</i>	3,7857	1,47693
	<i>Ich bin der Meinung, es erfolgen zu selten Rücksprachen seitens der Krankenhausärzte.</i>	1,9286	1,07161
	Die weitere Versorgung des Patienten durch das Krankenhaus wird selten gut organisiert.	2,2143	0,89258
	<i>Ich habe den Eindruck, dass Freitag-Nachmittag-Entlassungen zu häufig vorkommen.</i>	2,5714	1,34246
Informierter Patienten	Ich finde es wichtig, dass Patienten mir mitteilen, wenn sie anderer Meinung sind.	5,50000	0,65044
	Ich finde es wichtig, dass sich Patienten über ihre Situation gut informieren.	5,5714	0,75593
	Die Behandlungsentscheidung sollte immer beim Arzt liegen.	2,0000	1,24035
	<i>Manchmal stört es mich, dass Patienten mit ihrem Halbwissen Therapieentscheidungen selbst treffen wollen.</i>	2,2143	1,18831
	<i>Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden.</i>	2,3571	1,54955
	Ich bin der Meinung der informierte Patient ist eher misstrauisch und erschwert damit die Behandlung.	3,2857	1,32599
	<i>Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnung Einfluss nehmen.</i>	3,6429	1,27745

Ergebnisse der Machbarkeitsstudie

	Ich finde es gut, wenn Therapieentscheidungen zusammen mit dem Patienten zu treffen sind.	5,4286	0,75593
Für neue Medikamente, wenn...	- ...die Leitlinien es empfehlen	2,9286	1,14114
	- ...es einen niedrigen Preis hat	3,5000	1,22474
	- ...die Therapie damit erfolgreicher sein kann	1,7857	0,69929
	- ...ich Behandlungserfolge von Kollegen gehört habe	2,5714	1,08941
	- ...es auf einer Fortbildung empfohlen wurde	3,2857	1,13873
	- ...es der Pharmareferent empfohlen hat	4,2308	1,16575
	- ...ich die Krankenhausverordnung fortsetze	2,9286	0,82874
	- ...die Fachinformation überzeugt.	2,8571	1,35062
	- ...ich es mir selber auch nicht vorenthalten würde, wenn es eine echte Innovation ist.	2,0000	0,81650
Gegen neue Medikamente, wenn...	- ...ich kritische wissenschaftliche Studien dazu gelesen habe	2,1429	0,86444
	- ...es zu teuer ist	3,4286	1,65084
	- ...es keine „echte“ Innovation ist	1,9286	1,32806
	- ...ich ganz neue Medikamente sowieso nicht einsetze	3,8571	1,65748
	- ...ich ganz neue Medikamente nicht gleich einsetze	3,3571	1,64584
	- ...ich nicht immer der Erste sein muss.	3,2857	1,68379

Tab. 4 Ergebnisse der Einzelitems, (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6=trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu, \bar{x} = Mittelwert, SD= Standardabweichung)

5.2.2 Einfluss von Alter und Geschlecht der Hausärzte auf ihr Antwortverhalten

Die Berechnungen ergaben, dass das Alter keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten der Hausärzte aufweist. Das Geschlecht der Hausärzte hingegen hat einen Einfluss auf die Itembeantwortung (Tab.5).

Items	M männlich	M weiblich	p
Ich probiere gern neue Medikamente.	2,6364	4,3333	.012
Ich greife gern auf bewährte Medikamente zurück.	1,3636	1,3333	.942
<i>Ich glaube, mein Repertoire wird durch Neuheiten, die auf den Markt kommen, verbessert.</i>	3,7273	4,3333	.574
<i>Ich bin der Meinung, neue Medikamente entstehen nur aus der Profitgier der Pharmaindustrie.</i>	4,4545	5,0000	.477
Mein Repertoire wird ständig von neuen Medikamenten überflutet.	4,1818	4,3333	.887
<i>Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler.</i>	2,0000	2,0000	1.000
<i>Durch ein Rezept erfülle ich vor allem die Erwartungen meiner Patienten.</i>	2,1818	3,3333	.443
Es hängt vor allem von mir ab, ob ich ein Rezept ausstelle oder nicht.	1,8182	2,6667	.441
<i>Oft stelle ich ein Rezept nur aus, damit der Patient zufrieden ist.</i>	2,0000	2,0000	1.000
Ich stelle Rezepte nur so selten wie möglich aus.	4,0000	4,3333	.755
Ich finde es besonders wichtig, dass ich Rezepte niemals leichtfertig ausstelle.	1,7273	1,0000	.087
<i>Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.</i>	3,0909	2,6667	.433
Ich wurde schon durch Pharmareferenten manipuliert.	2,7273	3,0000	.842
Ich empfange gern Pharmareferenten.	4,0909	2,6667	.031
Der Besuch von Pharmareferenten kostet zu viel Zeit.	3,5455	4,0000	.712

Ergebnisse der Machbarkeitsstudie

<i>Durch Fortbildungen der Pharmaindustrie erhalte ich einen guten Wissenszuwachs.</i>	3,7273	2,3333	.249
<i>Ich nehme gerne an Fortbildungen der Pharmaindustrie teil.</i>	3,3636	2,3333	.266
Als Hausarzt wird man oft nicht ausreichend in die Entlassungsmedikation eingebunden.	1,8182	2,3333	.628
<i>Die Überprüfung der Entlassungsmedikation sollte nicht Aufgabe der Hausärzte sein.</i>	3,6364	4,3333	.530
<i>Ich bin der Meinung, es erfolgen zu selten Rücksprachen seitens der Krankenhausärzte.</i>	1,8182	2,3333	.537
Die weitere Versorgung des Patienten durch das Krankenhaus wird selten gut organisiert.	2,1818	2,6667	.335
<i>Ich habe den Eindruck, dass Freitag-Nachmittag-Entlassungen zu häufig vorkommen.</i>	2,4545	2,6667	.707
Ich finde es wichtig, dass Patienten mir mitteilen, wenn sie anderer Meinung sind.	5,5455	5,3333	.783
Ich finde es wichtig, dass sich Patienten über ihre Situation gut informieren.	5,6364	5,3333	.700
Die Behandlungsentscheidung sollte immer beim Arzt liegen.	1,9091	2,3333	.616
<i>Manchmal stört es mich, dass Patienten mit ihrem Halbwissen Therapieentscheidungen selbst treffen wollen.</i>	2,1818	2,3333	.854
<i>Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden.</i>	2,4545	2,0000	.578
Ich bin der Meinung der informierte Patient ist eher misstrauisch und erschwert damit die Behandlung.	3,0000	4,3333	.265
<i>Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnung Einfluss nehmen.</i>	3,8182	3,0000	.082
Ich finde es gut, wenn Therapieentscheidungen zusammen mit dem Patienten zu treffen sind.	5,4545	5,3333	.876

Tab. 5 Antwortverhalten im Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Hausärzten, (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6=trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu, \bar{x} = Mittelwert, SD= Standardabweichung, gelb hinterlegte Spalten= signifikant, Tendenz zur Signifikanz)

Ein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Hausärzten besteht bei der Beantwortung von Item 1 (Ich probiere gern neue Medikamente.) und Item 14 (Ich empfange gern Pharmareferenten). Dabei zeigt sich, dass Hausärztinnen weniger gern neue Medikamente ausprobieren als ihre männlichen Kollegen. Im Gegensatz dazu empfangen die weiblichen Hausärzte lieber Pharmareferenten. Eine Tendenz zur Signifikanz weisen Item 11(Ich finde es besonders wichtig, dass ich Rezepte niemals leichtfertig ausstelle) und Item 29 (Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnung Einfluss nehmen) auf. Dabei stellt sich heraus, dass weibliche Hausärzte es als besonders wichtig empfinden, Rezepte niemals leichtfertig auszustellen. Eher zustimmend als ihre männlichen Hausarztkollegen äußern sich die Hausärztinnen darüber, dass sie es nicht gut finden, wenn Patienten Einfluss auf ihre Verordnungen nehmen.

5.3. Diskussion

5.3.1 Bewertung der Untersuchungsergebnisse

Im Rahmen der durchgeführten Studie wurde untersucht, inwieweit der auf der qualitativen Voruntersuchung basierende Fragebogen praxistauglich ist und für die weitere Untersuchung der Einstellungen der Hausärzte zu den Einflussfaktoren ihres Verschreibungsverhaltens verwendet werden kann.

Insgesamt wurden die Daten von 14 durch Hausärzte beantwortete Fragebögen ausgewertet. Durchschnittlich waren sie 58,4 Jahre alt. Über $\frac{3}{4}$ der befragten Hausärzte waren männlich. Der überwiegende Anteil arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis (42,9%) oder in einer Einzelpraxis (35,7%). Knapp ein Drittel der einbezogenen Ärzte hat die Praxis in einem Gebiet mit 10000-25000 Einwohnern, demzufolge nicht in Magdeburg. Der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zufolge waren im Jahr 2012 1626 Hausärzte an der vertragsärztlichen Versorgung in Sachsen-Anhalt beteiligt, davon 577 männliche Hausärzte. Das Durchschnittsalter liegt dem Arztreister der kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt nach bei 53,13 Jahren (Stand 05.10.2011). Im Vergleich mit der Stichprobe der hier durchgeführten Machbarkeitsstudie liegt das befragte Kollektiv mit dem Durchschnittsalter und dem Anteil männlicher Hausärzte über dem Durchschnitt der Hausärztesverteilung in Sachsen Anhalt. Diese Unterschiede sind mit der Notfalldienstordnung nicht zu erklären. Nach der Regelung des § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V und den Bestimmungen der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt sind alle niedergelassenen Ärzte und die bei Vertragsärzten sowie in Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet (KVSA, Bereitschaftsdienst) {Schulin 2010 #384}. Aufgrund der kleinen Stichprobe dieser Studie sind die Zahlen nur eingeschränkt vergleichbar und Erklärungen für Unterschiede nur gering aussagekräftig.

Männliche Hausärzte probieren im Vergleich zu ihren weiblichen Kolleginnen gerne neue Medikamente aus, empfangen aber weniger gern Pharmareferenten. Eher weniger zustimmend als die befragten Hausärztinnen reagieren die Hausärzte auf die Aussage, dass sie es nicht gut finden, wenn die Patienten Einfluss auf ihre Verordnungen nehmen. Dass Rezepte nicht leichtfertig ausgestellt werden, ist den weiblichen Hausärzten besonders wichtig. In einer Vergleichsstudie zeigt sich

übereinstimmend mit den eigenen Ergebnissen, dass männliche Ärzte im Vergleich zu weiblichen Ärzten, Patientenerwartungen in Bezug auf ihre Behandlungsentscheidung mitbetrachten {Shawn 2005 #270}. Widersprüchlich dazu finden sich in anderen Untersuchungen Ergebnisse, die dafür sprechen, dass weibliche Ärzte patientenzentriertere Kommunikationen führen und partnerschaftliches Verhalten fördern. Ob dies jedoch auch zu Einflüssen auf das Verschreibungsverhalten führt oder nur die reine Kommunikation betrifft, lässt sich aus den Studien nicht ableiten {Roter 2004 #274}{Prof. Dr. med. Faust V #406}. Dass männliche Hausärzte höhere Verschreibungsichten neuer Medikamente aufweisen, wird auch in der Literatur bestätigt {Tamblyn 2003 #317}.

5.3.2 Problematische Aspekte

Für die vorliegende Untersuchung wurden Hausärzte, die während ihres kassenärztlichen Notdienstes die notwendige Zeit und Motivation zur Beantwortung des Fragebogens hatten, erfasst. Limitierend ist dabei vor allem die geringe Stichprobenzahl mit N=14 Hausärzten. Nicht ausreichend repräsentativ aufgrund der Anzahl der befragten Hausärzte, ebenso wie aus Sicht der Alters- und Geschlechtsverteilung der Beteiligten.

5.3.3 Fazit und Schlussfolgerung

Das Ziel der Machbarkeitsstudie, einen überarbeiteten Fragebogen zur Befragung eines größeren Hausärztekollektivs zu erarbeiten, konnte erreicht werden. Dabei wurde insgesamt besonders darauf geachtet, dass die Items verständlich und klar formuliert sind. Außerdem wurden die Vermeidung von Redundanz und Reduktion der Kosten (bei Versendung des Fragebogens durch Reduzierung der Itemzahl) mit berücksichtigt.

Bei der Auswertung der Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zeigte sich, dass das Geschlecht der Hausärzte zu unterschiedlichen Einstellungen bezüglich einiger Aussagen zum Verschreibungsverhalten führt. Dies sollte auch in den weiterführenden Untersuchungen betrachtet werden.

6. QUANTITATIVE STUDIE

6.1 Design und methodische Vorgehensweise

6.1.1 Durchführung

Die Fragebögen wurden von Juni bis Juli 2012 mit Hilfe der kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts an zufällig ausgewählte Hausärzte aus Sachsen-Anhalt per Post versandt. Die bis zehn Wochen nach Anschreiben per Faxantwort an das Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg zurückgesendeten Fragebögen wurden in die Auswertung eingeschlossen.

6.1.2 Messinstrument

Der Fragebogen (siehe Anhang 16.3) enthielt sieben Fragenblöcke mit insgesamt 30 Items zu verschiedenen Themen der hausärztlichen Verschreibungen, welche aus der qualitativen Studie hervorgegangen sind, sowie Fragen zu den soziodemografischen Angaben: Alter, Geschlecht, Praxisform, Praxisgebiet, Niederlassungszeitpunkt und Scheinzahl pro Quartal. Die Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten wurde durch einen achten Fragenblock mit insgesamt sechs Items erfasst. Diese sechs Items wurden aus ökonomischen Gründen aus der deutschen Originalskala von Lück mit insgesamt 23 Items ausgewählt {Lück #311}: 1) Manchmal bin ich neidisch, wenn andere Glück haben. 2) Ich bin immer höflich, auch zu unangenehmen Leuten. 3) Wenn ich etwas nicht weiß, gebe ich es ohne Zögern zu. 4) Ich finde es nicht besonders schwierig, mit lauten unangenehmen Leuten auszukommen. 5) Ganz gleich, mit wem ich mich unterhalte, ich bin immer ein guter Zuhörer. 6) Manchmal bestehe ich auf Genugtuung und kann nicht vergeben und vergessen.

Der erste Fragenblock untersuchte mit drei Items, bezüglich des Medikamentenrepertoires, die Offenheit der Hausärzte neuen Medikamenten gegenüber. Fragenblock zwei enthielt vier Items zur Rolle des Rezeptes. Dabei wurde der Umgang des Hausarztes mit dem Rezept und die Funktion der Rezeptausstellung näher hinterfragt. Die Meinung zur Pharmaindustrie wurde im dritten Block (drei Items) erfragt. Der vierte Fragenblock (drei Items) erfasste die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern, insbesondere bei Entlassung der Patienten. Den Umgang mit Patienten, die sich über Krankheiten und Medikamente informieren, den sogenannten „informierten Patienten“, untersuchte der fünfte Fragenblock mit insgesamt drei Items zum Thema Therapieentscheidungen und Einflussnahme der Patienten auf

hausärztliche Verordnungen. Neun Gründe, die für und fünf Gründe, die gegen die Verordnung von neuen Medikamenten sprechen, sind in den Fragenblöcken sechs und sieben aufgeführt. Dabei soll herausgearbeitet werden, welche Faktoren für Hausärzte bei der Verordnung von neuen Medikamenten eine besondere Rolle spielen. Die abschließenden sechs Aussagen zur Selbsteinschätzung sollten das Antwortverhalten der Hausärzte auf eine Tendenz zur sozialen Erwünschtheit prüfen, da insbesondere die Fragen zum verantwortungsvollen Umgang mit dem Rezept, sowie die Meinung zur Pharmaindustrie und die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten Themengebiete sind, die in der Gesellschaft kritisch betrachtet werden und somit die Prüfung auf sozial erwünschte Antworttendenzen zur Interpretation der Ergebnisse sinnvoll ist.

Der Fragebogen wies ausschließlich den geschlossenen Fragentypus und die 6-Punkte-Skala-Antwortmöglichkeit (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6= trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu) auf.

Zur Maximierung der Rücklaufquote wurden in Anlehnung an Dillmann die Fragebögen mit einem persönlichen Anschreiben an die Hausärzte versandt {Dillman 1978 #266}.

6.1.3 Datenanalysen

Die anschließende quantitative Datenanalyse erfolgte mittels SPSS 15.0. Zunächst wurde eine deskriptive Analyse durchgeführt und die Ergebnisse tabellarisch und in Diagrammen dargestellt. Für alle stetigen Variablen (z.B. Alter der Hausärzte) erfolgten die Berechnungen der Mittelwerte, Mediane, Varianzen und Standardabweichungen. Für alle dichotomen Variablen (z.B. Geschlecht der Hausärzte) wurden Häufigkeiten und Prozentwerte errechnet. Weiterhin wurden die Korrelationen zwischen den einzelnen Items berechnet. Vergleichsberechnungen der Stichproben-Untergruppen erfolgten mittels t-Test, Welchtest, sowie Korrelationsanalysen. Als signifikant wurden Mittelwertdifferenzen mit $p \leq 0,05$ erachtet.

6.1.4 Itemanalyse und Itemselektion

Zum Abschluss erfolgte die statistische Itemanalyse. Die interne Konsistenz jeder Subskala wurde durch die Berechnung des Cronbach's alpha untersucht. Dies liefert eine Schätzung zur Reliabilität und stellt heute die Standardmethode zur Schätzung der inneren Konsistenz dar {Bühner 2006 #265}.

Des Weiteren wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA; Varimax-Rotation) zur Bestätigung der Fünf-Faktoren-Matrix durchgeführt. Bei der CFA wird ein Modell auf seine Passung mit den Daten untersucht {Bühner 2006 #265}. In dieser Studie war die Analyse deswegen geeignet, da bereits ein theoretisches Vorwissen durch die Fokusgruppeninterviews über das zu testende Modell bestand.

6.1.5 Soziale Erwünschtheit

Für die Analyse der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit im Antwortverhalten der Hausärzte erfolgte ein Mediansplit der Stichprobe in zwei Gruppen mit hoher und niedriger Tendenz.

6.2 Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurden Untersuchungen zum Verschreibungsverhalten von niedergelassenen Hausärzten in Sachsen-Anhalt durchgeführt, um herauszufinden wie einzelne Einflussfaktoren, die aus der qualitativen Studie herausgearbeitet wurden, von den Hausärzten zu ihrem eigenen Verschreibungsverhalten bewertet werden und inwiefern die Erwartungen der Patienten im Verschreibungsprozess eine Rolle spielen. Außerdem sollte überprüft werden, ob die befragten Hausärzte bei der Beantwortung ihres Fragebogens einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unterliegen.

6.2.1 Darstellung der Stichprobe

Von den 500 versandten Fragebögen wurden 218 per Faxantwort an das Institut für Allgemeinmedizin zurückgeschickt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 43,6 Prozent.

Nicht alle antwortenden Hausärzte haben den Fragebogen bezüglich der soziodemografischen Daten vollständig ausgefüllt (Tabelle 6).

Demografische Daten	beantwortet	nicht beantwortet
Alter	209	9
Geschlecht	211	7
Niederlassungsjahr	206	12
Praxisform	194	24
Praxisstandort	209	9
Scheinzahl	201	17

Tab. 6 Fehlwerte der Stichprobe zu soziodemografischen Angaben

Von den 218 zurückerhaltenen Fragebögen waren 59,2% der antwortenden Ärzte weiblich.

Die Altersspanne der Hausärzte lag zwischen 33 und 76 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 52,5 Jahre. Die Alters- und Geschlechtsverteilung ist in Abbildung 2 dargestellt.

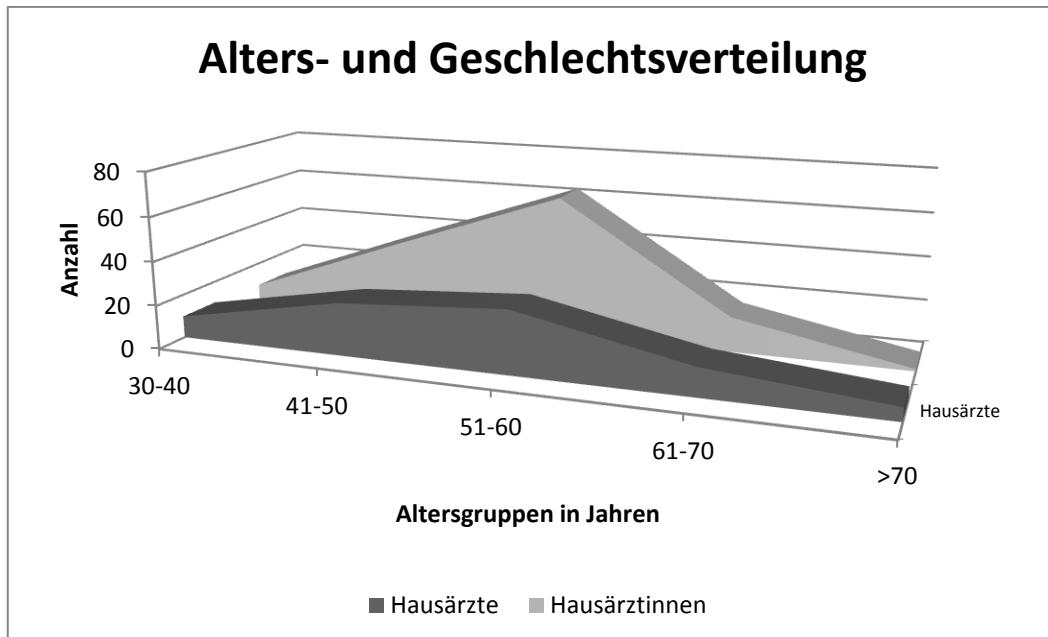


Abb. 2 Alters- und Geschlechtsverteilung der befragten Hausärzte

Die Zeitpunkte der Niederlassungen erstreckten sich von 1989 bis 2012, wobei die Hauptniederlassungsjahre 1990 bis 1992 (47,7%, N=104) waren (Abb. 3).

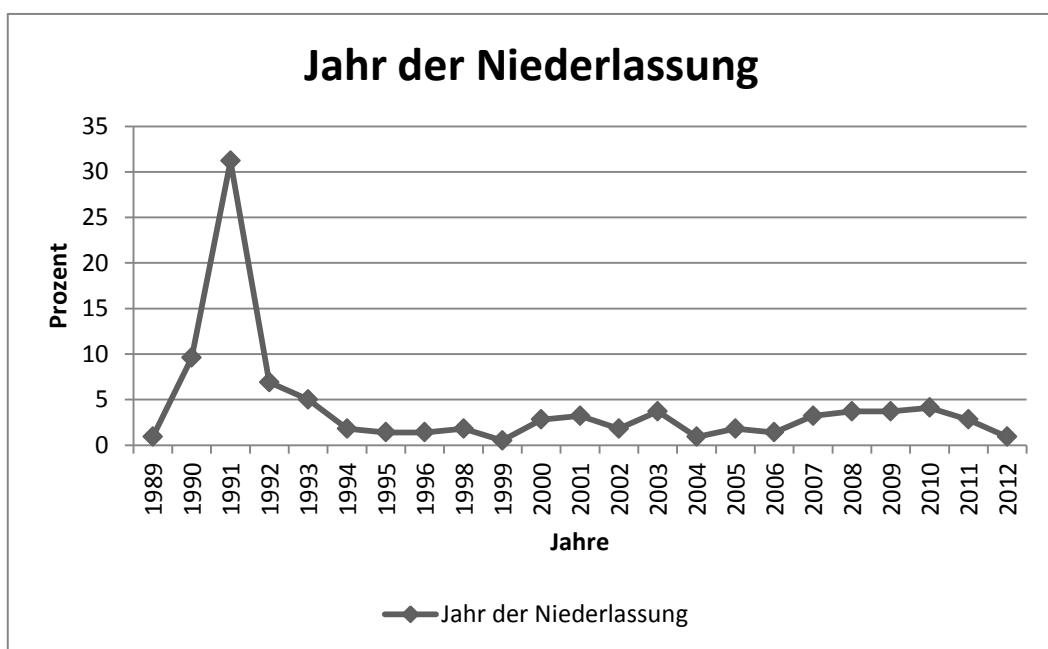


Abb. 3 Jahr der Niederlassung der befragten Hausärzte

62,8 % (N=137) der antwortenden Hausärzte arbeiten in einer Einzelpraxis, 12,8% (N=28) in einer Praxisgemeinschaft, 10,6% (N=23) in einer Gemeinschaftspraxis und 1,8% (N=4) in einem MVZ. 0,9 % (N=2) gaben sonstige Praxisformen an. 24 Ärzte wurden aus diesen Berechnungen ausgeschlossen, da sie keine Praxisform angekreuzt haben.

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

Die durchschnittliche Scheinzahl pro Quartal lag bei 1305 (Median 1200 Scheine; Standardabweichung 537,13; Minimum 250 Scheine; Maximum 5000 Scheine).

Zusammenfassend sind in der nachfolgenden Tabelle 7 alle erhobenen soziodemografischen Daten dargestellt.

Eigenschaften	Hausärztekollektiv
Alter	Durchschnittsalter 52,5 Jahre
	Spanne von 33-76 Jahren
Geschlecht <ul style="list-style-type: none">• Weiblich• männlich	59,2% (n=129)
	37,6% (n=82)
Niederlassungsjahre	Spanne von 1989-2012
Praxisform <ul style="list-style-type: none">• Einzelpraxis• Praxisgemeinschaft• Gemeinschaftspraxis• MVZ• andere	62,8 %
	12,8 %
	10,6 %
	1,8 %
	0,9 %
Praxisgebiet <ul style="list-style-type: none">• >100000• 50000-100000• 10000-50000• 5000-10000• <5000	26,6 %
	9,6 %
	21,6 %
	15,1 %
	22,9 %
Scheinzahl/ Quartal	Im Durchschnitt 1305 Scheine

Tab. 7 Soziodemografische Daten des Hausärztekollektivs

6.2.2 Ergebnisse der Itembeantwortungen

Tabelle 8 stellt eine Übersicht zu den Ergebnissen der Antworten der einzelnen Items des Fragebogens dar.

Subskalen	Items	\bar{x}	SD
Medikamentenrepertoire	Ich glaube, mein Repertoire wird durch Neuheiten, die auf den Markt kommen, verbessert.	2,60	1,13
	Ich bin der Meinung, neue Medikamente entstehen nur aus der Profitgier der Pharmaindustrie.	4,46	1,27
	Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler.	2,22	1,38
Rezeptblock	Durch ein Rezept erfülle ich oft nur die Erwartungen meiner Patienten.	4,51	1,32

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

	Manchmal stelle ich ein Rezept aus, damit der Patient zufrieden ist.	4,52	1,39
	Rezepte sind hilfreich, um die Konsultation abzuschließen.	4,28	1,46
	Durch ein Rezept sage ich dem Patienten, dass ich ihm helfen kann.	3,56	1,66
Pharmaindustrie	Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.	2,84	1,24
	Durch Fortbildungen der Pharmaindustrie erhalte ich einen guten Wissenszuwachs.	2,72	1,24
	Ich nehme gerne an Fortbildungen der Pharmaindustrie teil.	2,93	1,44
Interaktion mit Krankenhaus	Die Überprüfung der Entlassungsmedikation sollte nicht Aufgabe der Hausärzte sein.	4,54	1,66
	Ich bin der Meinung, es erfolgen zu selten Rücksprachen seitens der Krankenhausärzte.	2,24	1,37
	Ich habe den Eindruck, dass Freitag-Nachmittag-Entlassungen zu häufig vorkommen	2,81	1,56
Informierte Patienten	Manchmal stört es mich, dass Patienten mit ihrem Halbwissen Therapieentscheidungen selbst treffen wollen.	2,47	1,43
	Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden.	2,72	1,36
	Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnungen Einfluss nehmen.	3,08	1,45

Tab. 8 Ergebnisse der Einzelitems (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6= trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu, \bar{x} = Mittelwert, SD= Standardabweichung)

Die Fragenblöcke sechs und sieben beziehen sich auf spezifische Einflussfaktoren, die für oder gegen die Verordnung neuer Medikamente sprechen. Die nachfolgenden Diagramme veranschaulichen die Mittelwerte der hausärztlichen Antworten zu diesem Themenblock (Abb. 4, Abb. 5).

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

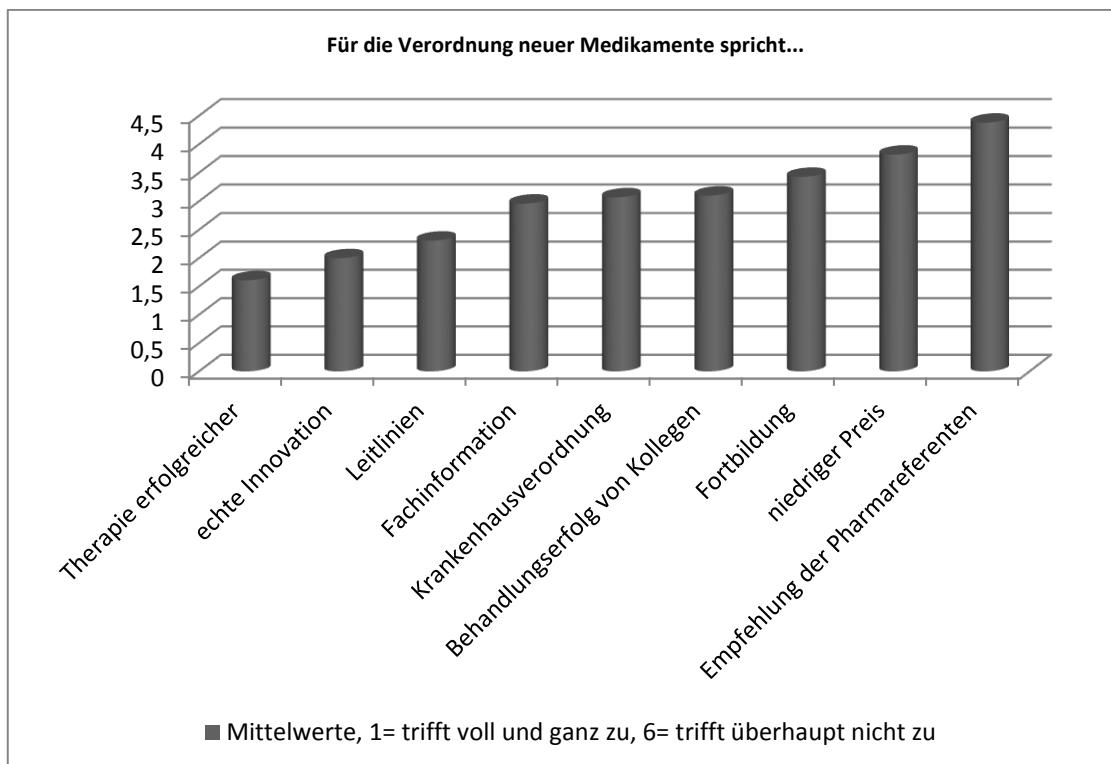


Abb. 4 Einflussfaktoren bei der Verordnung neuer Medikamente

Die Berechnungen zeigen, dass die Aussicht auf eine erfolgreichere Therapie, eine echte Innovation, Empfehlungen der Leitlinien und eine gute Fachinformation dafür sprechen, neue Medikamente zu verordnen. Weniger Einfluss gaben die Befragten bezüglich des Preises, der Kollegen, Fortbildungen und Pharmareferenten an.

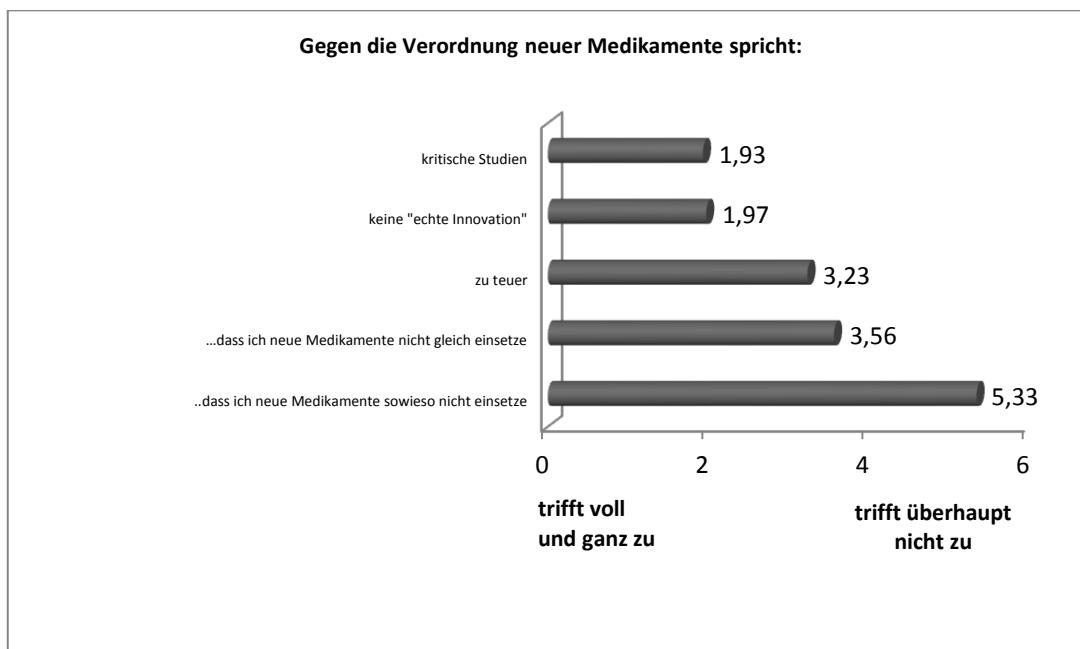


Abb. 5 Einflussfaktoren gegen die Verordnung neuer Medikamente

Diese Abbildung zeigt, dass kritische Studien und der fehlende Glaube an eine echte Innovation häufig gegen die Verordnung neuer Medikamente spricht.

6.2.3 Bildung der Subskalen

Um bewerten zu können, wie gut die einzelnen Items zu einer Subskala zusammengeführt werden können, wurde die konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) {Glasgow 2005 #291} durchgeführt und Reliabilitäten berechnet. Alle 16 Items wurden in die Faktorenanalyse (Tabelle 9) eingeschlossen. Dabei wurde herausgearbeitet, wie gut die Daten in die Fünf-Komponenten-Strukturmatrix passen. Die erklärte Gesamtvarianz (Varianz, die durch die fünf Faktoren erklärt wird) beträgt 63,3 %.

Faktoren Einzelitems \	Pharma- industrie	Informierter Patient	Rezept	Medikamenten- repertoire	Kranken- haus
Repertoire durch Neuheiten verbessert	0,212	0,006	0,067	-0,679*	-0,117
Neue Medikamente aus Profitgier der Pharmaindustrie	-0,210	0,006	0,062	0,717*	0,044
Weniger Medikamente erhalten Übersicht	-0,055	0,330	0,109	0,533*	-0,066
Rezept erfüllt Patientenerwartungen	0,096	0,061	0,608*	0,463	-0,002
Rezept für Zufriedenheit	-0,032	-0,049	0,729*	0,205	-0,103
Rezepte für Konsultationsabschluss	0,062	0,001	0,806*	-0,047	0,174
Rezept zur Hilfe	0,012	0,223	0,640*	-0,328	-0,028
Hilfreiche Fachinformationen durch Pharmareferenten	0,811*	0,212	0,077	-0,247	0,049
Wissenszuwachs durch Pharmaindustrie	0,939*	0,066	-0,001	-0,151	0,013
Teilnahme an Pharmaindustrie- fortbildungen	0,921*	0,039	0,031	-0,106	0,035
Entlassungsmedikation überprüfen	0,168	0,002	-0,094	0,090	0,524*
Seltene Rücksprachen mit Krankenhausärzten	-0,059	0,079	0,062	-0,115	0,778*
Häufig Freitag- Nachmittag-Entlassungen	-0,052	0,065	0,086	0,110	0,803*
Patienten mit Halbwissen treffen Therapieentscheidungen	0,180	0,694*	0,145	0,108	0,216
Entscheidungen vom Patienten akzeptiert	0,122	0,823*	0,035	-0,085	0,064
Einfluss der Patienten auf Verordnungen	0,002	0,829*	-0,049	0,162	-0,063
Cronbach's alpha	0,906	0,747	0,653	0,547	0,503

Tab. 9 Faktorladungen, Ladung > 0,5= *, Reliabilitäten mit Angabe von Cronbach's alpha

Die oben dargestellte Tabelle 9 zeigt alle Faktorladungen, basierend auf der Fünf-Komponentenstruktur, sowie das Cronbach's alpha für die Reliabilität. Hohe Ladungen für die spezifischen Faktoren mit $\alpha > 0,50$ wurden mit einem Sternchen gekennzeichnet. Betrachtet man die Faktorladungen so zeigen alle Items innerhalb des spezifischen

Faktoren die höchsten Ladungen und können daraus abgeleitet zu fünf verschiedenen Subskalen zusammengefasst werden.

1. Subskala: Offenheit für neue Medikamente

Die Faktorenanalyse ergab für den Faktor Medikamentenrepertoire Ladungen von 0,533 bis 0,717. Die bestätigte Subskala misst die Offenheit der Hausärzte gegenüber neuen Medikamenten. Zwei Items waren negativ gepolt. Die Reliabilität ist 0,547. Der Gesamtmittelwert für die drei Items dieser Skala beträgt 3,3.

2. Subskala: Umgang mit Rezepten

Subskala 2 hinterfragt die Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens durch die Erwartungen der Patienten und die Verwendung des Rezeptes als Handlungsinstrument des Hausarztes. Die Ladungen von 0,608 bis 0,806 konnten zum Faktor Rezeptblock errechnet werden. Der Gesamtmittelwert berechnet sich für Item eins bis vier mit 4,2.

3. Subskala: Einstellungen zu Pharmareferenten und Pharmaindustrie

Ob die Pharmaindustrie und der Pharmareferent zum Informationsgewinn führen und wie die befragten Hausärzte diesen Einflussfaktor bewerten, stellt Subskala 3 heraus. Die Analyse der Faktoren ergab Ladungen von 0,811 bis 0,939. Der berechnete Gesamtmittelwert ist 2,9.

4. Subskala: Sichtweisen zur Interaktion mit Krankenhäusern

Die vierte Subskala erfragt die Qualität der Interaktion mit den Krankenhäusern. Die berechneten Faktorenladungen für die Items eins bis drei lagen zwischen 0,524 und 0,803. Der Mittelwert für diese Subskala betrug 3,2.

5. Subskala: Umgang mit dem „informierten Patienten“

Subskala fünf hinterfragt die Beurteilung der Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens durch den informierten Patienten. Die Ladungen der Faktorenanalyse zum spezifischen Faktor waren 0,694 bis 0,829, der Gesamtmittelwert 2,75.

Untergruppenvergleiche

Einfluss des Geschlechtes und des Alters auf das Antwortverhalten der Hausärzte

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

Zunächst wurden die Mittelwerte der einzelnen Items in Bezug auf die Subgruppen (männlich/ weiblich, sowie Altersgruppe) berechnet und tabellarisch dargestellt.

Items	Mittelwert männliche Hausärzte	Mittelwert weibliche Hausärzte	30-40	41-50	51-60	61-70	>70
MR1	2,48	2,70	2,53	2,52	2,81	2,42	1,86
MR2	4,49	4,45	4,32	4,54	4,36	4,69	4,71
MR3	2,24	2,24	2,47	2,36	2,28	1,88	1,43
RZ1	4,57	4,47	4,42	4,46	4,66	4,46	3,43
RZ2	4,36	4,56	3,84	4,13	4,79	4,88	3,86
RZ3	4,13	4,29	3,37	4,18	4,42	4,31	4,43
RZ4	3,79	3,39	3,84	3,46	3,58	3,42	3,29
PR1	3,13	2,65	3,42	3,07	2,70	2,54	2,14
PR2	2,81	2,66	3,16	2,93	2,69	2,42	1,29
PR3	3,03	2,90	3,21	3,25	2,97	2,54	1,14
KH1	4,99	4,29	4,79	4,93	4,24	4,69	4,43
KH2	2,39	2,19	1,79	2,23	2,30	2,35	3,14
KH3	2,95	2,82	2,84	3,30	2,62	2,54	3,86
iP1	2,55	2,36	2,42	2,73	2,37	2,31	1,29
iP2	2,68	2,69	3,16	2,89	2,71	2,08	1,71
iP3	3,13	2,97	3,47	3,13	3,12	2,54	1,86

Tab. 10 Mittelwerte nach Geschlecht und Altersgruppe in Jahren, MR= Medikamentenrepertoire, RZ= Rezeptblock, PR= Pharmareferent, KH= Krankenhaus, iP= informierter Patient

Mittelwertvergleiche hinsichtlich der Subgruppen (männliche und weibliche Hausärzte) sind Tabelle 11 zu entnehmen.

Item	MR1	MR2	MR3	RZ1	RZ2	RZ3	RZ4	PR1
Sig.	0,169	0,730	0,924	0,555	0,281	0,454	0,101	0,007
Item	PR2	PR3	KH1	KH2	KH3	iP1	iP2	iP3
Sig.	0,307	0,428	0,002	0,440	0,642	0,235	0,817	0,538

Tab. 11 Welchtest zur explorativen Analyse des Geschlechtseinflusses auf das hausärztliche Antwortverhalten, (Sig.= Signifikanzen durch Angabe der p-Werte, gelb hinterlegt= statistisch signifikant)

Statistisch bedeutende Unterschiede bestehen nur in den Items PR 1 (Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.) und MR 3 (Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler.). Das Geschlecht der Hausärzte beeinflusst somit nur vernachlässigbar gering das Antwortverhalten.

Die grafische Darstellung des Antwortverhaltens wird im Anhang (siehe Anhang 16.5, Abbildung 9) verdeutlicht.

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

In Tabelle 12 sind die korrelationsanalytischen Resultate zum Untergruppenvergleich in Bezug auf das Alter der Hausärzte aufgeführt.

Item	MR1	MR2	MR3	RZ1	RZ2	RZ3	RZ4	PR1
Sig.	,574	,596	,014	,664	,003	,031	,843	,000
Item	PR2	PR3	KH1	KH2	KH3	iP1	iP2	iP3
Sig.	,000	,001	,189	,073	,303	,009	,002	,004

Tab. 12 Ergebnisse der Korrelationsanalyse zum Einfluss des Alters der Hausärzte auf ihr Antwortverhalten, Sig. = Signifikanz mit Angabe von p-Werten, gelb hinterlegt= statistisch signifikant)

Dabei stellt sich heraus, dass das Alter einen statistisch bedeutenden Einfluss auf das Antwortverhalten hat. Der Einfluss zeigt sich bei Item MR3, RZ2, PR1, PR2, PR3, sowie iP1, 2und iP3. In Abbildung 10 (siehe Anhang 16.5) ist dies grafisch noch einmal verdeutlicht dargestellt. Mit steigendem Alter der Hausärzte steigt die Zustimmung, dass weniger Medikamente die Übersicht erhalten und Verordnungsfehler reduzieren. Hausärzte der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren, sowie der über 70-Jährigen lehnen es im Vergleich zu den anderen Altersgruppen nicht so stark ab, Rezepte auch zur Patientenzufriedenheit auszustellen. Bezuglich der Informationen, des Wissenzuwachses und der Fortbildungen erfährt die Pharmaindustrie durch Hausärzte zunehmenden Alters deutlich mehr Zustimmung als durch jüngere Hausärzte. Der informierte Patient hingegen wird mit steigendem Alter der Hausärzte eher negativ bewertet als durch die jüngeren Kollegen.

Einfluss der Praxisform auf ärztliches Antwortverhalten zum Thema Pharmaindustrie und sozial erwünschtem Antwortverhalten

Ein Einfluss der Praxisform (Vergleich von Ärzten in Einzelpraxis gegenüber anderen Praxisformen zusammengefasst) auf das Antwortverhalten im Sinne der Einflussnahme durch die Pharmaindustrie und einem sozial erwünschten Antwortverhalten stellte sich in den Berechnungen als nicht signifikant dar (ANOVA Pharmaindustrie p= 0,954; soziale Erwünschtheit p= 0,320).

6.2.4 Soziale Erwünschtheit

Die abschließende Subskala zur Erfassung der sozialen Erwünschtheit enthielt 6 Items. Bei der statistischen Analyse wurde beachtet, dass Item eins und sechs negativ gepolt waren.

Diese Kurzskala erreichte eine Reliabilität von Cronbach's alpha= 0,616.

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

Die Berechnungen nach den Beantwortungen dieser Subskala ergeben einen Mittelwert von 2,5 und eine Standardabweichung von 0,70 (Tabelle 13).

N	Gültig	211
	Fehlend	7
Mittelwert		2,4996
Median		2,5000
Standardabweichung		,70333
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Tab. 13 Berechnungen der sozialen Erwünschtheit

Ältere Hausärzte zeigten im Vergleich zu jüngeren Hausärzten eine höhere Tendenz zur sozialen Erwünschtheit ($p= 0,010$), ebenso weibliche Hausärzte im Vergleich zu männlichen Hausärzten ($p= 0,040$).

Für die weitere Analyse zum Einfluss sozialer Erwünschtheit auf das Antwortverhalten der Hausärzte bezüglich des Verschreibungsverhaltens wurde die Stichprobe der befragten Hausärzte durch Mediansplit (Median = 2,50) in 2 Gruppen (sozial erwünscht und nicht sozial erwünscht antwortende Ärzte) aufgeteilt.

Die nachfolgende Tabelle 14 zeigt die Berechnungen der Mittelwerte, Standardabweichungen und p-Werte nach der Mediansplittung für jedes Einzelitem.

Items	$\bar{x}(SD)$ bei hoher sozialer Erwünschtheit	$\bar{x}(SD)$ bei niedriger sozialer Erwünschtheit	p-Wert
Ich glaube, mein Repertoire wird durch Neuheiten, die auf den Markt kommen, verbessert.	2,48(1,13)	2,76(1,12)	.078
Ich bin der Meinung, neue Medikamente entstehen nur aus der Profitgier der Pharmaindustrie.	4,58(1,22)	4,30(1,32)	.118
Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler.	2,28(1,50)	2,14(1,23)	.477
Durch ein Rezept erfülle ich oft nur die Erwartungen meiner Patienten.	4,58(1,36)	4,41(1,28)	.356
Manchmal stelle ich ein Rezept aus, damit der Patient zufrieden ist	4,82(1,25)	4,08(1,47)	.000
Rezepte sind hilfreich, um die Konsultation abzuschließen	4,27(1,51)	4,25(1,40)	.952
Durch ein Rezept sage ich dem Patienten, dass ich ihm helfen kann.	3,33(1,70)	3,83(1,56)	.029
Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.	2,59(1,23)	3,17(1,22)	.001
Durch Fortbildungen der Pharmaindustrie erhalte ich einen guten Wissenszuwachs.	2,46(1,25)	3,05(1,19)	.001
Ich nehme gerne an Fortbildungen der	2,67(1,45)	3,25(1,40)	.004

Ergebnisse der quantitativen Stichprobe

Pharmaindustrie teil			
Die Überprüfung der Entlassungsmedikation sollte nicht Aufgabe der Hausärzte sein.	4,46(1,72)	4,64(1,60)	.437
Ich bin der Meinung, es erfolgen zu selten Rücksprachen seitens der Krankenhausärzte.	2,19(1,42)	2,33(1,32)	.462
Ich habe den Eindruck, dass Freitag-Nachmittag-Entlassungen zu häufig vorkommen.	2,83(1,58)	2,85(1,57)	.932
Manchmal stört es mich, dass Patienten mit ihrem Halbwissen Therapieentscheidungen selbst treffen wollen	2,36(1,42)	2,63(1,45)	.172
Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden	2,54(1,36)	2,94(1,37)	.040
Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnungen Einfluss nehmen.	2,98(1,51)	3,23(1,39)	.224
Für ein neues Medikament, weil: ... die Leitlinien es empfehlen.	2,28(1,16)	2,36(1,26)	.656
... es einen niedrigen Preis hat.	3,80(1,45)	3,83(1,29)	.897
... die Therapie damit erfolgreicher sein kann.	1,63(0,83)	1,59(0,70)	.696
... ich Behandlungserfolge von Kollegen gehört habe.	3,07(1,31)	3,12(1,11)	.766
... es auf einer Fortbildung empfohlen wurde.	3,40(1,38)	3,47(1,12)	.658
... es der Pharmareferent empfohlen hat.	4,28(1,17)	4,51(1,03)	.133
... ich die Krankenhausverordnung fortsetze.	2,93(1,02)	3,24(1,21)	.053
... die Fachinformation überzeugt.	2,72(1,15)	3,23(1,38)	.003
... ich es mir selber auch nicht vorenthalten würde, wenn es eine echte Innovation ist	1,85(0,91)	2,17(1,22)	.038
Gegen ein neues Medikament, weil: ... ich kritische wissenschaftliche Studien dazu gelesen habe.	1,94(1,09)	1,89(0,98)	.733
... es zu teuer ist.	3,44(1,59)	2,98(1,26)	.020
... es keine „echte“ Innovation ist.	1,88(1,11)	2,08(1,27)	.243
... ich neue Medikamente sowieso nicht einsetze.	5,42(1,05)	5,22(1,08)	.176
... ich neue Medikamente nicht gleich einsetze.	3,67(1,57)	3,44(1,62)	.299

Tab. 14 Ergebnisse zur sozialen Erwünschtheit nach Mediansplit (Gruppe 1 mit hoher sozialer Erwünschtheit und Gruppe 2 mit niedriger Erwünschtheit; gelb hinterlegt= statistisch signifikant)

Rezepte auszustellen, damit der Patient zufrieden ist, wird von eher sozial erwünscht antwortenden Hausärzten noch stärker abgelehnt als von weniger sozial erwünscht Befragten. Dass einem Patienten durch ein Rezept geholfen werden kann, lehnt dafür Gruppe 2 (niedrige Erwünschtheit) deutlicher ab. Alle drei Items zur Pharmaindustrie wurden mit mehr Zustimmung durch die Gruppe mit hoher Tendenz zur sozialen

Erwünschtheit beantwortet. Die Aussage: „Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden“ empfand Gruppe 1 noch zutreffender als Gruppe 2. Mehr Zustimmung bei der Verordnung neuer Medikamente, wenn es die Fortsetzung einer Krankenhausansetzung ist, die Fachinformation überzeugt und es eine echte Innovation darstellt, zeigten die Ergebnisse durch die Hausärzte mit höherer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit. Hingegen sind die Kosten als ablehnender Faktor bei der Verordnung neuer Medikamente durch diese Gruppe eher weniger bedeutsam als bei den Befragten mit geringer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit.

Unterschiede im Antwortverhalten bei Hausärzten mit hoher oder niedriger Tendenz zur sozialen Erwünschtheit in Bezug auf die fünf Subskalen sind nachfolgend ersichtlich (Tabelle 15).

	Medikamenten-repertoire	Rezept-block	Pharma-referenten	Krankenhaus-interaktion	informierte Patienten
Sig.(2-seitig)	.100	.387	.000	.407	.059

Tab. 15 subskalenbezogenes Antwortverhalten im Vergleich zwischen Hausärzten mit hoher und niedriger Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, gelb hinterlegt= statistisch signifikant, Tendenz zur Signifikanz

Die Berechnungen zeigen, dass bedeutende Unterschiede in der Beurteilung bestimmter Einflussfaktoren auf das eigene Verschreibungsverhalten zwischen den beiden Untergruppen bestehen. Das heißt, die soziale Erwünschtheit hat einen deutlichen Einfluss auf die Beantwortung der Subskalen Pharmareferent und informierter Patient. Hausärzte mit hoher Tendenz zur sozialen Erwünschtheit stimmen einer positiven Bewertung der Pharmaindustrie auf das eigene Verschreibungsverhalten eher zu, wohingegen sie dem Einfluss des informierten Patienten eher ablehnend gegenüberstehen.

6.3 Diskussion

In der vorliegenden Studie sollten Faktoren, die aus der qualitativ geführten Vorstudie resultierten, in ihrem Einfluss auf die Verschreibungsqualität der befragten Hausärzte beurteilt werden.

6.3.1 Bewertung der Untersuchungsergebnisse

In der hier durchgeführten Untersuchung wurden die Daten aus insgesamt 218 Fragebögen ausgewertet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 43,6%. Im Vergleich zu anderen Fragebogenstudien bezüglich einer Befragung von Hausärzten scheint die Rücklaufquote (ohne Reminder) sehr gut. Andere Untersuchungen erreichten Quoten von 19% {Rashidian 2012 #351} über 29% {Reed 2010 #187}, 32% mit einem Reminder {Karapinar 2010 #166} und 39% {Roth-Isigkeit 2005 #227}. Vergleicht man dahingehend die demografischen Daten der eigenen Studie mit anderen Untersuchungen, zeigt sich, dass der Anteil der weiblichen Hausärzte mit 59,2% ähnlich wie in den meisten anderen Studien ist (60% {Reed 2010 #187}, 42% {Rashidian 2012 #351}. Es wurden jedoch auch Untersuchungen mit einem geringeren Anteil weiblicher Hausärzte durchgeführt (30% weiblich {Roth-Isigkeit 2005 #227}).

Hausärzte werden häufig als konservative Verschreiber betitelt. Sie besitzen eher ein festes Medikamentenrepertoire und treten neuen Medikamenten zunächst zurückhaltend entgegen {Buusman 2007 #144}{Skoglund 2007 #194}. Die Antworten des hier untersuchten Hausärztekollektivs ergaben keine eindeutige Tendenz hinsichtlich eines konservativen oder offenen Verschreibungsverhaltens neuer Medikamente. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied konnte ebenfalls nicht festgestellt werden, wohingegen in der oben erwähnten Machbarkeitsstudie und in der Literatur häufig männliche Hausärzte offener gegenüber neuen Medikamenten sind {Tamblyn 2003 #317}. Mit steigendem Alter der Hausärzte sind diese eher der Ansicht, dass weniger Medikamente die Übersicht erhalten und Verordnungsfehler reduzieren.

Patientenerwartungen werden der Auffassung der in dieser Arbeit befragten Hausärzte nach, weniger im Verschreibungsprozess, berücksichtigt. Vergleichbare Untersuchungen hingegen ergaben, dass die Patientenerwartungen durchaus einen bedeutenden Einfluss auf das hausärztliche Verschreiben haben {Skoglund 2007 #194} {Buusman 2007 #144} {Altiner 2007 #363}. Bei der Betrachtung auf Itemebene zeigte sich, dass besonders junge (30-40-jährige) Hausärzte und die Kollegen der über 70-jährigen der Aussage, Rezepte zur Zufriedenheit der Patienten auszustellen,

weniger ablehnend gegenüberstehen als ihre Kollegen der mittleren Altersklassen. So wird bei genauer Betrachtung und Differenzierung nach Altersgruppen auch in den Ergebnissen der eigenen Studie, trotz insgesamt eindeutiger Verneinung, deutlich, dass Patienten mit ihren Erwartungen einen Einfluss auf einige Hausärzte und deren Rezeptausstellung haben können.

Ein Informationsgewinn durch die Pharma industrie und deren Fortbildungsveranstaltungen wird von den beteiligten Hausärzten in der Mehrzahl bejaht. Die Zustimmung steigt mit zunehmendem Alter der befragten Hausärzte. Verglichen mit den Angaben der Literatur scheinen Hausärzte insgesamt eine positive Einstellung zur Pharma industrie zu haben {Tobin 2008 #200} {Buusman 2007 #144} {Robertson 2003 #188}. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Hausärzten bestehen ähnlich wie in den Voruntersuchungen (Machbarkeitsstudie) dahingehend, dass Hausärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eher Zustimmung äußern, hilfreiche Fachinformationen von den Pharmareferenten zu erhalten. Vergleichbare Angaben sind in der Literatur dazu nicht zu finden.

Die Schnittstelle Hausarztpraxis-Krankenhaus ist vielfältig beeinflusst. Einige der befragten Hausärzte beklagten insbesondere Defizite im Umgang mit gemeinsamen Patienten bspw. im Informationsaustausch zu geänderten Medikationen, andere jedoch waren zufrieden mit der Zusammenarbeit mit den Kollegen der Krankenhäuser. Studien der aktuellen Literatur kamen zu dem Ergebnis, dass seitens der Hausärzte vor allem eine Verbesserung der Kommunikation durch die Kollegen des Krankenhauses gewünscht ist und Entlassungsbriebe informativer werden sollten {Karapinar 2010 #166} {Prosser 2005 #326}.

In der Beurteilung des informierten Patienten mit seinem Einfluss auf das Verordnungsverhalten stellte sich heraus, dass die in der eigenen Studie befragten Hausärzte, der Beteiligung des informierten Patienten am Verschreibungsprozess eher ablehnend gegenüberstehen. Zusätzlich nimmt diese negative Einstellung zum informierten Patienten mit steigendem Alter der Studienteilnehmer zu. Vergleichbare Untersuchungen, welche die Einstellungen der Hausärzte in Bezug auf dieses Thema untersuchen, existieren nur wenige. Die meisten Studien betrachten diesen Untersuchungsgegenstand hinsichtlich der möglichen Schwierigkeiten, aber auch der Möglichkeiten, die im Verschreibungsprozess durch den informierten Patienten entstehen {Dieterich 2007 #399}{McAlister 2000 #313}{Steel 2000 #314}{Protheroe 2000 #315}. Eine weitere Studie befasst sich hingegen ebenfalls mit der Bewertung niedergelassener Ärzte (nicht ausschließlich Hausärzte) über externe

Gesundheitsinformationen. Dabei berichten die befragten Ärzte über positive und negative Aspekte der zunehmenden Einflüsse externer Informationen. Insbesondere wird dabei auf das veränderte Verhältnis zwischen Expert und Laie hingewiesen. Verunsicherung, Misstrauen und Spannungen stehen einer positiven Herausforderung mit dem „kooperativen“ Patienten gegenüber {Baumgart 27.12.2010 #280}. So ist die negative Einstellung der befragten Hausärzte aus Sachsen-Anhalt gegenüber dem informierten Patienten auch mit Ansichten aus anderen Studien nachvollziehbar.

Neue Medikamente verordnen? Dazu müssen Leitlinien überzeugen, erfolgreichere Therapien in Aussicht stehen, gute Fachinformationen und „echte“ Innovationen vorliegen. Die Kosten, andere Kollegen, Fortbildungen und Pharmareferenten spielen laut der teilnehmenden befragten Hausärzte eine untergeordnete Rolle. Internationale und nationale Ergebnisse zu möglichen Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten neuer Medikamente durch Hausärzte sind vielfältig und beinhalten hier angegebene Faktoren ebenfalls {Tobin 2008 #200} {Prosser 2003 #185} {Fretheim 2005 #327}. Gegen die Verordnung neuer Medikamente sprechen bei den befragten Hausärzten vor allem kritische Studien und der fehlende Nachweis echter Innovationen.

Bei ausführlicher Betrachtung der Ergebnisse konnte des Weiteren gezeigt werden, dass die Beantwortungen der Items einer Tendenz zu sozialer Erwünschtheit unterliegen. Signifikante Verzerrungen wurden bei besonders kritischen Themen, der Subskala Pharma industrie ($p= 0,000$) und informierter Patient ($p= 0,059$) identifiziert. Auf Ebene der Einzelitems stellt sich heraus, dass Hausärzte mit hoher Tendenz zu sozialer Erwünschtheit die Fachinformationen der Pharma industrie, den Wissenszuwachs durch die Fortbildungen der Pharma industrie und die Teilnahme an diesen Fortbildungen positiver einschätzen als Hausärzte mit geringer Tendenz. So deutet dies darauf hin, dass die sozial erwünscht antwortenden Hausärzte offensichtlich davon ausgehen, dass sie in ihrer Arbeit primär durch die Pharma industrie unterstützt werden, wahrscheinlich bedingt durch die wiederkehrenden persönlichen Kontakte zum vertrauten Pharmavertreter.

Außerdem ist bei Betrachtung der Einzelitems ebenfalls ein Einfluss der sozialen Erwünschtheit bei Item fünf und Item sieben (siehe Tab. 14) nachweisbar. Dabei lehnen Ärzte, die eher sozial erwünscht antworten, die Aussage, dass Rezepte zur Zufriedenstellung der Patienten ausgestellt werden, deutlicher ab als Hausärzte mit niedriger Tendenz. Dass ich dem Patienten durch ein Rezept sage, dass ich ihm helfen kann, beurteilen die Ärzte mit hoher Tendenz zu sozialer Erwünschtheit eher

zustimmend. Diese Ergebnisse entsprechen den Erwartungen, da die Beeinflussung der Rezeptausstellung des Hausarztes durch den Patienten, oder nur zur Zufriedenstellung des Patienten entgegen gesellschaftlicher Wertvorstellungen und hausärztlichem Denken stehen. Die Hilfe durch ein Rezept ist aus Sicht des Patienten, wie auch aus ärztlicher Sicht jederzeit erwünscht.

Es hat sich bestätigt, dass die Mitbetrachtung der sozialen Erwünschtheit zur Interpretation der Ergebnisse dieser Untersuchung sehr wichtig war. So zeigten sich im Antwortverhalten der Hausärzte sehr interessante Unterschiede und konnten durch die Aufsplittung in zwei Gruppen im Kontext der Fragestellung viel exakter eingeordnet werden.

6.3.2 Problematische Aspekte

Limitierende Auswirkungen hinsichtlich der Aussagekraft der Studienergebnisse entstehen zum Beispiel dadurch, dass zur Steigerung der Rücklaufquote keine Reminder an die Hausärzte versendet wurde, da die Anonymität der Beteiligten gewährleistet werden sollte.

Des Weiteren ist die Anzahl der Items zu den einzelnen Subthemen mit 3 bzw. 4 Items relativ gering, so dass eine Ausweitung der Itemzahl eventuell weitere Aspekte, die bisher keine Betrachtung fanden, zu den Kernthemen erbringen könnte.

Zuletzt ist der Einfluss der sozialen Erwünschtheit als Limitierung zu nennen.

6.3.3 Ausblick und Schlussfolgerung

Bei steigendem Alter der Bevölkerung und Ausweitung der Therapiemöglichkeiten chronischer Krankheiten bleibt eine adäquate Pharmakotherapie sehr schwierig {Muijters 2005 #182}. Die tragende Rolle des Hausarztes in der Pharmakotherapie des Alten und Hochbetagten ist unbestritten. Compliance und Adherence auf Seiten eines informierten Patienten setzt die Bereitschaft des Hausarztes diesen Patienten in seine Behandlungsstrategien einzubinden voraus. Es zeichnet sich die Tendenz ab, dass offensichtlich ein Generationswechsel in der Ärzteschaft stattfindet, der in letzter Konsequenz auch auf eine veränderte Stellung des Arztes in der Gesellschaft und ein verändertes Selbstbild zurückzuführen ist. Die Fähigkeiten und die Bereitschaft den informierten Patienten in die Behandlung einzubinden sollte früh gefördert werden. Es war nicht die spezielle Aufgabe dieser Studie, aber es zeichnet sich eindeutig ab, dass

bereits im Medizinstudium Fähigkeiten und Fertigkeiten für das spätere Verschreibungsverhalten erlernt werden sollten.

7. ABSCHLIEßENDE DISKUSSION

Das Ziel dieser Untersuchung lag darin, im Rahmen des qualitativen Forschungsabschnitts Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten von Hausärzten herauszuarbeiten und die Beurteilung dieser durch die befragten Hausärzte in der anschließenden Fragebogenstudie zu erheben, um somit umfassend Stellung zum Verordnungsverhalten von Hausärzten nehmen zu können. In die Betrachtung wurden dabei die Einflussnahme durch die Vertreter der Pharma industrie, die Interaktion mit den Krankenhauskollegen, der Einfluss durch den mehr oder weniger „informierten“ Patienten, sowie das eigene Arzneimittelrepertoire und der Umgang mit dem Rezept als Instrument der hausärztlichen Tätigkeit einbezogen.

Dabei zeigt sich in dieser Untersuchung, wie auch bereits in der Literatur, dass die Verschreibung von Medikamenten in der Hausarztpraxis ein komplexer Prozess ist {Tobin 2008 #200} {Skoglund 2007 #194} {Buusman 2007 #144}. In einer Studie aus 2007 diskutierten 16 Hausärzte aus Schweden in 4 Fokusgruppen, dass beispielsweise das Rezept als symbolisches Werkzeug zum schnelleren Konsultationsabschluss beitragen kann oder ausgestellt wird, weil die Patienten es wünschen. Außerdem sind Erfolg, Wirtschaftlichkeit, die verfügbare Zeit und das Expertenwissen Kategorien, die bei diesen Fokusgruppenteilnehmern im Verschreibungsprozess eine Rolle spielten {Skoglund 2007 #194}. Das Bewusstsein für neue Medikamente und Verordnung dieser wird speziell durch Einflüsse der Pharma industrie (Referenten, Mails, Treffen) sowie durch andere Kollegen und Fachärzte forciert {Tobin 2008 #200}. Einflussfaktoren wie die Referenten der Pharma industrie, der Therapieerfolg, sowie das Expertenwissen anderer Kollegen konnten in der eigenen Studie ebenfalls bestätigt werden. In Ergänzung zur bestehenden Literatur konnten in dieser Arbeit insbesondere durch die Kombination aus qualitativer und quantitativer Forschung die genannten Einflussfaktoren im Verschreibungsvorgang der Hausärzte noch umfassender untersucht und ein möglich verzerres Antwortverhalten aufgrund sozialer Erwünschtheit, was bisher in der Literatur nur wenig Beachtung im Hinblick auf das untersuchte Forschungsthema fand, besonders geprüft werden.

Was für einen Stellenwert das sozial erwünschte Antwortverhalten in der Ärzteschaft hat und warum gerade bei Themengebieten wie dem Umgang mit dem Rezept als Instrument der ärztlichen Tätigkeit, der Einflussnahme durch die Pharma industrie und dem informierten Patienten die soziale Erwünschtheit eine besondere Rolle spielt, soll nachfolgend diskutiert werden.

Entgegen der eigenen Erwartungen und der oben genannten Literatur, dass das Rezept vom Hausarzt als wichtiges Handlungsinstrument verwendet wird, konnten in dieser Untersuchung konträr erscheinende Ergebnisse herausgearbeitet werden. Auf der einen Seite diskutieren die Ärzte in den Fokusgruppen das Rezept als sehr wichtiges Hilfsmittel, als Ausdruck einer Entscheidung oder zur Erwartungserfüllung des Patienten im täglichen Praxisalltag, wohingegen die Verwendung des Rezeptes für die Patientenzufriedenheit und den Konsultationsabschluss im Fragebogen von beiden Gruppen (sozial erwünscht und nicht sozial erwünscht antwortende Ärztegruppe) deutlich abgelehnt wurde. Hierbei sind vor allem die zentralen Wertvorstellungen des hausärztlichen Denkens von Bedeutung. So ist davon auszugehen, dass aufgrund ethischer Grundsätze dieser Fragenblock im unpersönlichen Fragebogen kategorisch ablehnend beantwortet wurde. Im Gegensatz dazu jedoch in den Fokusgruppen, in denen sich die Gruppenteilnehmer größtenteils untereinander kannten, ein offeneres Gespräch entstand und diese Thematik sehr ehrlich von einigen der befragten Hausärzte diskutiert wurde. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied konnte dabei nicht festgestellt werden. Bezuglich des Alters zeigte sich, dass insbesondere jüngere Ärzte und Ärzte über 70 Jahren mit weniger Ablehnung bei der Ausstellung von Rezepten mit dem Ziel der Patientenzufriedenheit antworteten. Hausärzte mit hoher Tendenz zu sozialen Erwünschtheit lehnten es deutlich ab, Rezepte aus diesem Grund auszustellen. Besonders die Ärzte, welche im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten, wollen ihren Berufsstand schützen, indem sie angeben, dass Rezepte natürlich nicht nur aus Gründen der Patientenzufriedenheit oder zum Konsultationsabschluss ausgestellt werden. Bei ausführlicher Betrachtung der verschiedenen Aussagen aus den Fokusgruppen im Vergleich zur Fragebogenstudie ist im quantitativen Untersuchungsabschnitt von einem möglich verzerrten Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit auszugehen.

Die Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Fokusgruppe und dem Fragebogen sind am Ehesten auch auf die verschiedenen Ansätze dieser beiden verwendeten Forschungsmethoden zurückzuführen. So können bestimmte Aussagen in Fokusgruppen Anreiz für weitere Wortmeldungen anderer Teilnehmer sein, welche möglicherweise auch unkonventionelle Antworten zulassen. Ehrlichere Antworten werden durch eine ungezwungene Atmosphäre möglich. Kritische Aspekte hingegen bei Fokusgruppeninterviews sind der große Einfluss durch die Moderation und ein hoher subjektiver Interpretationsspielraum {Buber 2007 #383}. Fragebögen hingegen sind hoch strukturiert und bei der Auswertung ohne Einfluss des Forschers.

Die „personalisierte Information“ ist ein aktueller Trend, dem auch die hier befragten Hausärzte folgen. Bei ihnen zeigt sich ein großes Bedürfnis nach persönlichem Kontakt und „ungefragtem“ direkten Informationsangebot zu Medikamenten. Personalisierte Informationen lassen ein Sympathiegefühl mit unserem Gegenüber und ein Gefühl der Kontrolle entstehen. In der Literatur wird der Pharmareferent vor allem als Impulsgeber zu neuen Wirkstoffen und als Informationsquelle betrachtet {arznei-telegramm 10/2003 #379}{Carthy 2000 #145}. Die eigenen Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Hausärzte mit hoher Tendenz zur sozialen Erwünschtheit einen Wissenszuwachs durch die Pharmaindustrie bejahen ($p= 0.001$). Auch das Alter und das Geschlecht des Hausarztes spielen dabei eine besondere Rolle. So steigt mit zunehmendem Alter der Hausärzte die Zustimmung, einen Wissenszuwachs, sowie hilfreiche Fachinformationen durch die Pharmareferenten zu erhalten und außerdem gerne an Fortbildungen der Pharmaindustrie teilzunehmen. Hinsichtlich des Geschlechtes sind vor allem Hausärztinnen der Meinung, dass die ihnen präsentierten Informationen durch die Pharmareferenten sehr hilfreich sind. Eine höhere soziale Erwünschtheit bei weiblichen Ärzten findet sich ebenfalls in der Vergleichsliteratur {McManus 2000 #378}. 79% der Befragten einer britischen Umfrage (vom British Medical Journal) sprachen sich dafür aus, dass Ärzte keine Pharmareferenten empfangen und dafür mehr unabhängige Informationsquellen nutzen sollten {Eaton 2003 #377}. Bei wachsenden medizinischen und gesundheitspolitisch ökonomischen Anforderungen könnte die Informierung beispielsweise auch durch kompetente Kollegen oder unabhängige Pharmaberater der kassenärztlichen Vereinigungen oder Ärztekammern, wie es bereits in anderen europäischen Ländern, zum Beispiel in Finnland oder Großbritannien umgesetzt wurde, in Zukunft das Ziel darstellen {Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen 07.06.2011 #380}.

Des Weiteren stellten die Untersuchungen heraus, dass die Mehrzahl der befragten Hausärzte aus Sachsen-Anhalt es eher ablehnen, wenn Patienten Therapieentscheidungen selbst treffen wollen und sich wünschen, dass ärztliche Entscheidungen vom Patienten akzeptiert werden. Mit zunehmendem Alter der Hausärzte stieg die Ablehnung gegenüber dem informierten Patienten. Weibliche und männliche Hausärzte unterschieden sich dabei in ihrem Antwortverhalten nicht. Bei hoher Tendenz zur sozialen Erwünschtheit waren die befragten Hausärzte ebenfalls daran interessiert, dass Patienten die ärztlichen Entscheidungen akzeptieren. So sind vor allem ältere Hausärzte der Meinung, dass sie ihren Patienten etwas Gutes tun, wenn sie Entscheidungen für sie vorwiegend selbst treffen. Sie sprechen sich dahingehend gegen das Modell des „Shared-Decision-Making“ aus. In der Literatur

finden sich Aussagen, welche positive und negative Aspekte des informierten Patienten aus Sicht des Arztes hervorbringen. So steht einer verbesserten Compliance und positiven Herausforderung ein erhöhter Zeitaufwand und ein gesteigertes Misstrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis gegenüber {Baumgart 27.12.2010 #280}.

Das Fazit des Kongresses „Forum Medizin 21“ im Jahr 2009 lautete: „Das Machbare ist weder menschlich noch ökonomisch. Maxime für jegliches medizinische Handeln ist daher der Nutzen für den individuellen Patienten.“ „Computer und hochtechnisierte Medizin sind Werkzeuge und nicht Ersatz für das ärztliche Gespräch.“ Ein Arzt müsste täglich ca. 20 Fachartikel lesen, um auf dem aktuellen Stand bezüglich neuer medizinischer Informationen zu bleiben {Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen 07.06.2011 #380}. Das ideale Bild des Arztes umfasst Eigenschaften wie Zuverlässigkeit, Kompetenz, Sympathie und Vertrauenswürdigkeit. Eine Studie mit 696 Medizinstudenten aus Heidelberg zeigte eine „Idealisierung des Arztberufes“, insbesondere durch Frauen und auch deutliche Selbstüberschätzungen, eher durch männliche Medizinstudenten {Markus Schrauth et al. 13.05.2012 #381}. Das hausärztliche Selbstbild ist durch die abwechslungsreiche Tätigkeit und den intensiven Patientenkontakt positiv geprägt. Trotzdem vermuten die Hausärzte selbst, dass Teile der Gesellschaft und einige Spezialisten eher ein kritisches Bild von ihrer hausärztlichen Tätigkeit haben {Iris Natanzon Dr. sc. hum. 21.04.2011 #382}. Die hohe Informationsflut in der aktuellen medizinischen Literatur und das Selbstbild des Hausarztes können einige Rückschlüsse auf bereits vorher diskutierte Verhaltensweisen ermöglichen. So ist eine Verzerrung im Sinne der sozialen Erwünschtheit bei Themengebieten wie dem Umgang mit dem Rezept, der Beeinflussung durch die Pharmaindustrie und dem informierten Patienten dahingehend zu erklären, dass ein Arzt aufgrund des bestehenden Idealbildes nicht offen zugeben kann, dass die Ausstellung von Rezepten auch durchaus mit dem Ziel der Patientenzufriedenheit erfolgt, er die Pharmareferenten aufgrund der fehlenden Zeit und der Fülle an Informationen sehr schätzt, weil sie wichtige Informationen zu neuen Medikamenten kurz mitteilen, dabei jedoch das Gespür für mögliche Interessenkonflikte fehlt und dass auch ein informierter Patient zu einer verbesserten Arzneimitteltherapie beitragen kann.

Zur bestehenden Literatur konnten hinsichtlich Interaktion Hausarzt und Krankenhauskollege bei der Behandlung gemeinsamer Patienten keine ergänzenden Aussagen herausgefunden werden. Die Teilnehmer der Fokusgruppe sahen die Probleme insbesondere bei dem erhöhten Zeitaufwand durch Entlassungspatienten in

der laufenden Sprechstunde. Dabei kritisierten sie vor allem den Mangel an Informationen und Therapieempfehlungen durch die Kollegen der Kliniken. Die Antworten der befragten Hausärzte der Fragebogenstudie zeigten ebenfalls, dass Rücksprachen seitens der Krankenhausärzte als zu selten empfunden werden. Kommunikationsprobleme und fehlende Behandlungshinweise werden auch in der Literatur beschrieben {Prosser 2005 #326} {Robertson 2003 #188}.

Abschließend gilt zu sagen, dass ein umfassendes Verständnis zum Verschreibungsverhalten von Hausärzten maßgeblich für mögliche Beeinflussungen der Arzneimitteltherapie der heutigen Patienten ist. Hausärzte sind und bleiben die „Zentrale“ medikamentöser Verordnungen. Durch immer weiter zunehmende Einflussfaktoren wie der Zwang zur Wirtschaftlichkeit medizinischer Maßnahmen, „informierte“ Patienten durch wachsende Medienpräsenz medizinischer Informationen sowie das stets weiter entwickelte Arzneimittelangebot durch die Pharmaindustrie, ist der Hausarzt der „sensible“ Mittelpunkt der Schaltzentrale. So werden auch in Zukunft weitere Forschungen auf diesem Gebiet notwendig, insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung möglichst unabhängiger Medikamenteninformationen, die vor allem auch dem jungen Hausärztenachwuchs einen möglichen Leitfaden für die tägliche Vielzahl von Rezeptausstellungen im hausärztlichen Alltag geben können.

8. ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens von Hausärzten durch informierte Patienten und Pharmareferenten konnte in einigen Studien gezeigt werden. Der Einfluss durch diese Faktoren steht im Widerspruch zu zentralen Werten hausärztlichen Denkens und kann deshalb zu einer verzerrten Beurteilung entsprechender Einflussfaktoren beitragen. Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit war es, im Rahmen einer qualitativen Studie zu untersuchen, durch welche Faktoren Hausärzte aus Sachsen-Anhalt ihr Verschreibungsverhalten beeinflusst sehen. Ergänzend wurde durch eine anschließende Fragebogenstudie eine Beurteilung relevanter Einflussfaktoren erhoben und auf Verzerrung im Sinne sozialer Erwünschtheit geprüft.

Methodik: Die qualitative Studie wurde mit 22 Hausärzten aus Sachsen-Anhalt in 2 verschiedenen Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Aus den Ergebnissen wurde ein Fragebogen entwickelt mit dem im quantitativen Studienabschnitt 500 Hausärzte aus Sachsen-Anhalt nach Anschreiben und Fragebogenversand mit Hilfe der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts untersucht wurden. Außerdem wurde die soziale Erwünschtheit mit einer modifizierten Fassung der Marlow-Crowne-Scale untersucht.

Ergebnisse: Im Rahmen der Fragebogenstudie wurden insgesamt 218 Hausärzte im mittleren Alter von 52 Jahren (61% weiblich) in die Auswertung einbezogen (Rücklauf= 43,6%). Die Beeinflussung durch informierte Patienten einschließlich gemeinsamer Therapieentscheidungen wurde seitens der Hausärzte eher negativ eingeschätzt, während die Pharmaindustrie eher als positiver Einfluss bewertet wurde. Die Kurzskala zur Erfassung der sozialen Erwünschtheit erreichte eine Reliabilität von Cronbach's alpha= .62. Ältere Hausärzte zeigten im Vergleich zu jüngeren Hausärzten eine höhere Tendenz zur sozialen Erwünschtheit ($p= 0,010$), ebenso weibliche Hausärzte im Vergleich zu männlichen Hausärzten ($p= 0,040$). Hausärzte mit hoher Tendenz zur sozialen Erwünschtheit bewerteten eine Beeinflussung ihres Verschreibungsverhaltens durch die Pharmaindustrie positiver als Hausärzte mit geringer Tendenz ($F(1, 208)=12,67, p= 0,000$), wohingegen sie dem Einfluss durch informierte Patienten eher ablehnend gegenüberstanden ($F(1, 208)=3,61, p= 0,059$).

Schlussfolgerung: Entsprechend internationaler Studien sehen sich auch die Hausärzte in Sachsen-Anhalt in ihrem Verschreibungsverhalten durch ähnliche Faktoren

Zusammenfassung

beeinflusst. Eine mit dem informierten Patienten gemeinsam gesuchte Therapieentscheidung einschließlich entsprechender Medikation im Sinne des Shared-Decision-Making wurde seitens der befragten Hausärzte eher abgelehnt. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass die Beantwortungen einer Tendenz zur sozialen Erwünschtheit unterliegen. Maßnahmen zur Verbesserung hausärztlich angewandter Arzneimitteltherapien und der professionelle Umgang mit dem informierten Patienten sollten weiterentwickelt werden. Zukünftige Veränderungen im Verordnungsverhalten sind mit dem großen Wechsel der Hausarztgeneration in Sachsen-Anhalt zu erwarten, so dass zusätzliche Forschungen zu diesem Thema von aktuellem Interesse bleiben und durchgeführt werden sollten.

9. LITERATURVERZEICHNIS

10. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abb. 1 Methodische Vorgehensweise der Untersuchung</i>	- 10 -
<i>Abb. 2 Alters- und Geschlechtsverteilung der befragten Hausärzte</i>	- 55 -
<i>Abb. 3 Jahr der Niederlassung der befragten Hausärzte</i>	- 55 -
<i>Abb. 4 Einflussfaktoren bei der Verordnung neuer Medikamente</i>	- 58 -
<i>Abb. 5 Einflussfaktoren gegen die Verordnung neuer Medikamente</i>	- 58 -
<i>Abb. 6 Medikamentenrepertoire- eine nicht-statische, intentionale Handlungsgrundlage ärztlichen Verordnungsverhaltens</i>	- 95 -
<i>Abb. 7 Verordnungspraxis: Schwierigkeiten und Unvereinbarkeiten</i>	- 95 -
<i>Abb. 8 Einflussfaktoren auf "Verordnungsverhalten" von Hausärzten</i>	- 96 -
<i>Abb. 10 Antwortverteilung nach Geschlecht der Hausärzte, 1= männliche Hausärzte, 2= weibliche Hausärzte, x-Achse 6-er Antwortskala des Fragebogens, y-Achse Antwortdichte, rechtsseitig 1-5= Subskala 1-5, oben 1-4= Items der Subskalen</i>	- 97 -
<i>Abb. 11 Antwortverhalten der Altersgruppen, 1=30-40, 2= 41-50, 3= 51-60, 4= 61-70, 5>70 Jahre, x-Achse 6-er Antwortskala des Fragebogens, y-Achse Antwortdichte, rechtsseitig 1-5= Subskala 1-5, oben 1-4= Items der Subskalen</i>	- 98 -

11. TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1 Leitfaden	- 13 -
Tab. 2 Operationales Modell	- 38 -
Tab. 3 Hausärztekollektiv der Machbarkeitsstudie, N=14	- 45 -
Tab. 4 Ergebnisse der Einzelitems, (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6=trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu, \bar{X} = Mittelwert, SD= Standardabweichung)	- 47 -
Tab. 5 Antwortverhalten im Vergleich zwischen männlichen und weiblichen Hausärzten, (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6=trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu, \bar{X} = Mittelwert, SD= Standardabweichung, gelb hinterlegte Spalten= signifikant, Tendenz zur Signifikanz)	- 48 -
Tab. 6 Fehlwerte der Stichprobe zu soziodemografischen Angaben	- 54 -
Tab. 7 Soziodemografische Daten des Hausärztekollektivs	- 56 -
Tab. 8 Ergebnisse der Einzelitems (1= trifft voll und ganz zu/ stimme voll und ganz zu, 6= trifft überhaupt nicht zu/ stimme überhaupt nicht zu, \bar{X} = Mittelwert, SD= Standardabweichung)	- 57 -
Tab. 9 Faktorladungen, Ladung > 0,5= *, Reliabilitäten mit Angabe von Cronbach's alpha	- 59 -
Tab. 10 Mittelwerte nach Geschlecht und Altersgruppe in Jahren, MR= Medikamenten-repertoire, RZ= Rezeptblock, PR= Pharmareferent, KH= Krankenhaus, iP= informierter Patient	- 61 -
Tab. 11 Welchtest zur explorativen Analyse des Geschlechtseinflusses auf das hausärztliche Antwortverhalten, (Sig.= Signifikanzen durch Angabe der p-Werte, gelb hinterlegt= statistisch signifikant)	- 61 -
Tab. 12 Ergebnisse der Korrelationsanalyse zum Einfluss des Alters der Hausärzte auf ihr Antwortverhalten, Sig. = Signifikanz mit Angabe von p-Werten, gelb hinterlegt= statistisch signifikant)	- 62 -
Tab. 13 Berechnungen der sozialen Erwünschtheit	- 63 -
Tab. 14 Mittelwertberechnungen, Standardabweichungen, p-Werte nach Mediansplitting der Gruppen in Gruppe 1 mit hoher sozialer Erwünschtheit und Gruppe 2 mit niedriger Erwünschtheit, (gelb hinterlegt= statistisch signifikant)	- 64 -
Tab. 15 subgruppenbezogenes Antwortverhalten im Vergleich zwischen Hausärzten mit hoher und niedriger Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, gelb hinterlegt= statistisch signifikant, Tendenz zur Signifikanz	- 65 -

12. PUBLIKATIONEN

Fankhänel T, Lenz J, Papert S, Voigt K, Klement A: Screening und Brief Intervention in der Hausarztpraxis: Barrieren gegen eine Frühintervention bei Patienten mit Alkoholmissbrauch. Screening and Brief intervention in Primary Care: Barriers Against an Early Intervention for Patients with Alcohol Misuse. Psychother Psych Med 64:1-5 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York 2014

Lenz J, Fankhaenel T, Heusinger von Waldegg G, Grundke S, Klement A, Lichte T: Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten von Hausärzten in Sachsen-Anhalt. Poster-Präsentation. 47. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Komplexität in der Allgemeinmedizin-Herausforderung und Chancen. München. 12.-14. September 2013

13. DANKSAGUNG

Hiermit möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Th. Lichte und meinem Betreuer Herrn Dr. med. G. Heusinger von Waldegg für die Möglichkeit am Institut für Allgemeinmedizin zu promovieren, die Themenvergabe, die intensive Betreuung und konstruktive Kritik danken. Mit großer Ausdauer und Geduld begleiteten sie mich während der gesamten Promotionszeit.

Ganz herzlich möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. S. Grundke für ihre fachliche Kompetenz, ihre Geduld und ihre große Unterstützung insbesondere in der Bearbeitung des qualitativen Forschungsabschnittes meiner Arbeit danken.

Für die statistische Hilfe und zeitintensive Fragebogenentwicklung bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Th. Fankhaenel.

Bei Herrn Prof. Dr. A. Klement für die gute Zusammenarbeit zwischen dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Magdeburg und der Sektion Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Halle.

Ein weiteres Dankeschön gilt Herrn Dipl.-Biol. K. Antweiler vom Institut für Biometrie und Medizinische Informatik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg für die Unterstützung bei statistischen Berechnungen für den quantitativen Forschungsabschnitt.

Auch gilt mein Dank Frau Dr. K. Werwick für die fachliche Beratung und Unterstützung zu Beginn der Promotionszeit.

Ein ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern, die mich während des gesamten Studiums und der langen Promotionsphase immer motivierend und geduldig unterstützt haben.

Meinem Bruder, meiner Schwägerin, meiner Nichte und meinem Neffen einen großen Dankeschön dafür, dass sie mir durch gemeinsame Zeit, Zuwendung und Liebe immer wieder Kraft und Energie zur Fortführung meiner Arbeit gegeben haben.

Zu guter Letzt bedanke ich mich recht herzlich bei allen Interviewteilnehmern, sowie „Fragebogenbeantwortern“, ohne die diese Arbeit niemals möglich gewesen wäre.

14. ERKLÄRUNGEN

Ich, Julia Lenz, erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel „Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten von Hausärzten in Sachsen-Anhalt- Eine qualitative und quantitative Analyse“ aus dem Institut für Allgemeinmedizin ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den

Unterschrift

15. CURRICULUM VITAE

Persönliche Angaben

Julia Lenz

geboren am 15. Dezember 1984

in Schwerin

Schulbildung

09/1991- 06/1995 Grundschule am Brückfeld (Magdeburg)

08/1995- 06/2004 Sportgymnasium Magdeburg

Hochschulbildung

10/2004- 10/2010 Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg

Praktisches Jahr:

08/2009-12/2009 Endokrinologie Universitätsklinikum Magdeburg

12/2009- 03/2010 Chirurgische Klinik Harzklinikum Wernigerode/

Blankenburg

03/2010-07/2010 Allgemeinmedizin Praxisteam Gartenstraße/
Oschersleben

Berufsweg

02/2011- 08/2012 Innere Medizin, Klinikum in den Pfeufferschen Stiftungen

01/2013- 07/2013 Pädiatrie, Praxis Dipl. med. M. Bröse/ Dipl. med. H.

Fritsche

08/2013- 11/2013 Dermatologie, MVZ Herderstraße

11/2013- 02/2014 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Praxis Dipl. med. A. Beye

02/2014-08/2014 Chirurgie

09/2014- heute Endokrinologie, Praxis Dr. med. A.

Auslandsaufenthalte

11/2010-01/2011 Innere Medizin, Orthopädie, Augenheilkund

10/2012-12/2012 Pädiatrie, Nairobi National Hospital, Kenia

16. ANHANG

16.1 Interviewleitfaden

Einleitungsfrage/Vorstellungsrunde:

Niedergelassen seit wann?

Wo studiert? Wann Abschluss?

Fachspezialisierung

Praxis Stadt/ Land

Alter

Hauptinterviewfragen

Thema „Bedeutung des Rezeptblocks im ärztlichen Alltag“

1. Welche Bedeutung hat ihr Rezeptblock in Ihrem ärztlichen Alltag?

Benutzung obligat oder nicht?

Unterschiede Akutpatienten - chronisch kranke Patienten/ geriatrische Patienten

Bedeutung des „grünen Rezeptes“

Bedeutung des Rezeptes im Beratungsgespräch (Symbolcharakter?)

Wie wichtig ist es für sie, Medikamente zu verordnen?

Faktoren, die die Rezeptausstellung als „Vorgang“ beeinflussen

Thema „persönliches Medikamentenrepertoire“

2. Wie würden Sie Ihr „persönliches Medikamentenrepertoire“ beschreiben?

Was schätzen sie, wie viele verschiedene Medikamente benutzen sie/wie groß ist ihr Medikamentenrepertoire?

Welche Medikamente gehörten dazu?

Wie ist Ihr Medikamentenrepertoire entstanden?

Unter welchen Bedingungen verändert sich Ihr Medikamentenrepertoire?

Auswahlkriterien f. Repertoire

Was bedeutet Medikamentenrepertoire überhaupt?

modern vs. traditioneller Typ?

individuelles Verordnungsmuster/ Standardtherapie

Leitlinie evtl. Orientierungshilfe?

Patientenalter handlungsleitend?

Verordnungspraktik: Zurückgreifen zum Altbewährten?

3. Gibt es Situationen, in denen Ihre Verordnungskonstanz bzw. auch Ihr Medikamentenrepertoire „in Unordnung gebracht“ (konterkariert) wird?

Wie stehen Sie zu Medikationsänderungen bei Krankenhausaufenthalten?

Genügend Informationen zu Gründen der Änderung?

Weiterverordnung dieser Medikamente möglich/ nötig

Thema „Lieblingsmedikament“ vs. „ungeliebtes Medikament“

4. Haben Sie ein „Lieblingsmedikament“?

Wie findet ein (neues) Medikament den Weg in ihr Herz?

Welche Eigenschaften muss es aufweisen? (genaue Beschreibung wie und warum)

Wie findet ein neues Medikament den Weg in ihren Verstand?

Welche Eigenschaften muss es aufweisen? (genaue Beschreibung wie und warum)

Fällen Sie Ihre Entscheidungen eher „nach dem Herzen“, oder eher „nach dem Verstand“?

Thema „neue Medikamente“

5. Wie erfahren Sie von neuen Medikamenten?

Erst- und Zweitinformationssuche

Wie erfolgt der Informationsaustausch mit den Kollegen im ambulanten bzw. stationären Bereich?

Welche neuen Medikamente haben sie im letzten Jahr verordnet?

Was hat sie bewogen, diese neuen Medikamente zu verschreiben?

Was hat sie davon überzeugt, dieses neue Medikament in ihr Repertoire aufzunehmen

Erläutern sie bitte an einem konkreten Patientenbeispiel einmal ihr Vorgehen und den Entscheidungsprozess zur Verschreibung eines neuen Medikamentes!

Wie hätten sie gehandelt, wenn es das neue Medikament nicht gegeben hätte?

6. Was denken Sie, war der wichtigste Einflussfaktor bei der Entscheidung, ein neues Medikament zu verschreiben?

7. Wurde ihre Entscheidung durch irgendjemanden oder irgendetwas beeinflusst?

Kollegen

Literatur

Muster

Vorträge

Entlassungsbriefe

Pharmareferenten?

Spielen Kosten eine Rolle?

8. Wenn Sie zurückblicken, wie würden sie die Neuentwicklung von Medikamenten während ihrer Arztlafbahn beschreiben?

Wie sollten Innovationen aussehen?

neue Innovationen notwendig?

neue Innovationen erfolgt?

Abschluss

9. Gibt es noch etwas, was sie mir zum Thema Polypharmakotherapie in der Hausarztpraxis noch mit auf den Weg geben möchten? Habe ich etwas vergessen zu fragen?

16.2 Pretest-Fragebogen

 <p>OTTO VON GUERICKE UNIVERSITÄT MAGDEBURG</p> <p>Institut für Allgemeinmedizin Universitätsklinikum Magdeburg Prof. Dr. med. T. Lichte Dr. med. Heusinger von Waldegg</p>	<p>„Verschreibungsverhalten von Hausärzten im Zusammenhang mit der Herausarbeitung von Prioritäten spezifischer Einflussfaktoren“</p> <p>ID</p>							
<p>1. Das individuelle Medikamentenrepertoire kann konstant, aber auch variabel sein. Zu Beginn möchten wir gerne wissen, in wie weit sie den folgenden Aussagen zustimmen.</p>								
<p>(1) Ich probiere gern neue Medikamente. (2) Ich greife gern auf bewährte Medikamente zurück. (3) Ich glaube, mein Repertoire wird durch Neuheiten, die auf den Markt kommen, verbessert. (4) Ich bin der Meinung, neue Medikamente entstehen nur aus der Profitgier der Pharmaindustrie. (5) Mein Repertoire wird ständig von neuen Medikamenten überflutet. (6) Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler.</p>								
<p>Stimme voll überhaupt und ganz zu nicht zu</p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>2. Rezepte können eine Hilfe in der Sprechstunde sein. In wie weit würden sie den folgenden Aussagen zustimmen?</p>								
<p>(1) Durch ein Rezept erfülle ich vor allem die Erwartungen</p>								
<p>Stimme voll überhaupt und ganz zu nicht zu</p> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anhang

meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>					
(2) Es hängt vor allem von mir ab, ob ich ein Rezept ausstelle oder nicht.	<input type="checkbox"/>					
(3) Oft stelle ich ein Rezept nur aus, damit der Patient zufrieden ist.	<input type="checkbox"/>					
(4) Ich stelle Rezepte nur so selten wie möglich aus.	<input type="checkbox"/>					
(5) Ich finde es besonders wichtig, dass ich Rezepte niemals leichtfertig ausstelle.	<input type="checkbox"/>					
3. Wir möchten gerne herausfinden, welche Erfahrungen sie in Zusammenarbeit mit den Pharmareferenten gesammelt haben? Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.						
(1) Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.	<input type="checkbox"/>					
(2) Ich wurde schon durch Pharmareferenten manipuliert.	<input type="checkbox"/>					
(3) Ich empfange gern Pharmareferenten.	<input type="checkbox"/>					
(4) Der Besuch von Pharmareferenten kostet zu viel Zeit.	<input type="checkbox"/>					
(5) Durch Fortbildungen der Pharmaindustrie erhalte ich einen guten Wissenszuwachs.	<input type="checkbox"/>					
(6) Ich nehme gerne an Fortbildungen der Pharmaindustrie teil.	<input type="checkbox"/>					
4. Wir möchten auf Ihre Kooperation mit den Krankenhäusern blicken. Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.						
(1) Als Hausarzt wird man oft nicht ausreichend in die Entlassungsmedikation eingebunden.	<input type="checkbox"/>					
(2) Die Überprüfung der Entlassungsmedikation sollte nicht Aufgabe der Hausärzte sein.	<input type="checkbox"/>					
(3) Ich bin der Meinung, es erfolgen zu selten Rücksprachen seitens Krankenhausärzte.	<input type="checkbox"/>					
(4) Die weitere Versorgung des Patienten wird selten gut durch das Krankenhaus organisiert.	<input type="checkbox"/>					
(5) Ich habe den Eindruck, dass Freitag-Nachmittag-Entlassungen zu häufig vorkommen.	<input type="checkbox"/>					
5. Patienten informieren sich häufig im Internet oder anderen Medien über medizinische Belange. Wie zutreffend bewerten sie die folgenden Aussagen zum „informierten“ Patienten?						
(1) Ich finde es wichtig, dass Patienten mir mitteilen, wenn sie anderer Meinung sind.	<input type="checkbox"/>					
(2) Ich finde es wichtig, dass sich Patienten über ihre Situation gut informieren.	<input type="checkbox"/>					
(3) Die Behandlungsentscheidung sollte immer beim Arzt liegen.	<input type="checkbox"/>					
(4) Manchmal stört es mich, dass Patienten mit ihrem Halbwissen Therapieentscheidungen selbst treffen wollen.	<input type="checkbox"/>					
(5) Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden	<input type="checkbox"/>					
(6) Ich bin der Meinung der informierte Patient ist eher	<input type="checkbox"/>					

Anhang

<p>missstrauisch und erschwert damit die Behandlung.</p> <p>(7) Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnungen Einfluss nehmen.</p> <p>(8) ich finde es gut, wenn Therapieentscheidungen zusammen mit dem Patienten zu treffen sind.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																						
<p>6. Wir möchten gerne erfahren, welche Prioritäten Sie bei der Entscheidung FÜR das Einsetzen eines neuen Medikamentes setzen? Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.</p>																																																							
<p>Ich entscheide mich vor allem für ein neues Medikament, wenn...</p> <p>(1) ... die Leitlinien es empfehlen.</p> <p>(2) ... es einen niedrigen Preis hat.</p> <p>(3) ... die Therapie damit erfolgreicher sein kann.</p> <p>(4) ... ich Behandlungserfolge von Kollegen gehört habe.</p> <p>(5) ... es auf einer Fortbildung empfohlen wurde.</p> <p>(6) ... es der Pharmareferent empfohlen hat.</p> <p>(7) ... ich die Krankenhausverordnung fortsetze.</p> <p>(8) ... die Fachinformation überzeugt.</p> <p>(9) ... ich es mir selber auch nicht vorenthalten würde, wenn es eine echte Innovation ist.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Trifft voll und ganz zu Trifft überhaupt nicht zu </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<p>7. Ergänzend zu Frage 7 möchten wir gerne erfahren, warum Sie sich DAGEGEN entscheiden, ein neues Medikament in Ihr „Medikamentenrepertoire“ aufzunehmen? Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.</p>																																																							
<p>Ich entscheide mich vor allem dann gegen ein neues Medikament, wenn...</p> <p>(1) ... ich kritische wissenschaftliche Studien dazu gelesen habe.</p> <p>(2) ... es zu teuer ist.</p> <p>(3) ... es keine „echte“ Innovation ist.</p> <p>(4) ... ich ganz neue Medikamente sowieso nicht einsetze.</p> <p>(5) ... ich ganz neue Medikamente nicht gleich einsetze.</p> <p>(6) ... ich nicht immer der Erste sein muss.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Trifft voll und ganz zu Trifft überhaupt nicht zu </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>																																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
<p>8. Freitextfeld zur Selbstbewertung der eigenen Verordnungsroutine (Erfolgsevaluation) und zum Fehlermanagement: Wie bewerten Sie selbst Ihre Verordnungsroutine? Welche Strategien zur Erfolgsevaluation ihrer medikamentösen Therapien und zum Fehlermanagement haben Sie für sich entwickelt?</p>																																																							
<p>9. Abschließend möchten wir gerne noch einmal die Einflussfaktoren auf ihr Verordnungsverhalten zusammenfassen. In wie fern beeinflussen die folgenden Angaben Ihre Verschreibungen tatsächlich. Bitte kreuzen Sie an, in wie fern Sie den Aussagen zustimmen.</p>																																																							

Anhang

Mein Verordnungsverhalten wird besonders stark beeinflusst durch:		Stimme voll und ganz zu	Stimme überhaupt nicht zu				
Patient		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Patientenerwartungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Patientenzufriedenheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Einnahmegenwohnheiten von Patienten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Adhärenz des Patienten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Alter des Patienten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Vorangegangene Behandlungserfolge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Fachärzte/Krankenhäuser/Apotheker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Krankenhausverordnungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Verordnungen anderer ambulanter Fachärzte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Apothekerempfehlungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung selbst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Therapeutische Notwendigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mich selbst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Mein Krankheitsverständnis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Eigenerfahrung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) Angst vor Regressen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Werbung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Literatur und Studien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Leitlinien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiteres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Probepackungen aus meinem Schrank		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(18) Kostenfaktor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(19) Empfehlungen von Pharmareferenten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Freitextfeld zum Abschluss: Was möchten sie ergänzen?
Verbesserungsvorschläge zur Pharmakotherapie in der Allgemeinmedizin?**

Soziodemografische Daten	
Alter
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Praxisform	Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis <input type="checkbox"/> MVZ <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
In welchem Gebiet liegt Ihre Praxis?	Stadt > 50.000 Einwohner <input type="checkbox"/> Stadt 25.000 - 50.000 Einwohner <input type="checkbox"/> Stadt 10.000 - 25.000 Einwohner <input type="checkbox"/> Gemeinde 5.000 - 10.000 Einwohner <input type="checkbox"/> Gemeinde < 5.000 Einwohner <input type="checkbox"/>

Anhang

niedergelassen seit
Scheinzahl
Facharzt für
Zusatzqualifikation(en)

16.3 Fragebogen der quantitativen Studie

Dissertationsstudie zum hausärztlichen Verschreibungsverhalten

Sehr geehrte >>Serienbrief<<

mein Name ist Julia Lenz und ich arbeite seit Februar 2011 als Assistenzärztin in der Klinik für Geriatrie in den Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg. Nun befindet sich mich auf dem Weg zur Fachärztin für Allgemeinmedizin und möchte im Rahmen meiner Dissertation das Verschreibungsverhalten von Hausärzten untersuchen.

In zwei Fokusgruppeninterviews mit Teilnehmern aus hausärztlichen Qualitätszirkeln wurden wichtige Aspekte herausgearbeitet und daraus ein Fragebogen entwickelt. Diesen Fragebogen sende ich Ihnen heute zu und würde mich über eine Beantwortung und Rücksendung per Fax sehr freuen.

Alle Informationen, die im Rahmen dieser Studie gesammelt werden, werden ausschließlich in pseudonymisierter Form ausgewertet, nicht an Dritte weitergegeben und auch nicht online gespeichert. Nach der Auswertung kann ich Ihnen bei Interesse gern ein Feedback zu den Ergebnissen geben.

Ich bitte herzlichst um Ihre Teilnahmebereitschaft und verbleibe
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. G. Heusinger von Waldegg Julia Lenz Prof. Dr. med. T. Lichte

1. Das individuelle Medikamentenrepertoire kann konstant, aber auch variabel sein. Zu Beginn möchten wir gerne wissen, in wie weit sie den folgenden Aussagen zustimmen.	
	Stimme voll und ganz zu stimme überhaupt nicht zu
1. Ich glaube, mein Repertoire wird durch Neuheiten, die auf	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Anhang

den Markt kommen, verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin der Meinung, neue Medikamente entstehen nur aus der Profitgier der Pharma industrie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich finde, weniger Medikamente erhalten die Übersicht und reduzieren Verordnungsfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rezepte können eine Hilfe in der Sprechstunde sein. In wie weit würden sie den folgenden Aussagen zustimmen?	stimme voll und ganz zu	stimme überhaupt nicht zu				
1. Durch ein Rezept erfülle ich oft nur die Erwartungen meiner Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Manchmal stelle ich ein Rezept aus, damit der Patient zufrieden ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rezepte sind hilfreich, um die Konsultation abzuschließen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Durch ein Rezept sage ich dem Patienten, dass ich ihm helfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wir möchten gerne herausfinden, welchen Informationsgewinn sie durch den Pharmareferenten/die Pharma industrie erleben? Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.	trifft voll und ganz zu	trifft überhaupt nicht zu				
1. Von den Pharmareferenten erhalte ich hilfreiche Fachinformationen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Durch Fortbildungen der Pharma industrie erhalte ich einen guten Wissenszuwachs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich nehme gerne an Fortbildungen der Pharma industrie teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wir möchten auf Ihre Kooperation mit den Krankenhäusern blicken. Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.	trifft voll und ganz zu	trifft überhaupt nicht zu				
1. Die Überprüfung der Entlassungsmedikation sollte nicht Aufgabe der Hausärzte sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin der Meinung, es erfolgen zu selten Rücksprachen seitens der Krankenhausärzte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe den Eindruck, dass Freitag-Nachmittag-Entlassungen zu häufig vorkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Patienten informieren sich häufig im Internet oder anderen Medien über medizinische Belange. Wie zutreffend bewerten sie die folgenden Aussagen zum „informierten“ Patienten?	trifft voll und ganz zu	trifft überhaupt nicht zu				
1. Manchmal stört es mich, dass Patienten mit ihrem Halbwissen Therapieentscheidungen selbst treffen wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ärztliche Entscheidungen sollten vom Patienten akzeptiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich finde es nicht gut, wenn Patienten auf meine Verordnungen Einfluss nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wir möchten gerne erfahren, welche Prioritäten Sie bei der Entscheidung FÜR das Einsetzen eines neuen Medikamentes setzen. Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.	trifft voll und ganz zu	trifft überhaupt nicht zu				
Ich entscheide mich vor allem für ein neues Medikament, wenn...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. ...die Leitlinien es empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.es einen niedrigen Preis hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.die Therapie damit erfolgreicher sein kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich Behandlungserfolge von Kollegen gehört habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.es auf einer Fortbildung empfohlen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.es der Pharmareferent empfohlen hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.ich die Krankenhausverordnung fortsetze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.die Fachinformation überzeugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang

9. ...ich es mir selber auch nicht vorenthalten würde, wenn es eine echte Innovation ist.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
7. Ergänzend zu Frage 7 möchten wir gerne erfahren, warum Sie sich DAGEGEN Entscheiden, ein neues Medikament in Ihr Medikamentenrepertoire aufzunehmen. Bitte geben Sie an, in wie weit die folgenden Beschreibungen zutreffen.								
Ich entscheide mich vor allem gegen ein neues Medikament, wenn/weil... <ol style="list-style-type: none"> 1. ...ich kritische wissenschaftliche Studien dazu gelesen habe. 2. ...es zu teuer ist. 3. ...es keine „echte“ Innovation ist. 4. ...ich neue Medikamente sowieso nicht einsetze. 5. ...ich neue Medikamente nicht gleich einsetze. 	trifft voll und ganz zu							
	trifft überhaupt nicht zu							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
8. Die letzten 6 Fragen erfragen eine kurze Selbsteinschätzung zu Ihrer Person.								
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manchmal bin ich neidisch, wenn andere Glück haben. 2. Ich bin immer höflich, auch zu unangenehmen Leuten. 3. Wenn ich etwas nicht weiß, gebe ich es ohne Zögern zu. 4. Ich finde es nicht besonders schwierig, mit lauten unangenehmen Leuten auszukommen. 5. Ganz gleich, mit wem ich mich unterhalte, ich bin immer ein guter Zuhörer. 6. Manchmal bestehe ich auf Genugtuung und kann nicht Vergeben und vergessen. 	trifft voll und ganz zu							
	trifft überhaupt nicht zu							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Ihr Alter:	<input type="checkbox"/>	Ihr Geschlecht:	w	m	<input type="checkbox"/>	Niederlassungsjahr:		
Art der Praxis:	Einzelpraxis	Praxisgemeinschaft			Gemeinschaftspraxis		MVZ	
Standort der Praxis	>100000 Einwohner	25001-100000 Einwohner			5000-25000 Einwohner		< 5000 Einwohner	
Scheinzahl/Quartal								

16.4 Grafische Auswertung der Transkriptionen

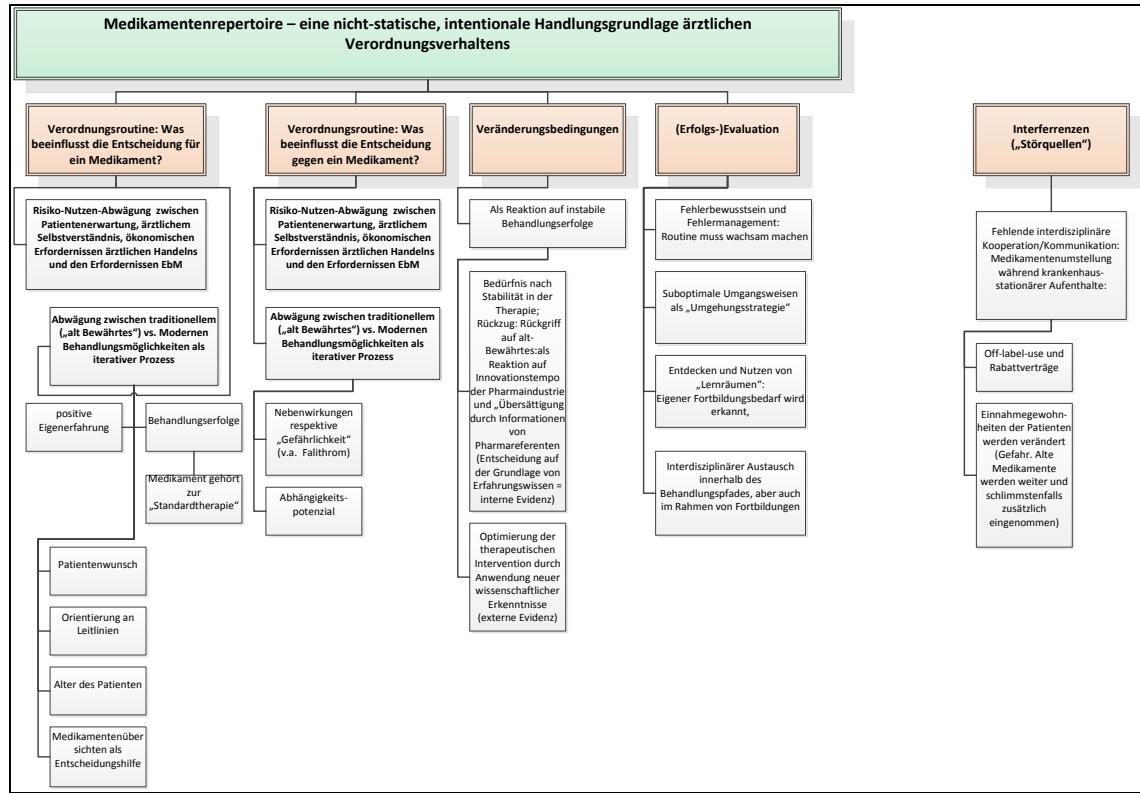


Abb. 6 Medikamentenrepertoire- eine nicht-statische, intentionale Handlungsgrundlage ärztlichen Verordnungsverhaltens

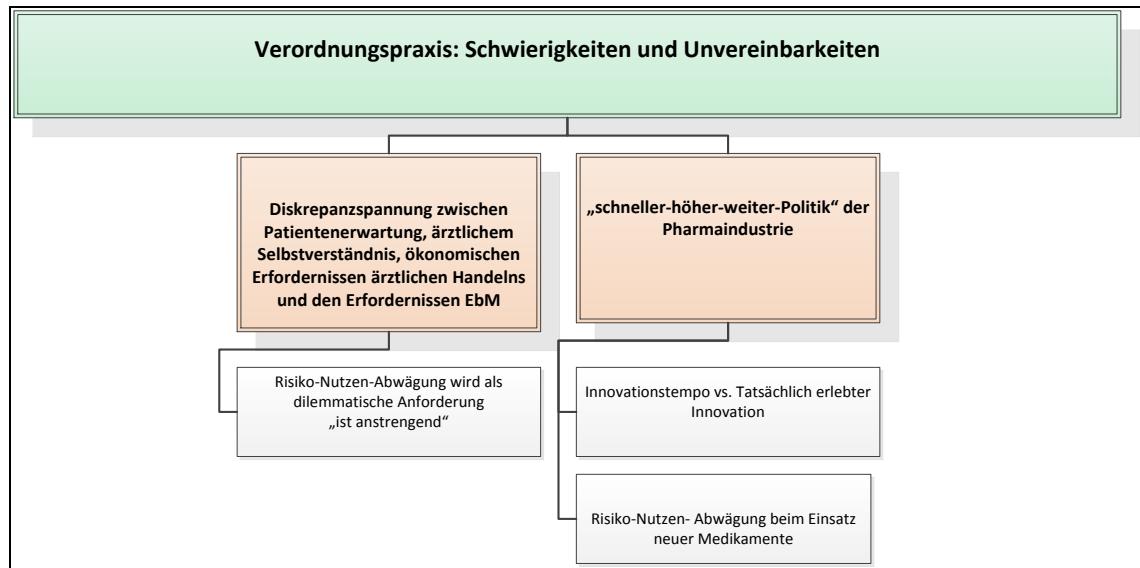


Abb. 7 Verordnungspraxis: Schwierigkeiten und Unvereinbarkeiten

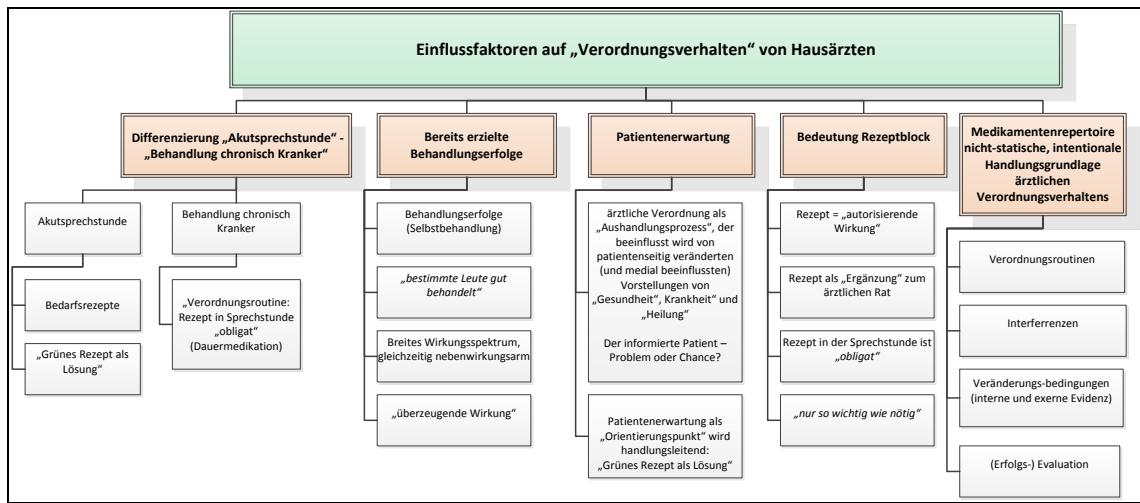


Abb. 8 Einflussfaktoren auf "Verordnungsverhalten" von Hausärzten

16.5 Antwortverteilung nach Geschlecht und Altersgruppen der Hausärzte

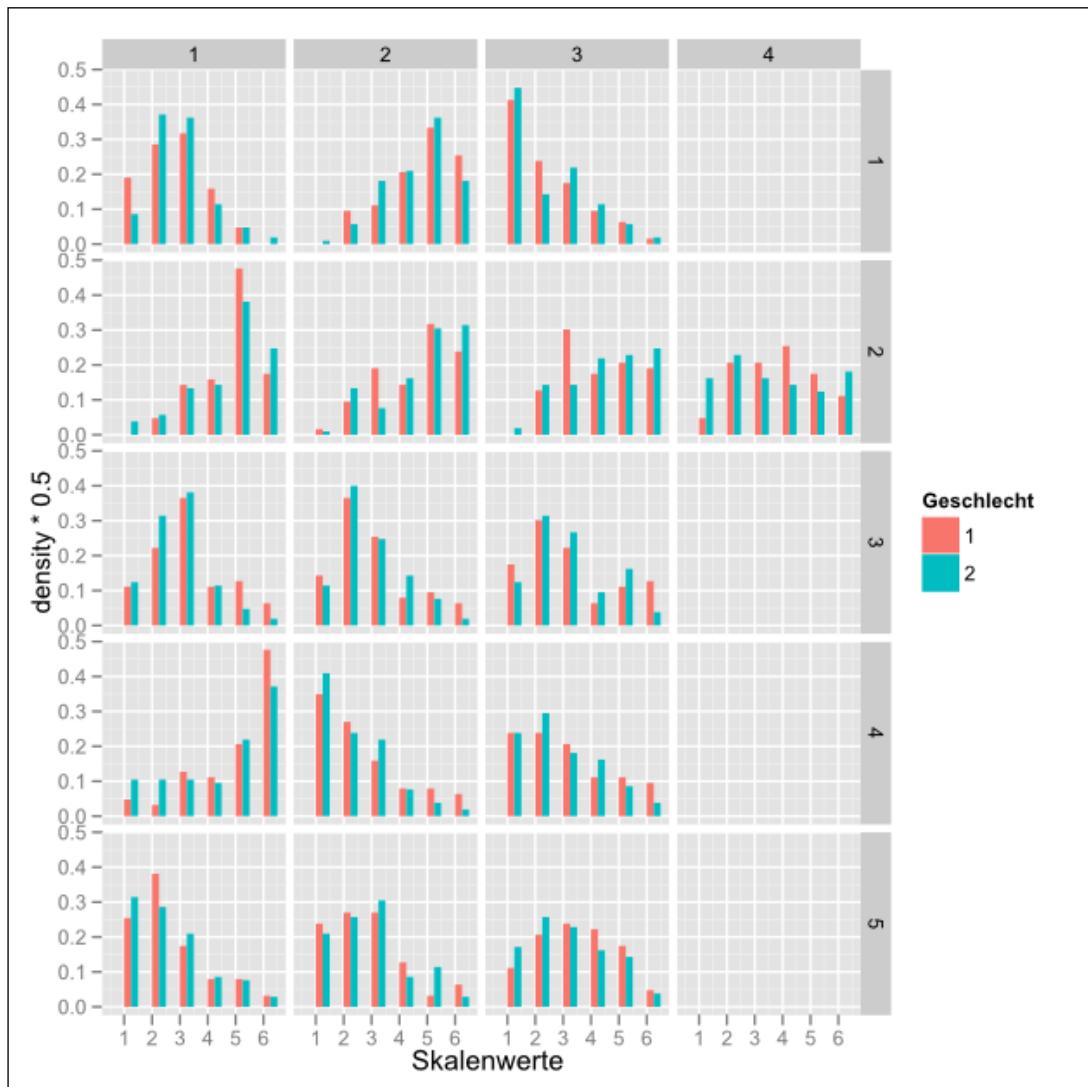


Abb. 9 Antwortverteilung nach Geschlecht der Hausärzte, 1= männliche Hausärzte, 2= weibliche Hausärzte, x-Achse 6-er Antwortskala des Fragebogens, y-Achse Antwortdichte, rechtsseitig 1-5= Subskalen 1-5, oben 1-4= Items der Subskalen

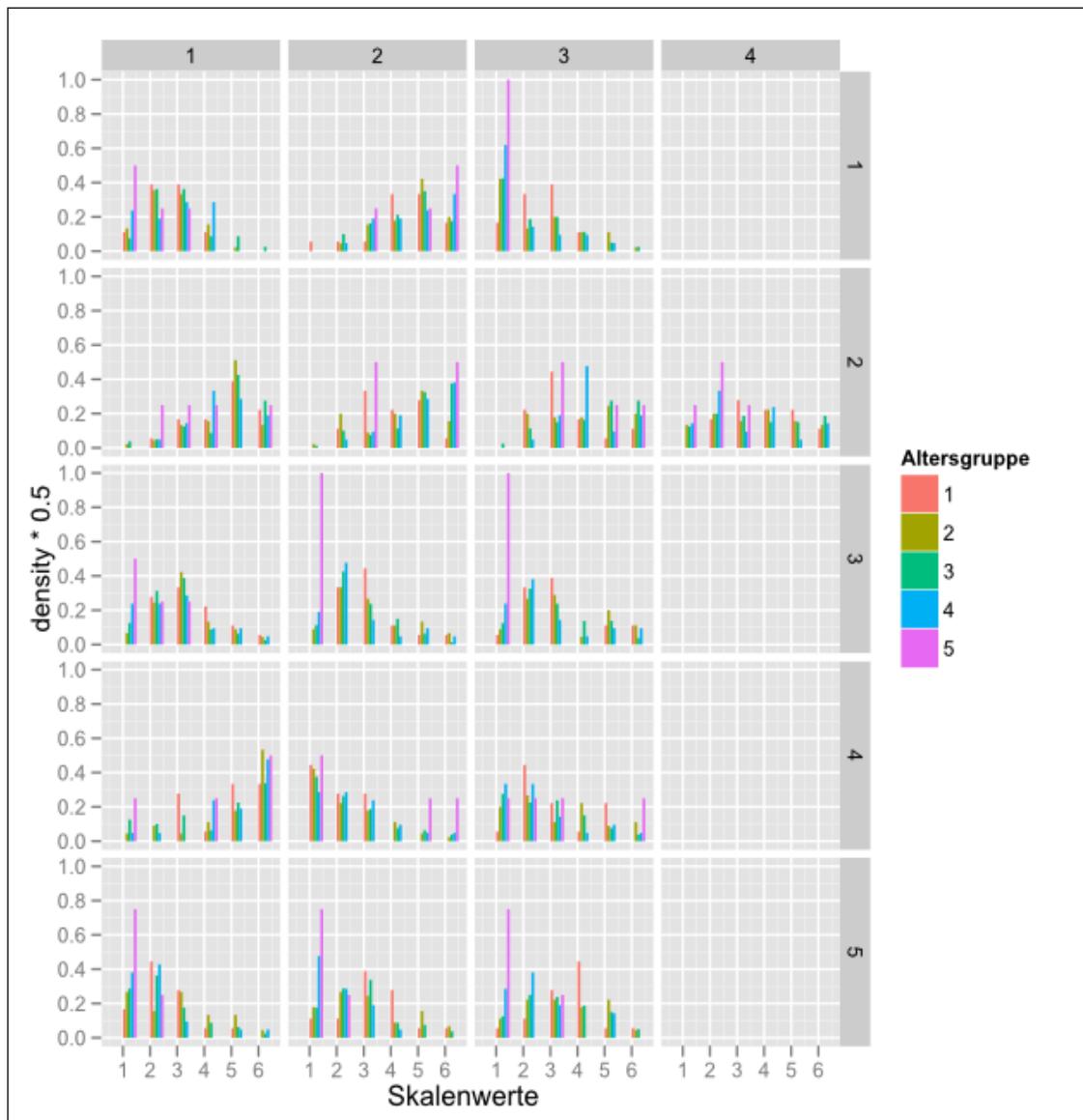


Abb. 10 Antwortverhalten der Altersgruppen, 1=30-40, 2= 41-50, 3= 51-60, 4= 61-70, 5>70 Jahre, x-Achse 6-er Antwortskala des Fragebogens, y-Achse Antwortdichte, rechtsseitig 1-5= Subskala 1-5, oben 1-4= Items der Subskalen

16.6 Transkription Fokusgruppe I

Gesprächsprotokoll

Interviewort: Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen

Datum: 28.04.2010

Dauer: 1 Stunde

Durchführung: Julia Lenz

Anzahl der Teilnehmer: 5 Hausärzte, eine Sozialwissenschaftlerin, 2 Interviewer, ein Beobachter

Geburtsjahr der Ärzte: 1957, 1971, 1960, 1956, 1955

Geschlecht: 3 Frauen, 2 Männer

Fachspezialisierung: 4 Fachärzte für Allgemeinmedizin, ein Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin

Praxis Stadt/Land: 5 Praxen in der Stadt Magdeburg

Interviewsituation

Die Interviewsituation war sehr angenehm. Die Ärzte haben untereinander viel diskutiert. Vor Beginn des Interviews waren alle ein wenig angespannt und aufgereggt. Dies änderte sich im Verlauf schnell.

Formale Auffälligkeiten

Auffällig sind vor allem regionalspezifische Formulierungen, z.B.:

Zeile 232 „...der von denen och nich...“

Die verwendeten Transkriptionszeichen:

(.)	= kurzes Absetzen
..	= mittlere Pause von 2 Sekunden
...	= 3 Sekunden
(4sek.)	= Pause; Dauer in Sekunden
(,)	= Senken der Stimme
(')	= Heben der Stimme
(-)	= Stimme in der Schwebe
(!)	= besonderer Ausruf
neee	= <i>Dehnung</i>
(selber ?)	= vermuteter Wortlaut
(?)	= unverständliche Äußerung
&	= auffällig schneller Anschluss
„.....“	= dialogische Rede
/	= Konstruktionsabbruch
viellei	= Wortabbruch
((z.B. laut))	= „objektiv“ feststellbare, parasprachliche, nicht verbale, oder gesprächsexterne Aktivität
((z.B. ironisch)))	= interpretativ feststellbare begleitende Sprechqualität
(k)	= Korrektur
Schulung	= betont gesprochen

A: Ich sehe daher [die

Anhang

B: nein ich = gleichzeitiges Sprechen mit Kennzeichnung des Einsetzens

I: Ja (.) mein Thema (,) ganz grob zusammengefasst (,) befasst sich mit dem *großen Thema der Pharmakotherapie* in der Hausarztpraxis. Das sagt ja erstmal noch nicht so viel (') aber wir steigen einfach mal ein (.) ganz allgemein sozusagen. ((Geflüster: Der Vater von Effi Briest hat mal gesagt: „Das ist ein weites Feld“) genau. ((Gelächter)) und deswegen gleich zu Beginn (.) wie wichtig ist denn der Rezeptblock im Praxisalltag?

A2: Für wen? ((Gelächter))

I: Für sie als Arzt.

A2: So wichtig wie nötig. Das heißt (,) äh (-) dass ja nicht jeder die Praxis mit 'm Rezept in der Hand verlässt (k) oder die Sprechstunde (,)

Ä2: Aber die meisten verlassen trotzdem die Praxis mit einem Rezept.

A2: Die meisten schon & die meisten.

Ä2: Aber nicht jeder (,) ja (') ja (.) nicht jeder. Das ist / aber es ist trotzdem /

Ä3: Aber mit 'm Privatrezept..

Ä2: Ja & ja (.) äh (-) ja (.) iss /

A2: Wir müssen ma unterscheiden zwischen der Akutsprechstunde sag ich mal (') und dem bestellten Patienten (,) ja (') Die Bestellten kommen wegen ihrer chronischen Leiden. Das schließt natürlich ein (,) dass sie ihre Dauermedikamente an dem Tag vielleicht auch wieder mitnehmen (-) weil da ist das Rezept einfach obligat (.) und die in der Akutsprechstunde sitzen / auf die müssen wir uns ja dann fokussieren. Da verlässt eben *nicht jeder* die Sprechstunde mit einem Rezept in der Hand & manchmal (.) *pf..!* nicht gerade mit grinsendem Gesicht. Aber das Leben is hart.

A1: Auf jeden Fall ist es wichtig (k) es ist ja letztlich och egal (,) was da auf dem Rezept steht. Es ist ja letztlich auch Ausdruck einer Entscheidung (k) Entscheidungsfindung (.) manchmal eben dann auch die Entscheidung: „*nee..das is nix* (.) *wart ma ab*“ & Aber (,) ich denke / also (,) ich kann das auch so sagen. Ich denke viel / das ham wir auch schon ma so mit verfolgt (,) / viele Patienten erwarten das als Entäußerung unseres Handelns. Da hat das auch so eine gewisse *Erwartungshaltung* bei etlichen Patienten. Wenn die da raus gehen würden und sagen: „*Oh (!) der der hat ja / oh (!)* der hat ja nur die Hand auf die Schulter gelegt, mich untersucht und 'nen guten Rat gegeben (!)“ das is vielen Patienten zu wenig (.) und die Frage ist dann (') wie wir damit umgehen. Lassen wir uns / Lassen wir uns darauf ein (') oder sagen wir: „*Nö (.) das bleibt dabei (.) bei dem guten Rat und dem Handschlag*“ und (.) äh „*es ist nicht erforderlich was zu behandeln & aber wichtig ist das*“ / das is eben auch / und wenn das nur Placebo wär' (.) es is wichtig (!)

Ä2:

Bei den alten Patienten ohnehin. Die ham alle (k) die kriegen immer was. Also das is ganz selten. Na gut (.) ich hab heute zwei Dritteln gehabt die ham gesagt: „Ich hab noch alles.“ ja (') Aber das sind dann auch die, die mich auch ganz schön nerven (,) die alle drei (-) vier (-) fünf (-) Tage kommen (,) ja (') ok (.) wo sie gar nicht so oft kommen müssten (,) ne (') Aber die wollen eben immer den guten Rat öfter von mir hören (.) und *dann* ist es so inzwischen (') / die (.) die (k) Dann hatt' ich 'ne Weile, wo wir die grünen Rezepte noch nicht hatten (') wo ich nur gesagt habe (k) Empfehlung gegeben hab' und dann hab ich jetzt / manchmal denk ich jetzt: „*Oh Gott sind die dumm, die können doch sich mal allein was aus der Apotheke holen (!)*“ Aber inzwischen ist das auch nicht mehr so einfach (.) und sie sagen jetzt zu mir: „Können sie mir nich was empfehlen (')“ & und dann denk' ich *naja (.) mein Gott (.) da wird auch viel falsch gemacht* und eigentlich ist das auch ein Vertrauenszeugnis (,) wenn sie mich auf dieser & *dieser & dieser* banalen Schiene auch fragen (,) oder so (-) ja (.) ja (') was ich ihnen denn raten würde. Insofern muss ich sagen, ist das grüne Rezept (.) finde ich es gut

und die Patienten (.) also meine Patienten (.) wollen immer gerne sagen: „Na was & was würden sie mir denn da empfehlen (!)“ die sind bereit sich das zu kaufen (-) kein Problem (.) das is nich mehr schlamm. Aber sie wollen gerne meine Meinung und nicht die des Apothekers (.) ja. Dieses grüne Rezept hat dadurch auch so eine autorisierende Wirkung gekrict (.) von dir autorisiert, dass sie das bitte jetzt nehmen sollen (k) möchten. Hmm (-) ja (-) das auch (-) ja (.) / Aber ich sag' auch manchmal gerad bei Magen-Darm-Infekten: „*Sie müssen da nichts nehmen*“ (.) ja (')

A2: Dieses grüne Rezept hat dadurch auch so eine autorisierende Wirkung gekrict (.) von dir autorisiert (.) dass sie das bitte jetzt nehmen sollen (k) möchten.

Ä2: Hmm (-) jo (.) das auch (-) jo / Aber ich sag' auch manchmal (-) gerad' bei Magen-Darm-Infekten: „*Sie müssen da nichts nehmen*“ ja (')

A2: Ja aber dass is doch ein Unterschied.

Ä2: Ja (.) so (-) / Aber eigentlich sagen sie dann / Im Endeffekt möchten sie denn doch gerne noch was in die Hand kriegen (!) ja & ja & ja also /

I: Spielt der Patient schon 'ne große Rolle bei (') (k) also er nimmt schon Einfluss auf das (.) was man dann macht (') so wie er auftritt?

Ä2: Hm (-) ja (.) wenn er / ja /

A2: ja /

Ä2: jo (.)

Ä3: Es gibt dann auch welche die sagen, wenn sie 'nen Infekt haben (.) sie möchten ein Antibiotika haben (.) sie möchten ganz schnell wieder gesund werden & und wenn ich sage: „Im Moment is aber gar nichts notwendig. Ich kontrolliere das lieber nochmal in zwei Tagen (.) oder wenn jetzt der Husten eitrig wird, dann kommen sie bitte nochmal wieder“ dann wird 's schon wieder zu viel (.) weil er dann nochma kommen muss (.) ja (') Aber sie kriegen *nich alle* ein Antibiotika.

Ä2: Die entscheidenden Sachen (.) da lassen wir auch *nich* handeln mit uns oder so. Also mach' ich jedenfalls nich.

Ä3: Auch beim Hypertonus nich (.) gleich beim ersten Wert (.) dass man gleich ein Medikament krikt, gibt 's nich (!)

Ä2: hm (-) ja (.)

Ä3: Kontrollen bei Spitzen dann (-) dann wird gesagt: „Dann müssen sie wieder kommen“

A1: hmm (.) ja (.)

Ä3: Machst du doch genauso (.) oder?

A1: Ja (.) aber trotz allem (.) die Frage war ja (') *hat der Patient da in gewisser Weise Einfluss* (') und da muss man sagen: „Ja“ (.) is so (.) ja (') Der hat Vorstellungen (-) / Es gibt tausend Sendungen im Fernsehen & es gibt & es gibt Internet (.) äh (-) es gibt / In allen möglichen Frauenzeitschriften stehen alle möglichen Sachen drinne (.) und der Patient ist ja gewöhnlich heute *mehr mehr* informiert als noch vor 20 Jahren (.) muss man ja einfach mal so sagen / und wie gesagt, ich bin ganz ehrlich. Ich & ich zieh das *nich immer* knallhart durch (.) ähm (-) Also von manchen is mir dann lieber (.) wenn ich dann wieder die Tür dahinter in kurzer Zeit zumache als & als wenn ich dann zehn Minuten dem erklären muss (.) warum das und das nicht notwendig ist. Punkt. Dazu muss man dann auch stehen. Ganz selten / Aber ich mach es (k) ich ertappe mich dabei (k) lass' ich mich halt auch mal manipulieren oder wie *och immer*, wie man das nennen mag.

Ä2: Man is ja oft an so 'ner Zwischenentscheidung. Grad' bei & bei (k) wenn man Antibiotika einsetzen möchte oder nich (.) wo man selber das Gefühl hat, *Mensch is es 'ne bakterielle oder is es doch 'n Virus* (.) ja (') wo man es einfach nich

so genau weiß. Wir hab'n ja dann kein Labor. Wir müssen ja dann möglichst schnell entscheiden. Dann is es Freitag (-) wo *überhaupt nichts* geht mehr (,) ja (') und soll man ihn das Wochenende nun so lassen (') ja (-) und dann & dann & dann & dann dann hört man / Dann kann der Patient das rüberbringen was er möchte (.) dieses Quäntchen (.) was man da an Entscheidungen nicht allein trifft. Das (k) da hilft der Patient dann schon (,) denk ich (,) ja (') Das is aber einfach 'ne (-) 'ne g..ja (.) is nich alles wissenschaftlich. Aber wissenschaftlich kann man ohnehin nich alles machen (,) wenn man & wenn man *ohne* (.) ohne Hilfsmittel arbeitet (.) ja (.)

Ä3: Manchmal
mach' ich das so bei Antibiotika (-) das is zwar nicht *lege artis* (,) aber das mach' ich manchmal /

Ä2: Ich weiß schon was du sagst (.) jetzt /

A1: stand by /

Ä3: Ja (,) wenn 's Donnerstag (k) nee wenn 's Donnerstag is oder Freitag (') dann schreib ich 'nen Rezept und sage: „Warten sie bitte noch 2 Tage und dann holen sie sich das bitte erst ab (,) wenn 's notwendig ist (,) wenn die und die Sachen kommen & ansonsten rufen sie mich bitte an und sagen: 'wir haben 's nich' gebraucht' (.) damit wir 's aus unserem Computer wieder rausnehmen können.“

A1: Wunderbar (.) mach' ich auch oft (k) zunehmend (.) hm (-) ja (,) schon Jahre. Das bewährt sich. Dann könn' se auch mal zeigen, ob se 'nen *Hintern in der Hose* haben & ob sie ma was aushalten (!) *haha*

Ä2: Schön (!) das tröstet mich ja jetzt auch wieder (.) weil ich das auch so handhab' (.) manchmal. Is nich oft (,) aber es sind Situationen wo man das mal so macht.

A1: Und das nimmt auch dem Patienten nicht die Verantwortung. Der is da mit dabei. Ich kann *keinem* Patienten die ganze Verantwortung für seine Gesundheit und so abnehmen.

Ä2: Ich erklär' ihm dann, in welcher Situation er das dann nehmen soll (,) und in welchen nich (.) und dann sind die auch sehr froh und glücklich, dass sie nicht zum Notdienst müssen dann. Wenn 's dann doch durchbricht oder eitrig wird oder (.) oder (-) ja (.) oder das Fieber steigt oder wie (.) und dann kommen sie am Anfang der Woche wieder dann können wir das nochmal besprechen oder so (,) ja (.) ok (.) zum Rezept.

I: Kann man das Repertoire / Es hat ja jeder Arzt denk' ich so sein Medikamenten-Repertoire. Kann man das überschlagen, wie viele Medikamente das so betrifft?

Ä2: Wir kriegen so 'ne Auswertung immer. Äh (-) da steht & da steht jedes Rezept was man aufschreibt. Da steht dann ausgeschrieben, wie oft wir das aufschreiben. Aber ich guck' mir das nicht groß an, muss ich sagen. Ich hab 's ma jetzt überblättert (,) aber es is mir auch nich so wichtig.

A2: Also ich bin der „*Shootingstar*“ beim Doxycyclin.

Ä2: Das is im Moment auch ganz gut wieder ((alle durcheinander-unverständlicher Wortlaut)) mehr jetzt wieder /

A2: Ich nehm' das seit Jahr und Tach und ich steh da immer wieder auf Liste Nummer eins in diesem Ding da. Also ich steh da *immer janz oben* (!)

Ä2: Ja (.) deswegen / Wir kriegen da immer so 'ne Übersicht, wo wir das dann direkt gezeigt kriegen, was wir aufschreiben.

A2: Aber es ist billig und bis (k) es ja sehr *sehr* wirksam.

Ä1: Also ich denke, wenn man 's nach ähm (-) Gebieten einteilen würde (.) dann kann man selber

für sich bestimmt äh ein Repertoire feststellen. Also es gibt sicherlich doch da sehr individuelle Verordnungsmuster, ja (') Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen / Also wenn man das mal teilt für sich selber, bei Erkältungserkrankungen und in verschiedenen Kategorien denke ich schon, dass wir alle da so 'n paar Eigenheiten auch haben und das /

Ä3: Wir reden jetzt vom Wirkstoff ja (')

Ä1: Ja.

Ä3: Wir reden jetzt nich von dem (,) was es in der Apotheke abgegeben wird.

Ä1: Nee (.) einfach von uns (.) was wir verordnen ne' (') & Denk' schon (,) dass wir uns da beschränken. Also wenn ich von mir ausgehe (-) also wir haben zum Glück ganz viel zur Verfügung inzwischen. Aber einfach damit ich 's auch noch überschaue und auch noch kenne, beschränk' ich mich da nich so sehr / aber doch auch auf & auf einige Dinge, auch entsprechend bei Herz-K/ oder Bluthochdruck (.) und da muss man eh fast alles einsetzen. Da kann man sich kaum beschränken. Aber so ein paar Sachen, ne' (') / oder ich hab so 'n paar Antibiotika, die ich gerne verordne und andere wiederum, wenn ich das so durchgucke, hab' ich wahrscheinlich noch nie verordnet oder ganz selten. Also ich denk schon, dass man da für sich selber so 'n gewissen Umfang hat von (-) von Verordnungen / weiß nich, wie das bei euch is (.)

A1: Wolltest du da irgend 'ne Zahl hören oder so?

I: Nee, das is schon / nee (.)

A1: Nee (') hmm (-) Also es gab mal 'ne Auswertung (-) ich weiß nicht (,) wir alte Kunden von „Softland“, „IFAP-Index“ (-) da mussten wir doch ma so 'ne Diskette hinschicken und da haben wir dann eine Auswertung gekriegt, wie viel Arznei fertig waren. Man keene Ahnung (.) das sind dann in der Allgemeinarztpraxis eben doch immer ein paar hundert verschiedene Sachen ja (-)

Ä3: Aber was ich jetzt gut finde, dass jetzt die Industrie (k) die Pharmaindustrie anfängt, auch Herz-Kreislauf-Medikamente zusammenzufassen in einer Pille (,) das de drei Wirkstoffe denn in einer Pille hast. Das is schon mal ganz gut. Maximal gibst de dann eins (-) wo du drei dann schon drinne hast.

A2: Ob das so gut ist (-)

Ä3: Ja, aber wenn die /

Ä1: Die Compliance schon /

A2: Die Compliance (.)

Ja, aber ich muss überblicken, wie viele Wirkstoffe dann im Laufe eines Tages dann wirklich eingepfiffen werden ((Zeitmarke: 10:31))

A2: Na warum (!) Da weiß man genau was sie nehmen (.)

Ä3: Naja, dann weißt du 's aber doch (!)

A2: Naja, es geht um die Wirkstoffe.

Ja.

Ä2: Wenn ich eine Pille habe, hab ich nun mal drei Wirkstoffe.

Ä2: Ja, das is ja auch erwünscht bei den meisten.

A2: Ja, es gibt welche, die haben 12 Wirkstoffe an einem Tag.

Ä2: Ja (,) und dann nehmen sie wenigstens drei mit einem Mal (!)

A2: Naja, aber ich finde / nee (.) für diese Kombi-Sachen bin ich überhaupt nich (.)

Ä2: Doch (.) ich ja.

Ä3: Dann machst du das trotzdem immer noch weiterhin einzeln, obwohl es jetzt 'ne Kombi mit HCT und ACE-Hemmern und / und denn noch mit Nifedipin.

A2: Ich möchte ganz ganz viel reduzieren. Ich will das nicht alles in eins und wenn ich & wenn ich schon jemanden aus der Klinik kommen sehe und da stehen also zwölf verschiedene Sachen (,) dann hab' ich schon so 'nen Hals.

Ä3: Na gut (.) das sind ja zwölf verschiedene Sachen. Aber wenn du denn gesacht hast, die ham das jetzt zusammen jefasst (-) /

A2: Nein (!) das wird nach wie vor einzeln / also ich bin da *sehr* konservativ.

Ä3: Du machst alles einzeln (') und dann nimmst dann wieder (-) und reduzierst dann wieder (')

A2: Der wird reduziert.

Ä2: Und der Blutdruck steigt und steigt und du musst immer wieder erhöhen (-)

A2: Bei mir nich. Meiner nich und der von denen och nich (!) ((*Gelächter aller*))

Ä2: Ich hab dann schon meinen gemessen, weil ich immer dachte, dass Gerät is kaputt. Meiner war gut (') bei den Patienten war er ständig hoch. Ich dachte, ich muss immer mehr geben ((*Gelächter im Hintergrund*))

A2: Da sind wir wieder bei den Leitlinien von vorhin. Es gibt ja zum Beispiel auch in der Hypertonie-Leitlinie / ja (,) also es muss nicht jeder Ace-Hemmer und Beta-Blocker und alpha -1 äh (-) das muss nich sein.

Ä2: Aber es ist möglich und dafür trösten mich die Leitlinien, dass ich das alles machen kann, wenn 's denn sein muss.

A2: Ja, aber wenn 's doch nich sein muss (!) Man kann 's doch wieder runterschrauben (,)

Ä2: Naja, aber mit 180/100 sollten die doch nicht rumlaufen.

A2: Die kriegst de auch so. Na gut (.) das ist jetzt nich unser Thema. Aber ich bin bemüht, die wieder nach unten zu schrauben und das funktioniert auch.

Ä2: Ja, aber das krieg ich nur mit mehr Medikamenten /

A2: Ich nich.

Ä2: Oh ((*Auslassung Vorname eines Interviewteilnehmers*)) dann müssen wir uns /

A2: Dann müssen wir uns nochmal anders hinsetzen

Ä2: nochmal anders hinsetzen.

I: Nee (!) ihr dürft da sehr gerne weitermachen (!) weil das hat schon sehr viel von dem angesprochen (.) was ich im Endeffekt auch wissen will.

Ä2: Ja, wie kriegst du die denn runter (,) ich versteh das nich.

A2: Weil (.) es is auch / Es is auch ein psychischer Aspekt und ich muss jetzt mal so sagen: Ich erfahre es jetzt leider aus dem eigenen Hause hier immer mehr (,) dass Leute wegen 'ner hypertensiven Krise eingewiesen werden und dann hab' ich so den Eindruck *oh Jungs und Mädels ihr müsst so schnell wie möglich das Haus hier wieder verlassen, wir ballern euch jetzt hier mal voll innerhalb von zwei Tagen.* & Dann krieg' ich den Brief zurück: „lag wegen 'ner hypertensiven Krise hier von Freitag bis Montag“ & *solche Latte*. Natürlich hab ich den dann auf 120/60 runter ge/ ok (.) is ja logisch ne (') Naja, und dann musst de dich mit

dem mal unterhalten (,) warum es überhaupt 'ne hypertensive Krise war (.) Und denn hab ich jetzt drei verschieden Argumente, die ich jetzt also hier / nich (') das is 'n persönliches Dinge gewesen / so (.) und dann aber ganz schnell wieder ab mit dem Zeug und das erlag (k) und das erleb ich jetzt von ((Auslassung Name Klinik)) in den letzten Monaten immer häufiger.

Ä2: Aber die Patienten sind auch eigenartig. Die rennen auch andauernd dorthin mit ihren hyper/ das is/

A2: Ja (.) wenn se 220/100 haben (-) naja denn äh (-) denn rufst de natürlich zuhause den Notdienst.

Ä2: Naja aber, die / wenn die / die hab'n vielleicht nur 180 und wenn der Notdienst da is (') is er 220 (.)

A2: Wir sind doch jetzt /

Ä2: Da sind auch immer die psychischen Aspekte auch noch, wo du jetzt meinst /

A2: Wir sind doch jetzt beim aktuellen Stand. Der hat jetzt 220/100. Da würde ich als Notarzt den och nicht zuhause lassen. Natürlich gehört der in dem Moment dann in die Klinik. Aber wenn ich dann innerhalb von vier Tagen mitkriege, dass der auf Teufel komm raus / wie in so einer Schweinmastanlage hier mit massiven Präparate *druffballern* (,) hier auf 120/60 runtergetrimmt wird, damit er so schnell möglich das Haus wieder verlassen kann, das is & das is so (k) das (-) ja (.) das tut mir leid, dass seh' ich in letzter Zeit immer häufiger.

Ä3: Da hat er Recht. Da hat er Recht.

A2: Und leider eben aus diesem Haus, was mich sehr wundert. Aber das ist jetzt auch nicht so / und es is mir egal, ob jemand mithört. Ich stehe / ((*Gelächter*))

Ä2: Ich fang schon mit 'ner Monotherapie an und dann geb' ich noch.bisschen was dazu (.) entweder jetzt 'nen Calciumantagonist oder oder 'n Diuretikum oder so (-) äh (-) doch.

A2: Das kann man doch langsam hochtitrieren.

Ä2:

Ja, aber nach 'nem Viertel Jahr kann ich doch dann mal das Nächste geben.

A2: Na das ist doch in Ordnung.

Ä2: Nein, ich spreche in diesen Zeiträumen (.) nicht jetzt innerhalb von ein oder zwei Wochen oder so.

A2: Dann haben wir jetzt ein bisschen aneinander vorbeigeredet.

Ä3: Dann kann man doch sagen denn / zusammenfassen nachher/

Ä2: Und dann zusammenfassen, so mein' ich das. Wenn ich jetzt einzeln nacheinander aufdosieren musste, weil er steigt und dann äh (-) / ich schick auch viele dann zur Langzeitblutdruckmessung (,) mach' ich nich alleine. Oder Patienten kaufen sich wirklich ein Blutdruckmessgerät und sind wirklich pingelig und schreiben auf (,) dreimal am Tag. Dann kann man dann schon / da hat man 'ne Übersicht (.) 'ne gute auch, ja (') wenn die so oft messen *und und und*. Da sieht man schon, wo 's / und wenn die nich super / oder wenn die sagen: „Mensch, da is einer drin von 150“ dann beruhige ich die und sage: „Das ist überhaupt kein Problem. Gucken sie mal, hier steht 120,130 (.) da darf der doch mal 150 sein.“ Man muss ja auch mal reagieren können auf irgendwas (,) ja (-)

A2: Bis auf (k) nach so 'ner gewissen Zeit musst de auch bitte mal wieder gucken, ob de nich was wieder runterkrichst (,) so nach ein (-) zwei Jahren oder anderthalb.

- Ä2: Mach ich auch.
- A2: Dann kannst du auch wieder mal schauen / *wollen wir nicht mal ausprobieren, vielleicht doch wieder mal* (-)
- A1: Is richtig.
- Ä2: Aber ich hab den Eindruck gehabt, die Blutdrücke steigen bei den älteren Leuten und ich weiß nicht warum.
- A2: Das
- Diuretikum wieder rausnehmen (!)
- A2: Das is /
- Ä2: Ich hab' jetzt gedacht (-) wirklich (.) mein Gerät ist kaputt in den letzten 4 Wochen, weil die alle hohen Blutdruck hatten.
- A2: Standardtherapie.
- Ä2: Ich hab' gesagt: „Am Wetter (‘) kann ‘s am Wetter liegen (‘)
- A2: Hat auch was mit Stehen (.) mit Stase zutun ((*Flüstern zwischen Ä2 und Ä3 – Wortlaut bleibt unverständlich*))
- Ä2: Ja, also es ist schon (-) schon schwierig.
- A2: Wie gesagt ein weites Feld.
- Ä2: Ja (.) hmm (-)
- I: Deswegen greifen wir jetzt aus der Diskussion einfach mal noch so ein paar Sachen wieder raus. Es wurd' ja schon mal angesprochen (-) das ist so 'n bisschen ihr „*Lieblingsmedikament*“ (.) wo sie auf Platz Nummer eins stehen in der Liste. Hat jeder so 'n „*Lieblingsmedikament*“ (‘) und was ist das (‘) oder (,) können sie das einfach mal nennen und sagen, warum das vielleicht so ist oder warum.
- A1: Ich nehm' am liebsten *Soledumkapseln* ((*Gelächter*)) für mich selber (.) *forte*.
- Ä2: Ich verschreib' andauernd *Gelomyrtol*.
- A1: Ach so.
- A2: Brüder mit / Brüder ((*unverständlicher Wortlaut*)) ((*Gelächter*))
- Ä2: Ja, oder *Sinupret*.
- Ä3: Sinupret forte (!)
- Ä1: Ich bin so 'n Fan von Umcaloabo (,) bei Infekten (,) ja(‘) ((*zeitgleiche Redebeiträge – Wortlaut unverständlich*)).
- Ä2: Umcaloabo kam von ((*Auslassung Vorname Interviewteilnehmer*)) immer/ alle Patienten die bei ihr behandelt wurden (-) Umcaloabo (.)
- Ä1: Ja (‘) schlimm (‘) Aber geht (.) geht super ((*Gelächter*)) stimmt schon.
- Ä2: Also man hat (k) aber man hat (k) es ändert sich auch äh von Jahr zu Jahr, man hat so 'n paar Sachen, die man dann nimmt, wo ich dann selber überrascht bin (-) *warum steh ich in diesem Jahr auf (.) auf diesem auf dieses Medikament* (‘) aber „*Lieblingsmedikamente*“ in dem Sinne hat man nicht. Da gibt es viel zu viel und viel zu viele verschiedene Diagnosen, dass man kein „*Lieblingsmedikament*“ haben kann.
- Ä1: Gibt glaub ich eher die (,) die man hasst (,) oder (‘)
- Ä2: Ja ja.
- Ä1: So 'n paar wo man sagt „*nicht das*“ oder „*so was vielleicht eher*“

I: Einfach ruhig mal Beispiele nennen und sagen, warum das so ist (.) egal ob „Lieblingsmedikament“ oder „Hassliste“ (.) ist ganz egal (.) einfach versuchen zu beschreiben.

Ä2: „Hassliste“ ist bei is bei mir bisschen *Tramal*. Wenn die mal drauf eingestellt waren (,) dann ist das anstrengend immer/ in der Klinik wird jetzt mehr *Tilidin* gegeben.

Ä3: Is genauso *schlimm*.

Ä2: Mit diesem (-) diesem aber / aber das is is schwer (.) ich weiß manchmal, dass es nötig ist, aber trotzdem hass' ich es aufzuschreiben (,) ja (') so (,) ähäh (-) ja.

I: Warum?

Ä2: Weil (-) es (-) oft die (.) die Beschwerden nicht ausreichend lindert und weil ich denke, dass man diese Nebenwirkungen über diese / dann wird das immer genommen / und das dann die Nieren doch drunter leiden.

Ä3: Und die Abhängigkeit auch (!) Also wenn se / Man sacht ja immer, Retardpräparate (-) da krikt man keine Abhängigkeiten (,) aber die Schmerz (k) die *Schmerzschwelle* wird doch dann wieder 'ne andere und dann ham se wieder *mehr Schmerzen* und wissen wir das (') ob sie nich einfach ma 'n Retardpräparat denn nochma & nochma schlucken (') oder sich vom anderen Arzt vielleicht nochmal Tropfen holen dazu (') Wissen wir das (') wissen wir nich (.) ja (') Oder dann vielleicht noch *Tilidin* dazu und denn is die Abhängigkeit ((*unverständliches Wort*))

Ä2: Die Schmerztherapie ist ein weites Feld (.) ganz doll. Die Schmerztherapie ist ohnehin sehr schwierig.

Ä3:

Ja.

Ä2: Ja (.) und jeder weiß sich (k) jeder is da ma in 'ner Zwickmühle und weiß nicht, was man machen soll und wie ((*Auslassung Vorname Interviewteilnehmer*)) sacht oder du (-) Manchmal muss man nicht alle Schmerzen versuchen *rigeros* zu behandeln und da muss man Fingerspitzengefühl zeigen und man muss die Patienten ablenken oder ihnen andere Möglichkeiten auftun, dass sie sich mehr bewegen sollen & oder mehr (-) ja mehr für sich tun müssen (.) oder das sie eben spazieren gehen sollen (.) oder das se ja / und & und die Leute, die viel rumlaufen in ((*Auslassung Ortsteil*)) (k) die rumlaufen, die ich immer sehe, die haben am allerwenigsten. Die haben nich so viele Schmerzen. Aber die die nich aus dem Haus gehen ja (') die ham schon dann wesentlich mehr Beschwerden / dass man ihnen zeigt, dass sie ein bisschen was machen müssen und dann is das auch mit den Schmerzmedikamenten 'n bisschen besser. Aber es ist anstrengend „*mein Rücken tut weh*“ ja (') hmm (.) was machst de denn (!)

Ä3: ((*unverständlicher Wortlaut*)) schon gar nich mehr. Wir haben ja wenigstens immer noch die Akupunktur. Wir können ja wenigstens noch Patienten die Akupunktur noch mit anbieten.

Ä2: Ja (.) das is Zuwendung.

Ä3: Ja, das ist Zuwendung in dem Moment. Aber ich mein' das hilft aber auch. Es hilft auch.

Ä2: Ja & ja.

Ä3: Weil sie mit den Nadeln dann so fünfundzwanzig Minuten liegen und das is schon 'ne gute Sache.

A1: Willst de noch ein Hassmedikament hören (') .. *Falithrom* (.)

Ä1: Ja, das stimmt.

Ä2: Oh ja.

A1: Echt (!) aus vollem Herzen. Es geht soweit, ja / Wie gesagt, letzte Woche & letzte Woche Mittwoch hat ja der ((Auslassung Name)) mal das Neue (k) die neuen Sachen da gesprochen. Also es geht soweit / Wir haben & wir haben keine neuen Patienten angenommen. Ich kann mich nich gegen wehren, wenn meine Patienten jetzt ins Vorhofflimmern kommen und so / und dann / das is ok (.) aber neue, auf Falithrom eingestellte schon / haben wir gesagt: „Nö (!) mach ich nich. Ich bin von diesem Medikament nicht überzeugt.“ Ja, man (.) man rechnet auf 120 Patientenanwendungsjahre bis 240. Das differiert je nach Autor mit einem tödlichen Zwischenfall. Du hast 50 Leute in der Praxis. Jetzt rechne das ma durch.

Ä1: Ich hab die alle / ja /

A1: Die betreust de / zehn je (-) genau (.) / Ich (.) ich (.) 55-jähriger Mann (.) Rückenmarkseinblutung (.) Tetraplegie, hat sich einigermaßen erholt (-) nicht vollständig (.) dann also / ich hasse dieses Medikament (,) ne (-) ne & ne / 51-jährige Patientin (.) wird 4 Wochen nachdem sie auf Falithrom eingestellt wurden is gelb. Kommt unter den Zeichen des richtigen Leberausfallkomas in die Klinik & hat die Indikation zur (-) zur Antikoagulation ja (-) Die Klinik (k) die Uni (.) die beschreibt alles ja Verdacht auf hepato (-) medikamentenbedingten hepatozellulären ja (-) ja (-) Ikterus (.) und am Ende der ganzen Geschichte wird die entlassen aus der Uni und da sagen die: „Wiedereinstellung auf Falithrom“ & Drei Wochen später is die wieder gelb (!) und da sag ich mir: „Kinder (.) was haben wir hier gekonnt (!)“ ja (') Die diagnostizieren alles richtig, ja (-) und sagen: „Jawoll (.) das wird wohl durch Falithrom sein“. Aber weil 's eben 'ne Leitlinie gibt (,) das antikoaguliert werden soll, kriegt die wieder Falithrom und wird wieder gelb & und da sag' ich hier: „mach ich nich mehr“ & also ich nehm' keine neuen Patienten, die Falithrom nehmen. Ich liebe dieses Medikament nicht und ich verantworte das och nicht mehr (,) ja (-) Wenn du (k) wenn man wirklich rechnet (-) /

Ä2: Also ich hab zwanzig (-) dreißig Patienten. Also ich hab auch sehr sehr viele.

A1: Aber das geht nicht (.) so viele Nebenwirkungen.

Ä3: Durch den Kardiologen nebenan wir hab'n so viele (k) ja ganz viel / und dann auch, wenn sie aus der Klinik teilweise kommen (,) steht das laut Plan / oder ja (.) / und dann hab ich schon öfters ma angerufen, ja (') „Wo is denn der Plan“ ja (') Die ham keinen Falithrom-Ausweis mitjekricht (!) und hier steht nichts, wie sie 's genommen haben, jetzt ja (-) /

Ä2: Was ich da zurückrufe in der Klinik (!) Die werden entlassen und ich hab den aktuellen Wert nicht.

Ä3: Den aktuellen Quickwert (.)

A1: Das is 'ne Katastrophe ist das (!)

also /

Ä2: Und

das is, auch noch das, was einen noch noch ärgert dazu (!)

A1: Naja sicher (!) ((5 sek. Pause)) dann muss man's einfach och ma / ja (.)

Ä2: Aber (-) aber das dann abzusetzen (.) das is auch 'ne ganz schwierige Sache & und das is ja / und deswegen wird das auch angesetzt, wegen dieser rechtlichen Geschichte.

A2: Eben (.) alles wegen der rechtlichen Sache. Nur des Staatsanwaltes wegen. Was andere ((*mehrere Redebeiträge zeitgleich – Wortlaut unverständlich*))

A1: Aber (.) bei drei Älteren habe ich es schon geschafft (.) Rückruf beim Kardiologen: „müssen wir denn noch“ und so weiter und „können wir nich“ & und zunehmend werden die Kardiologen auch mal ein bisschen weich, dass sie sagen: „na ok“ ja (') 82-jähriger Patient (.) Vorhofflimmern (.) naja jut (.) ok (.) und dann also / Ja

bloß ma, is ja auch 'ne Frage der Compliance nachher, ja ('') Wie kriegen wir das gemanaged ja ('') Kann der (-) äh (-) zu den Kontrollen in die Praxis kommen ('') und so ('') Also wie gesagt, in drei Fällen hab ich 's schon erkämpft (,) im Sinne des Patienten hoff' ich ja / aber naja (-) das is auch so 'n Ding. Also das hass' ich (.) Punkt (.)

Ä2: Das war doch die letzte Weiterbildung. Der Stammtisch / Wurd' doch auch da drüber geredet. Das war doch auch (-) *ob oder nich* bei alten Leuten das *wirklich* und wie das die rechtliche Seite / ach so als der Rechtsanwalt dabei war hier (!)

Ä3: Und?
A1: Da war ich aber nich da.

Ä3: Wart ihr da?
A1: Nee (.) ich war da nich da.

Ä2: Ja (.) und das war ganz schlimm. Nein (.) das is (k) es is eigentlich keine klare Aussage gekommen / weil (-) ja (.) man (-) man / es is im Endeffekt dann eine Ermessenssache was der Arzt denkt, ob er das (k) ob die Nebenwirkungen oder / die größer wären, das muss man entscheiden (.) und das soll man dann so auch notieren, was man sich dabei gedacht hat (.) und dann is es auch ok. Gerad' die im Altersheim (.) oder die ja da noch um 'n Teufel alles in der Welt antikoaguliert werden sollen ja ('') & und da muss ma auch den den Mut haben, ma dagegen / und (-) und es wird dann einem nich angekreidet werden, so hat er gesagt. Weiß gar nich (-) dieser aus Berlin (-) dieser Rechtsanwalt wart ihr da nicht dabei ('') ja ('') ja & ja. Da ging 's um dieses Thema (,) was man (-) ja (.) was man machen soll (.) was man machen darf (.) was man machen muss (.) und was man sich traut und was man sich nich traut und (-) ja (.) is schwer (.) hmm (-)

I: Ok (.) von der „Negativliste“ nochmal kurz zur „Positivliste“ zurück. Warum *Soledum* als „Lieblingsmedikament“?

A1: Eigenerfahrung (.) ehrlich. Also äh ä gut (.) Also was man am eigenen (k) was man am eigenem Leib erfährt und was einem gut getan hat, muss man sagen (k) *ganz ehrlich sagen* (,) ja ('') / und zum Beispiel aus dem Grund liebe ich auch *Tramal*. Wer sich einmal 'ne Rippe angebrochen hat und konnte sechs Wochen nich schlafen / und jeden Abend dann auf der Bettkante *vierzig Tropfen* Tramal Lösung genommen hat und damit arbeiten konnte und trotzdem problemlos (k) und nicht high gewesen is ((*mehrere Redebeiträge zeitgleich – Wortlaut unverständlich*))

A2: Das macht man aber nich als Ottonormalverbraucher (!) sondern nur du (.)

Ä3: Naja (.) das kannst de (k) du kannst da bestimmte Leute gut mit behandeln.

A1:

Na klar, ne ('')

Ä3: Aber nich solche (!)

A1: Also wie gesagt (.) zur & zur & zur / Anfall (k) also so Durchbruchschmerzen (,) oder eben so was wirklich ma für /

Ä2: Weißt de was da noch besser is ('') dieses *Dispers plus*, das is doch Codein & das is doch & das is doch 'ne Kombination aus /

Ä3: Du meinst *Sympal* ne ('') *Sympal* (.)

Ä2: Das hieß früher noch anders. Das hatte noch 'nen andern Namen. Das is auch (k) da is & da is (-) ich weiß nich (-) *Paracetamol* und *Tramal* drin (.)

A1: Ach so ('') ja ('')

Ä2: und Codein noch 'nen bisschen.

A1: Nee (!) da is Paracetamol /

- Ä2: So (.) das is also / da hab
ich die bessere Erfahrung gemacht (.)
- Ä1: *Zaldiar (')*
- A1: Kennst de Zaldiar (') Das is Paracetamol und Tramadol ((*mehrere Redebeiträge zeitgleich – Wortlaut unverständlich*))
- Ä2: ne (') das is noch was Anderes (.) noch was Anderes (.) ja (.) Ja , das is Paracetamol und Tramal ja & ja.
- A1: Naja ne (') Aber wie gesagt /
- Ä2: *Voltaren plus* das is toll bei Rippenfrakturen.
- Ä3: Nee (,) nich *Katadolon* (')
- Ä2: Fällt mir vielleicht noch ein, wie es noch heißt. Also es heißt *Voltaren plus*. Kannst de morgen ma gucken (.) das is also /
- A1: Nein (!) und das hat nicht ausgereicht weil /
- Ä2: Nee (') nich *Voltaren* (')
- A1: Du kannst /
- Ä2: *Voltaren plus* (!)
- A1: Du kannst ((*Gelächter* Ä2)) du kannst damit nich arbeiten (!) ((*Gelächter*))
- Ä2: Weißt de noch (') ((*Auslassung Name Interviewteilnehmer*)) (') als ich / ((*Gelächter*))
- A1: Nee (.) aber & aber ((*Auslassung Name Interviewteilnehmer*)) / Es is schon so (-) also zum Teil eben (.) was Patienten sagen, was Verwandte sagen, was man selber am eigenen Leib erfahren hat (-) / und wie jesacht (.) zum Beispiel *Soledum* (.) pflanzlicher Wirkstoff (.) dazu steh ich (.) das is ok (.) und trotzdem gut ((*Zeitmarke 00:24:10-7*))
- Ä2: Hat auch gute Kritiken in den Zeitschriften
- A1: Ja & ja.
- Ä2: Wird immer wieder positiv hervorgehoben & gelobt (.) dass man da also wirklich was mit erreicht und (-) ja (.) und ich hab' das (k) ich nehm' das auch gerne. Außerdem (.) neben dem *Gelomyrtol*. Also das sind so / *Umckaloabo* jetzt auch öfter (,) ja.
- Ä3: Kannst vor allen Dingen (k) Gelomyrtol Kapseln kannst de aufmachen lassen (-) das ins Dampfbad gießen (') dann könn' se gleich noch ihr Dampfbad machen.
- A1: Kannst de mit Soledum auch (!)
- Ä3: Ja & mit den beiden kannst de 's machen.
- A1: Ach so (') Dann müsst ihr aber mit 'ner dicken *Stopfnadel* reinstechen (!)
- A2: Wollt ich sagen (!)
- Ä3: Aber du kriegst es hin.
- A1: Das krieg ich hin.
- ((*Gelächter*))
- I: Also Eigenerfahrung spielt auf jeden Fall 'ne große Rolle (.) ja (') ((*Zeitmarke 00:24:42-8*))
- A1: Ja (.) bloß man kann nich alles ausprobieren.
- Ä2: Ja (,) und die Wirksamkeit bei anderen Patienten auch (-) ja (-) äh /
- I: Also das man 's einem ja /
- Ä2: Ja (.) ich hab ma mit *Klacid* bei 'nem Kollegen 'ne 'ne Pneumonie behandelt und deswegen hab' ich gedacht „super“ & Aber ich mein' das / deswegen nehm' ich nich bei allen Klacid oder so (.) ja (') Aber so / Da hat man 'nen gutes Gefühl, denn (.) wenn 's richtig gut klappt alles (.)

I: Wenn 's schon mal einmal gut geholfen hat sozusagen ((Zeitmarke 00:25:04-4))
Ä2: Ja (.) und *was man* (-) was man gut kannte & was man öfter einsetzt ('') womit man dann eben /

I: Also das, was man schon lange kennt, würde man eher wieder einsetzen?
Ä2: Ja (-)

I: Und was müsste denn so 'n neues Medikament aufweisen, um in ihr Herz eingeschlossen zu werden ('') sozusagen ('') ((Zeitmarke 00:26:02-1))
A2: Was soll es heutzutage noch Neues aufweisen (.)

I: Na so 'n paar Neue gibt 's ja so ab und zu.
A2: Naja, aber wenn ich / was is 'n neu (,) wenn ich zum Beispiel sage: „*es wirkt 10 Minuten schneller*“ ('') was is 'n daran neu (!)
I: hm (-) ja (-)

A2: Als das losging mit den Protonenpumpenhemmern (-) / Also *Nexium plus* hat damit geworben: „*ich bin fünfzehn Minuten schneller als die andern*“ & Entschuldigung (!) das is doch nichts Neues oder ('') Fünfzehn Minuten wirst du doch wohl noch aushalten können.
Ä1: Ich denke, wir entscheiden uns immer gleich (,) auch bei *jedem neuen Medikament* was kommt. Es muss relativ überzeugend in der Wirkung sein (.) entweder durch Berichte (,) Studien (,) oder ((*unverständlicher Wortlaut da mehrere Redebeiträge zeitgleich*)) ((Zeitmarke 00:25:52-4))
A2: Das hat heute /

Ä1: Eigene Erfahrung (!) Es muss relativ wenig (k) es muss relativ sicher sein für uns in der Anwendung & oder das wir da nicht komplizierte Schemata dem Patienten da rüberbringen müssen (,) sondern möglichst einfach in der Einnahme und in der Erörterung des Ganzen (.) nebenwirkungsarm (-) na gut (.) das is immer relativ (,) ja (-) Aber für uns denk ich, dass jeder irgendwo glaub' ich bei der Verordnung für sich entscheidet (,) *so einfach wie möglich und so wirksam wie möglich und so nebenwirkung wie nötig* (,) ja ('') Dass ma die irgendwie hinnehmen müssen / bei manchen Präparaten gibt 's ja nun ma Nebenwirkungen. Die kann ma nich ändern.
A2: ((*unverständlicher Redebeitrag*)) ((Zeitmarke 00:26:29-6))

Ä1: Und danach entscheid' ich glaub' ich auch bei Neuen (.) ob die jetzt alt oder neu sind ja ('') oder ('')
Ä2: Oder Aufdosierungen sind sehr ungünstig (,)
A2: Ja, oder wenn de ma guckst (,) in den letzten zehn Jahren & in der kurzen Zeit, was is an Neuem gekommen (-) was hat 'n wirklich 'nen novum gehabt, ne ('') Wenn was kam, dann war 's höchstens was Kombiniertes
Ä3: Die Kombis /
A2: Das is doch nüscht Neues (!) ja ('') Es geht doch jetzt darum, was (k) welcher Brüller muss jetzt hier vorliegen (.) äh (-) das der wirklich in der Therapie (.) am Angriff also wirklich ein neues Verhalten zeigt. Da gibt 's momentan nich viel (.) eigentlich jar nüscht.
Ä1: *Darreichungsformen* ändern sich manchmal.
A2: Ja. Ich hab neulich was ganz Interessantes im Fernsehen gesehen. Anfang der neunziger Jahre gab 's ein neues Antibiotikum nach dem anderen. In den letzten 2 Jahren gab 's gar keins mehr (!) nicht ein neues (,) ja ('')

Ä2: Würdest du ein neues brauchen?
A2: Nicht, weil der nicht (k) weil ein / es würde eigentlich gebraucht, weil äh die Resistzenzen ein (k) das steigt und

steigt und steigt. Gebraucht (!) würde es schon (.) is momentan (k) is aber nicht 's Ä2: Eins das gegen alles (-) für alles hilft (-) ich mein' gegen alle Bakterien. ((*mehrere Wortbeiträge gleichzeitig, daher unverständlich*)) ((Zeitmarke 00:27:30-8))

Ä3: *Tavanic* und *dieses Avalox* (.) einer macht *Pseudomonas* noch ganz gut mit ('') der andere nich mehr. Jetzt wissen wir aber nich (-) *diese* (-) *diese* grammnegativen Keime (.) denn darauf kommt 's ja dann auch oft an jetzt bei uns (,) ne (,) weil die andern die helfen dann ja alle dann manchmal nich mehr.

Ä1: Welches is es ('')
Ä2: Ich weiß nicht (,)
Ä3: hm

(')
Ä2: weiß ich
nich. *Avalox* glaub ich (-) oder ('') ich weiß es nich.

Ä3: Naja, is ja auch egal jetzt. Aber da fehlt wohl wahrscheinlich 'ne ganze Masse jetzt.

I: Also ist der Zuwachs an neuen Medikamenten nich da im Endeffekt ('') die wirklich was / ((Zeitmarke 00:28:04-4))

A2: Im Moment denk ich nich (.) nee.
Ä2: Ich denk es
liegt eigentlich (.)

Ä3: Es wird jetzt noch einiges kommen (.) jetzt *dieses* (-) *dieses ähm Falithrom-Ersatzmittel* (.)

A1: ja
Ä3: Wird jetzt bald kommen.

A1: *Xarelto* sind ja schon (k) die ersten Patienten sind ja schon entlassen mit 'm künstlichen Hüftgelenk / darauf eingestellt (.) das is natürlich klasse. Einmal am Tag 'ne Pille einwerfen (-) keen Monitoring nötig (,) und so weiter (.) das find ich schon innovativ muss ich sagen. Jo (.) gut (.) und wenn man dann ma so was von Studien hört: „*macht jetzt wieder so*“

A2: Wo greift das an?

A1: Joa (.) *Faktor zehn* oder so inner Gerinnung.
A2: Jetzt nicht (-) Veränderung ('')
Ä1: Doch (!) aber

du kannst es im Moment / letzte Woche war die Weiterbildung / du kannst es im Moment nicht Monitoring-mäßig erfassen (.) äh (-) und ne ('') Es gibt keen Wert, der dich das richtig steuern lässt (.) ehrlich (!) Nur mit (-) ja (.) nur mit riesen Aufwand. ((*Auslassung Personename*)) hat letzte Woche den Vortrag gehalten da (k) und & und (-) ja / deshalb / da wird man sehen, wie die Sicherheit is dann (,) ja ('') Es (k) des kann man jetzt noch nich einschätzen. Aber es is erst mal zugelassen für Hüft-und Kniegelenkendoprothetik (.) Punkt (.) ((Zeitmarke 00:29:03-9))

Ä2: Ok (.) und das is ne Verbesserung, wo wir vorher *so geschimpft* haben über diese *Falithromtherapie* (-) & über die / ((*mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher Wortlaut unverständlich*)) ((Zeitmarke 00:29:10-8))

Ä3: Oder dieses Osteoporosemedikament (,) dieses neue /
A1: Ja, das hat ((*Auslassung Name eines Professors*)) gerade in der Prüfung / hab' ich gerad' gesehen. Weiß ich nich' (,) was das / aber es is (k) es geht auch um Zulassung ja ('')
Ä3: Naja klar. Is doch jut

A1: Ich denke schon ((*Auslassung Name Interviewteilnehmer*)) Ich denke schon (,) ja ('') Es wird da immer noch was was Neues geben. Aber Fakt ist eins: Wenn ich eins zusammenfassen sollte von den letzten achtzehn Jahren der Niederlassung, dann würde / Also bin ich so geworden,

dass ich nich immer gleich uf den & uf den nächsten Haufen fliege wie 'ne (.) wie 'ne entsprechende Fliege weil / Wir ham schon so reingesetzt (.) mit *Lipobay* und *ach schlag mich tot* & und was alles so war (!) Rücknahmen (-) rote Handbriefe ohne Ende und da geh' ich ganz d'accord mit dem ((Auslassung Name Professor)) da / dem emeritierten klinischen Pharmakologen da (') / und sage. „*nee*“ äh (-) die Erfahrung können vielleicht auch erst mal andere sammeln. Ich muss nicht gleich alles Neue aufschreiben was es gibt (.) ja (') um dann vielleicht auch 'nen Reinfall zu erleben. ((Zeitmarke 00:30:08-0))

A2: Wobei das mit Lipobay jetzt och in Deutschland überhaupt nicht bewiesen ist ja (') & Die ganzen Zahlen sind ja aus Amerika / aus 'm Drugstore (.) frei verkäuflich in fünfzigfacher glaub ich sogar oder zwanzigfach höherer Dosierung als es hier zugelassen war / und immer *rinn und friss* & und dann von 'ne Matrone & und dann den Abgang machen & und das war ja irgendwie ja (') / das dann aber gleich auf deutsche Verhältnisse zu übertragen (-) / und dann war das Zurücknehmen mit Sicherheit nur 'ne rechtliche / und (-) ... naja (.) das war /

Ä3: die Nebenwirkungen nicht drin (-)

A1: Pharmakrieg.

A2:

Ja (.) aber doch / es kommt doch auf die Dosie/

Ä3: ein Beipackzettel kam, da stand irgendwas nicht drin (.)

A2: Da stand was nicht drin (-) Naja (.) letztendlich is 's aber mit Sicherheit auf die uramerikanische Dosis zurückzuführen und nich auf / das waren Lipobay 0,1;0,2;0,3

Ä2: *hmm* (-) ja.

A1: *hmm* (-) ja..

A2: und was hatten die in ihrem Drugstore da (-) ich globe 20 oder 25 & Immer gib ihm Saures (!) Naja (.) das is ja logisch (.)

Ä2: So (.) ich denke, es hat (k) es gibt schon so viele gute Arzneimittel, die sich bewährt haben, mit denen wir auch die ausreichen (k) mit denen wir (k) mit den wir arbeiten können und dass man nicht kritiklos jetzt immer das Neue jetzt gleich mit ausprobieren sollte (.) ja (') Wenn es jetzt ganz besondere Sachen sind (.) so wie ((Auslassung Name Interviewteilnehmer)) auch sacht (.) dass wirklich deutliche Vorteile zu sehen sind. Aber manchmal sind eben die Vorteile nich so deutlich und uns wird eingeredet, dass is besser (.) oder so. Da vertrau' ich da nich gleich drauf, sondern warte ab und sag' eben, ok andere testen, nagut irgendjemand wirds schon tun äh ja , aber ich machs nich mehr vordergründig / Ich denke, dass muss ich nich meinen Patienten immerzu antun oder so (.) das Wechseln oder Testen oder Neues. Neues gucken (-) ja (.) Ich ich bin dafür, dass man da aufpasst und sich informiert und / aber ich würd' 's nicht sofort immer gleich nehmen (.) weil inzwischen ham wir 'ne ganze Menge /

Ä3: und wir haben och Erfahrung jetzt schon gesammelt.

Ä2: ja (')

Ä3: Im Laufe der Jahre (.) ne (')

Ä2: Genau (.) und wissen, dass wir das nich machen müssen unbedingt, weil wir nich glauben, dass es so viel (k) unbedingt *so viel* besser is. Das is / da muss man uns erst überzeugen richtig

I: Also is man durch die Erfahrung in der Praxis schon skeptischer geworden (.) neuen Medikamenten gegenüber? Und im Vergleich jetzt (.) ihr seid zwanzig Jahre niedergelassen, ((Auslassung Name Interviewteilnehmerin)) 5 Jahre (.) gibt 's da 'nen Unterschied? ((Zeitmarke 00:32:08-2))

Ä1: Na ich bin sowieso so 'n bisschen / hm (-) ich schreib' immer so ganz viel altbewährte Sachen auf, wo manche dann immer sagen / aber ich hab' /

und da gibt 's doch / ich / so (.) wir machen das und wenn das nich geht, dann gibt 's noch / und dann sind auch die Patienten überzeugt. Also ich bin da nich so äh vom Zeitfaktor her / Ich bin also auch totaler Anhänger vom uralten Doxycyclin. Ich bin totaler Anhänger von auch dem Opipramol. Äh (-) ihr könnt mich zwar alle da / „haha .. durcheinander“ / Also ich mach ganz viel altes Zeuch, was sich wirklich bewährt hat und äh deshalb passt das mit der Zeit vielleicht nich ganz so zusammen. Also ich bin dem Neuen auch aufgeschlossen gegenüber. Ich informier' mich auch (,) weil ich find 's immer ganz schlimm, wenn man irgendwas zumindest nich ganz einordnen kann. Ich muss nicht immer ganz genau wissen / Aber die Namen, wo ich auch einordnen kann, dass ich auch gucken kann, was es is. Manchmal weiß ich 's ja nich / was der Patient mir sagt / Ich hab' gelesen, die kommen ja sehr informiert, die Patienten (.) zum Teil & oder mit Schachteln von Bekannten und Verwandten (.) ehm (-) Also da bin ich schon bemüht. Aber ich setz' auch wirklich / Ich hab' wahrscheinlich eher 'nen relativ enges ähm *Verordnungs(-)spektrum* geb' ich zu. Aber gut.

A2: Aber das ist gut.

Ä1: Ja, is einfach so (.) und äh (-) ja (-) Ich komm' damit gut klar (,) ja (') Aber manchmal enttäusch' ich natürlich die Erwartungen der Patienten damit ganz klar. Es ist nicht das Neuste (-) und nich das Modernste (,) is / sie sind / dann nehm' sie 's nicht und gehen zu 'nem andern oder sind dann überrascht, dass es einfach auch wirkt (.) ja (') Also was ich ganz gut finde bei der Weiterentwicklung der Medikamente sind nicht die neuen Medikamente an sich, sondern die Darreichungsformen. Dass wir eben bei vielen Präparaten so viel Darreichungsformen haben (-) dass wir wirklich individuell, was Passendes finden können. Weil manchmal hat mir das schon noch gefehlt. *Früher* (-) im Heim oder irgendwo (-) wenn ich gesucht habe: „*Also der kann das jetzt wirklich nich*“ (-) oder will das nich schlucken (-) oder spuckt es wieder aus (-) / Es gab auch schon damals Säfte & und es gab auch schon Tropfenform. Aber da hat sich ja wirklich das Feld noch ziemlich viel weiterentwickelt und da find ich halt schön / oder auch manche transdermale Systeme (-) / Jetzt nich unbedingt die Schmerztherapien (!) Auch andere Sachen (.) ähm (.) das find' ich gut. Da find' ich auch, dass diese Weiterentwicklungen wichtig sind (.) auch bis zu gewissen Grenzen natürlich. Fahrrad muss man auch nich immer wieder neu erfinden (.) ganz klar. Aber dass man möglichst viele Darreichungsformen hat, um das eventuell einsetzen zu können (,) den Wirkstoff den man dann vielleicht gerne einsetzt. Und so ganz viel Neues kann es in manchen Bereichen nich mehr geben. ja. ((Zeitmarke 00:34:37-5))

Ä3: Vielleicht in der Krebstherapie (')

Ä1: Ja, auf jeden Fall.

A1: Ja, darf jeden Fall.
A2: Aber da setzen wir ja nicht von uns aus in erster Linie ein. Das machen ja doch die Onkologen oder die Kliniken (,) ja (') Wir verordnen das ja weiter (.) oder auch nich (,) denn da sind (k) da wird sich noch was tun. Ganz sicher (.) ja.

I: Jetzt zum Beispiel auf die Falithrom-Ersatztherapie sozusagen bist du ja aufmerksam geworden mehr oder weniger, weil die Patienten das aus der Klinik gekriegt haben und kommen jetzt zu dir in die Praxis (,) oder wie?

A1: nee & nee

Wird man als erstes aufmerksam /

A1: Vorträge (.) Vorträge & Weiterbildungen (.) Weiterbildungen. Also zum Beispiel jetzt hier mit diesem neuen (k) beiden neuen Wirkstoffen Rivaroxa (-) *schlag mich tot* und so weiter (.) da wurde ich aufmerksam zum Beispiel vor einem Jahr beim Hausärztetag (k) oder vorletztem Hausärztetag Wernigerode. Dass (.) dass in 'ner Pipeline is und dass das in 'ner klinischen Erprobung is und 'ne Zulassung in Deutschland bevorsteht. Das war vor anderthalb Jahren ungefähr (.) ja (')

Ä2

hmm (-)

A1: und jetzt ist es zugelassen ja (') Also so (-) so lief das eigentlich, dass ich eigentlich empfunden

habe „ey, da müsste doch mal was passieren“ oder so & und äh (-) ja es hat sich verwirklicht schön. ((Zeitmarke 00:35:43-9))

Ä3 Durch die Pharma (.)
Ä2: Und auch durch die Pharmareferenten. Die bring einem das (k) die bringen einem das nah. Zeitschriften (.) da steht auch viel drin, in den, in unseren ärztlichen ja aber da, ja ich überflieg schon, aber die Pharmareferenten sind die, die mit den neuen Sachen ankommen und sagen: „*Kenn' sie das schon (')* das werden sie vielleicht nich selbst verschreiben (,) aber damit sie wissen, was es in der Klinik jetzt gibt.“ Also is nich so, dass sie uns das jetzt nicht aufdrängeln wollen. Sie woll'n, dass wir auch dann das wissen, was was neu is und das find ich gut. Also ich muss sagen, manche hassen diese Pharmareferenten. Ich seh' es gerne. Ich (-) ich krieg die neusten Informationen durch die. Die sind immer informiert (,) ich kann da Fragen stellen (,) die erkundigen sich für mich (-) die faxen mir das, wenn ich das wissen will. Also ich hab' (.) ich hab / Wir als Allgemeinmediziner / ich glaube andere Fachgebiete ham da nich so (k) profitieren da nich von. Orthopäden oder so (-) immer wieder *Diclo* oder was das is.

A1: Ja & ja

Ä2: Da kann man das nich /

A1: Naja, das ist zweischneidig. Du siehst sie mehr als Service.

Ä2: Ich seh' sie wirklich als Service.

A1: Aber (-) aber natürlich in Wahrheit sind sie 's / sie sind auch Service (.) aber sie sind in Wahrheit auch Verkäufer.

Ä2: Ja natürlich (.) und das wissen wir inzwischen ja (')

A1: Ja ok (.) aber /

Ä2: und manchmal weiß ich gar nich, wer mir was gebracht hat. Ich weiß nur, was er mir gesagt hat, ja (') *Mein Gott* (.) äh (-) tut mir leid für den, aber äh (-) /

Ä3: Es is so (.) ja (.)

Ä2: Ja

Ä3: Die ersten Pharmareferenten die kannten wir noch richtig mit /

Ä2: Das sind jetzt auch welche, die wir jetzt seit 20 Jahren /

Ä3: mit Namen und jetzt (') jetzt wechselt das alles, da wird auch viel solche Pharmasachen /

Ä2: die bringen uns nur die neusten Informationen und dafür sind wir sehr dankbar. Also ich jedenfalls, ja und ich find' dann auch die Zeit und hör' mir das gerne an. Also die Informationen und die Weiterbildungen (') das is ja alles über die Pharmafirmen organisiert. Immer ein Medikament im Hintergrund. Von mir aus. Aber es geht sehr neutral jetzt eigentlich zu dabei (.) ja (.) Es wird dann über alles Mögliche geredet und das Medikament das spielt schon 'ne Rolle (-) aber sie müssen sich schon zusammenreißen. ((Zeitmarke 00:37:27-8))

I: Wenn ich mir jetzt vorstelle, ich sitz' jetzt mal in meiner Praxis später und dann / entweder kommt der Pharmareferent zu mir und erzählt mir was über das Medikament, das ich mich wirklich traue, dass bei einem Patienten / oder dass ich / wann setz' ich das wirklich ein. Holt ihr euch noch mehr Informationen (') oder reicht das im Endeffekt aus, was man da gesagt bekommt (,) oder fragt man doch nochmal 'nen Kollegen (.) bespricht die untereinander (k) über neue Medikamente oder irgendwelche Kombinationspräparate zum Beispiel (-) oder doch eher die Krankenhausentlassungen vielleicht (,) wo das dann angefangen wird oder wie (-) wie findet man den Einstieg? ((Zeitmarke 00:38:08-7))

Ä2: Bei mir ist das so (.) ich erfahre über die Pharmareferenten was es gibt. Dann halt' ich mich jetzt doch ganz schön zurück und warte ab, was die

Fachärzte so machen (-) und wenn ich da genug *äh* (-) / kriege hier beim Kardiologen, wenn was Neues kommt hier / oder was (.) was wir jetzt hatten hier ja (') *Procorolan* oder (,) oder so (,) ja (') und (-) und *öh* (-) ss breitet sich dann etwas aus. Dann kriht man 'nen gutes Gefühl dafür und dann dann beliest man sich auch noch mehr und guckt, wo 's passen könnte (-) welche Patienten das bei dem Kardiologen haben (-) ob das auch bei meinen dann passen würde (.) so dass man das dann langsam annimmt. Aber langsam, nich sofort. Ich würde 's nich anhören und ansetzen gleich. Ok (!) beim neuen Antidepressivum oder so (.) aber is auch nich so neu gewesen (.) *hier* (.) *wie heißt das wo man gut schlafen kann* (-) ja & ja & ja ((*Gelächter*)) Also das hab ich / Ich hab gedacht, das wird' ich ganz sicher ganz schnell einsetzen. *Ah* (-) meine Patienten (.) die Depressiven klagen alle über Schlafstörungen (-) hab' ich gedacht, jetzt hab ich da / sollt ich da so 'n Anwendungsbogen / Jetzt hab ich keinen passenden Patienten gefunden. Ich dacht' (.) es kann doch nicht wahr sein (!) Ich hatte das Gefühl, ich könnt' 's gleich aufschreiben (.) aber es (.) es muss auch passen, dass man *den Patienten* hat, wo man 's geben kann (.) und manche (-) da würd' ich schon auch was ganz Neues nehmen.

I: Bei welchen?

Ä2: Naja, bei diesem Antidepressivum zum Beispiel.

I: Ja, bei welchem Patienten würdest du dann vielleicht doch das Neue nehmen?

Ä2: Ja (-) wo ich jetzt *äh* (-) / Na zum Beispiel wo die Kriterien alle passen (.) der depressiv ist und diese Schlafstörungen hat. Gegen Depressionen gibt 's ja genügend andere, aber das mit diesen Schlafstörungen (.) das klang für mich wirklich gut und überzeugend ja (') und das hätt' ich gerne mal eben doch genommen. Aber ich hatt' noch keine Gelegenheit

I: Aber wenn du sagt, es gibt so viele in deiner Praxis, die Schlafstörungen haben (')

Ä2: Hab ich gedacht (.)

I: und depressiv sind (-)

Ä2: Hab' ich gedacht! Und wenn man dann konkret guckt, is es gar nich so. Dann sagen die: „*ach*“ /

Ä3: Du meinst aber nich nur dieser Botenstoff (-) dieses *Me(-) me(-)* /

A1: Melatonin (.)

Ä2: Nee nee. Das heißt (-) .. *oh Gott* (.) ich hab / das is erst noch neu (-)

Ä2: *R O* (')

Ä3: neues?

Ä2: Ja ja (!) gelb-blaue Schachtel ((*Gelächter*))

?: Schachtel kenn wir leider ((mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher Wortlaut unverständlich).

Ä2: So wie die Patienten / die roten Tabletten (') ja & ja und jetzt sagen wir auch ((unverständlicher Wortlaut)) so neu auch nich mehr. ((*Zeitmarke 00:40:17-1*))

Ä1: Also ich denk' auch, wenn man gute Erfahrungen mit 'nem Präparat hat und kommt damit klar, wechselt man nich. Wenn man aber immer so das Gefühl hat, wie ich denk' ma hier auch mit „*Mensch da gibt 's noch was Besseres*“ (-) dann is man offen, was Neues einzusetzen.

Ä2: Und die schlafen da wirklich gut (.) ach doch (.) einen /

Ä1: Nee, is wirklich so.

Ä2: In der Klinik eingestellt

Ä1: Ich hab' gar keinen Zugang zu neuen Präparaten. Wenn ich / sag' für mich selber: „*Ich brauch das nicht*“ (.) ich bin mit dem, was ich auf 'm Markt habe zufrieden.

Ä3: Doch (') meinste (')
Ä1: Das is 'ne subjektive Entscheidung (.) 'n anderer is eben mit dem was auf 'm Markt bisher war vielleicht nich zufrieden und Patienten, die er nich gut betreut damit / und der nimmt dann eben das. Ich glaub' das muss (k) das entscheidet eben jeder für sich wozu / Wenn ich denke für mich, ich brauch nüscht neues (,) es geht doch gut mit dem andern (-) / Aber wir schlafen halt alle auch mit 'nem andern Medikament, jetzt als Beispiel hier ne (') dann würd' ich das jetzt hier / Also ich hab' zum Beispiel gar nich für mich entschieden, dass ich das jetzt jemals ausprobiere (-)

Ä2: interessant. Ja ja, ich fand das

Ä1: weil ich fand, ich komm' mit dem, was wir schon haben, ganz gut klar
(,) ja (') Ich sach auch, wenn man was / du hast jetzt 'nen Patienten und sagst, was wir bisher auf 'm Markt hatten, war nicht so das Richtige für den (') deshalb bist du offen dem Neuen gegenüber & und ich hab gesagt: „Nö, für mich reicht das“

Ä3: Also ich hab für die ganzen Antidepressiva die 's auf 'm Markt gibt (-) hab ich also praktisch (-) ja (,) so 'ne Art *Diagramm*. Hat mir ma jemand erstellt. Ich weiß aber nich mehr wer. Von *Amitryptilin* angefangen (') bisschen was wie *Remergil* und so weiter (-) also praktisch die stimmungsaufhellend sind.

Ä2: Hab ich auch: Liegt bei mir auch.

Ä3: Haste auch ja (') haste auch
(.)

Ä2: Steht ganz oben jetzt. Ist was mit „A“ der Wirkstoff & is mit „A“ & mit „A“ hmm
(-) oh Gott ja (,) reicht (.) geht schon los (!) ((*Gelächter*)) ((Zeitmarke 00:41:49-2))

Ä3: Ob sie Gewichtszunahme haben oder nich
(-)

Ä2: ja & ja & ja

Ä3: spielt ja auf jeden Fall 'ne Rolle.

Ä2: Eigentlich gibt es genug, hab ich da gedacht: aber es gibt eben doch noch was äh (-) wo ich dachte, das brauch man. Aber so sehr braucht man 's anscheinend doch nich. Wenn ich 's nich (.) nich (k) ((weil - vermuteter Wortlaut)) ich noch keinen Bedarf dafür hatte.

I: Und würdet ihr auch eher mit der Meinung konform gehen / sie sagt ja: „Ich bin damit zufrieden, mit dem was ich habe (-) weil der Patient erreicht das Ziel, was ich mir gesetzt habe damit (,) was ich habe“ oder so (-) weil sie sind ja doch eher /

A2: Sehr gutgläubig, sagen wir mal. So 'n Hypertoniker der gut eingestellt ist, welchen Grund gäbe es, den jetzt auf was Neues, Innovatives umzulegen.

|: *hmm (-)*

A2: „*legen*“ (‘) wozu (‘) Der bleibt so wie er is. Aber jemanden, der vielleicht hoch und runter geht, der instabil is und wo ich doch gerne hätte, dass der bei wenigen Wirkstoffen bleibt, da würd’ ich dann schon mal *nich* zögern und sagen. „*ok das nehmen wir jetzt mal*“ ohne dass ich mich über Erfahrungen anderer informiert hätte. Da geh ich dann einfach rein und sag’: „*Wir machen das jetzt mal so.*“ ja (‘) Ich hab’ die Schnauze voll „*wir gucken mal nach was Anderem*“ und „*ich nehme noch dieses mit diesem Wirkstoff*“ und „*dann nehm’ wir jetzt das*“ (.) .. Wer gut eingestellt ist, der bleibt so. ((Zeitmarke 00:43:03-7))

Ä2: Das ist aber klar, das macht man ja /

A2: Das macht auch kein anderer.

Ä2: Das macht auch kein anderen.
Ä3: Dann is es so (,) wenn sie von der Klinik wiederkommen, dann ham sie zum Beispiel den ACE-Hemmer drin (') und komm' mit 'nem ganz anderen ACE-Hemmer wieder. Das is immer das, was wir nich so mögen.

Was macht man da?

- A2: Man bleibt bei dem, was er vorher hatte.
- Ä3: Aber das kostet eben dolle Mühe, das alles wieder dann (-) äh (-) auszuklamüsern. Dann kommen sie mit den Berichten nachhause (-)
- A2: Gott sei Dank steht in den Briefen jetzt immer unten schon drin, das sind also Empfehlungen des Hauses. Also die Entlassungsmedikation steht (k) stellt eine Empfehlung dar (') so dass man den Leuten jetzt schon mal /
- Ä2: Da muss man auch sagen, manchmal weiß die Klinik auch nich, was wir gegeben haben, ja (') Das gibt 's eben auch, ja (') und das man aufpassen muss, das man wirklich alles mitteilt.
- A2: Ja, da kannst du aber auch irgend 'nen Patienten / das fast identische Leiden bei denen /
- Ä2: Dass sie das wissen und dann denk' ich, hat auch keiner was dagegen.
- A2: Und sie sind ja auch gar nicht mehr /
- Ä2: Aber ich muss auch mal die Klinik in Schutz nehmen. Dann denk' ich ja (') dass die vielleicht auch gar nicht alles haben und dann einfach neu einstellen und dass die Patienten oft nicht wussten ja, dass sie kein Zettel dabei hatten und wir das manchmal auch nich aufgeschrieben haben.
- A2: Ja, aber du musst mal gucken (.) es is also bei den Patienten auch so geworden, dass also der Krankenhausentlassungsbefehl schon längst keine päpstliche ((unverständliches Wort)) mehr is, ja (') Also wenn man sagt: „*Da können wir jetzt also auf das wieder zurückgreifen, was wir zuhause, was wir haben, das ist fast identisch*“ (') dann ist das gut. Vor 'n paar Jahren war es das (.) ein *heiliger Entlassungsbefehl*. Also das bleibt jetzt hier so und damit basta. Und da hastest du also viel & viel mehr Überzeugungsarbeit als jetzt. Es geht mir so.
- Ä2: Da in dieser Vielfalt sehen die Patienten oft nich mehr durch und die sind dankbar (.) wenn wir ihnen das nochmal erklären und dann nochmal neu aufschreiben und so (.) was wir ihnen denn verschreiben (.) wenn das auch nochmal genauso drauf steht.
- ((mehrere Redebeiträge zeitgleich, Wortlaut unverständlich)) ((Zeitmarke 00:44:37-0))
- A2: Oft ist es der Name und der Wirkstoff ist identisch (.) oder aber es ist kombiniert und dann kann 's so bleiben oder nich (') Also das is (.) is letztlich schon (k) lässt sich schon händeln.
- I: Aber mit den Krankenhausverschreibungen is schon schwierig zum Teil?
- Ä3: Naja, die ham ja den Patienten (k) haben ja den Zettel extra. Wir kriegen den Zettel ja im Brief und dann komm' se mit dem Zettel und dann musst du als Hausarzt das alles auseinander klamüsern (!) Anders geht 's ja nich. Dann frach't man: „*Naja, ham sie dieses Medikament noch zuhause (') das is identisch*“ oder „*das is genauso*“ .. das is schwierig. Vielleicht sollte man in der Klinik mal eins machen, auch wenn man sie jetzt aufnimmt (-) sich durch die Angehörigen nochmal die Hausmedikamente mitbringen lässt. ((Zeitmarke 00:45:25-3))
- I: Würd' das nich / denken sie, das wird nich gemacht?
- Ä3: Wird das gemacht, ja (') Wird das
- gemacht (') ((lachen))
- A2: Doch.
- Ä3: Wird das gemacht, ja (')
- A2: Das is eigentlich der Stand / Also das möchte ich jetzt ma allen zugute schreiben.
- Ä3: auch wenn das / also ich meine, wenn der Patient /

A2: Naja, dann bringen sie den Sack von zuhause mit und Klatschen uns den auf 'n Tisch. Das is doch egal. Solange se uns das / Das machen se eben. Das is & das is nur manchmal bemerkenswert, aus welchem Grund auch immer (-) das is nach *drei vier Wochen* nötig (-) dass die nochmal die Klinik aufsuchen. Das is dann wieder dieselbe Klinik, in der sie vorher gelegen haben und die Entlassungsmedikation ist schon wieder / und was für eine andere. Da freu ich mich immer besonders (.) ja.

I: hmm..

A2: Da frag' ich mich dann immer, *wo steckt der Sinn jetzt da hinter* (') Warum is das jetzt hier völlig über 'n Haufen geschmissen worden (') Da hab ich den och keene Antwort.

I: Und dann würden sie /

A2: Dann bleib' ich bei dem was vorher war.

I: Ja?

A2: Ja.

I: Ja? Ganz

vorher?

A2: Ja.

I: Vor beiden Aufenthalten?

A2: Ja & ja sicher (,) weil das auch für den / „*Ich seh' hier nich mehr durch Doktor* (!) *die eine is blau, die andre is rund* (-) *die nächste is eckig* (.)“ Hinzu kommt für uns erschwerend dann noch hinzu durch diese Rabattverträge, die ja immer (.) immer viel größeres Gewicht / diese Woche „*1A Pharma*“ (!) nächste Woche is es *Iluit* oder wie se alle heißen. So und da unterscheidet sich das eben manchmal in der Form und in der Farbe. Das wär' dann wieder was für junge Leute. Die stört das ja nun jar nich mehr (.) dann is ja janz Schluss mit lustig.

Ä2: Fakt ist, wenn jemand mit 'nem Krankenhausbrief kommt, dann sag' ich immer: „*Oh Gott*“ & dann weiß ich, dass es dauert.

A2: Ja ja die Zeit nehm' ich mir lieber

Ä2: Das sind mindestens zehn Medikamente, die er (k) mit denen er aus der Klinik kommt. Das muss man dann wirklich dann durchgehen. Ich weiß auch / Dann nehmen wir noch 'nen neuen Zettel und dann stimmen wir das ab, was neu (-) was anders heißt (-) und nur *die Namen, diese Vielfalt der Namen* , macht Patienten völlig (k) bringt sie völlig durcheinander, ja (') Das is also so schwierig und das is eigentlich schlimm, dass es so is, ja (') Ja, dass (.) dass die unterschiedlich heißen und dass wir auch noch anfangen hier *Atacand* oder *Blopress* oder *mal das mal das* mitgeben. Dann bringen wir sie och noch durcheinander. Muster hat man (-) das will man auch loswerden denn, ne (') und dann fragen se: „Soll ich jetzt das oder das nehmen(-) ja (') und dann nehmen se beide *ha ha* (!) ja (') ja (.) also /

A1: Das Muster hat / das Muster hatte im Schank 'ne kritische Masse erreicht *haha* ((viele Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich))

Ä3: Das wäre jetzt, was keiner jetzt beantwortet hat (.) der Schrank (.) is auch noch entscheidend, ja (')

I: ok.

Ä3: Was da drin ist, ja (')

A1: Wollt ich sagen, ja (') Ich sag ja /

Ä3: der Schrank is auch entscheidend (!)

A1: Ich sach ja, wenn man, wenn /

A2: Ja na klar, was hast de noch da (,) ja (')

A1: is der Schrank / und das wissen ja auch die Pharmareferenten und deshalb / ich ich (k) seit Jahren sag' ich immer, wenn ein Muster im Schrank 'ne kritische Masse erreicht, dann kommt 's zur Eruption oder (-) *hahah* (-) *Kernschmelze*

- Ä2: Ja genau (!) ja.
- A1: Ja und dann (-) ja (.) Ja, ich jetzt raus (-) ich raff 's jetzt *hahaha* und dann kommen die Schwestern noch und sagen: „*Doktor, der Schrank platzt, geb' doch ma 'n Muster raus*“ ((*Zeitmarke 00:48:05-1*))
- Ä2: Ja, ja. Eigentlich is es nervig und denn /
- A1: Punkt (!) *hahaha*
- Ä2: Deswegen is das schlimm, dass diese Vielfalt existiert. Es is einfach schlimm (.) mit dieser Vielfalt, ja (') Wenn nur wenigstens die Wirkstoffe (.) nur ein (k) vom Wirkstoff nur *ein* Präparat geben würde (.) *mit einem Wirkstoff* (.) aber das is Wahnsinn, wenn die alle gleich heißen würden, nur ganz kleines Zeichen anders wär oder so von mir aus noch / ja aber /
- Ä3: Das ist Marktwirtschaft. Das weißt de doch.
- A2: Naja, die *Generika* (-) die Generika sind ja *Gott sei Dank* nun schon so / die heißen ja alle nur Wirkstoff und dann kommt dahinten was (-) das is ja schon immer was /
- Ä2: Da haben sich die Patienten auch dran gewöhnt, das da hinten der Nachname nich so wichtig ist. Der Vorname is jetzt wichtig & *hahaha*
- A2: Genau (!) der Vorname und / dem Alter ja (') / die Zahl mit dem Wirkstoff (-)
- Ä2: und die Zahlen, die da mit drauf stehen ja (') Ich sach: „*Steht denn da die 25 bei ihnen drauf oder die 12,5*“
- A2: Genau.
- Ä2: Ja, denn das geht.
- A2: Aber wenigstens das schnallen sie auch schon, das is ja auch gut.
- Ä2: Ok, dann weiter.
- I: Ich bin schon ganz zufrieden.
- I2: Ich entwickle jetzt ein ganz neues Medikament. Was muss ich tun, damit sie 's verordnen?
- Ä3: Richtig vorstellen. Vielleicht noch 'ne Fortbildungsveranstaltung über dies.
- Ä2: Es muss erst mal alles passen, was man sich vorstellt, wie ((Auslassung Name Interviewteilnehmerin)) auch gesacht hat, ja (') Dass also alles (.) alles wo wir schon verwöhnt mit sind, auch passt. Indikation muss ja neu sein, aber es muss / äh (-) Fortbildungsveranstaltung hilft da sehr (-) Es muss *ein & ein & ein & ein & ein & ein* erfahrener Referent da sein (.) jemanden zu dem man (k) wo man denkt, man der hat & der hat (-) der & der & der (-) ja (.) der hat Verantwortung und der & der wird / wenn der da der Meinung is, dass is / is also wirklich, dass man das nehmen sollte, also das is (k) das macht was aus. ((*mehrere Redebeiträge, unverständlicher Wortlaut*)) ((*Zeitmarke 00:50:22-4*))
- Ä3: Man muss es ja auch verinnerlichen (-) *warum is dieses Medikament jetzt auf 'm Markt*. Wir sind (k) wir denken nich' bloß an diese grüne & blaue Schachtel oder so (,) ja (') Man muss ja wissen, wie 's funktioniert.
- Ä2: Das muss wirklich super überzeugend rübergebracht werden (-)
- A1: Ja also /
- Ä2: von Leuten, die (k) wo man denkt die (.) die / das muss schon irgendwo jemand sein der (-) der /
- A2: Mir macht die Frage im Moment Schwierigkeiten, weil ich gar nicht wüsste, was ich im Moment neues brauche.
- Ä2: Nein, is ja nur allgemein.

Ä3: Es geht ja allgemein.
A2: Ja aber, das gehört für mich dazu.
A1: Also /
A2: Ja, was Innovatives
hätten sie denn jetzt anzubieten?
I2: Wo möchten sie gerne 'ne Innovation
haben? ((Zeitmarke 00:50:52-2))
A2: Ja das / Darum überleg' ich gerade. Ich wüsste, bin momentan
wunschlos glücklich, ich brauch nichts Neues. Könn' ich mir jetzt nicht vorstellen. Also
ich / und darum is mir das zu schwer (,) diese Frage zu beantworten
Ä2: Na doch (!) Es gibt im Leben immer schon wieder was /
A2: Ja, aber es fällt mir jetzt
nichts ein.
Ä2: Ja & ja & Und wo ich auch gedacht hab' "guck mal, nach dieser Weiterbildung
bist du von diesem Medikament wirklich überzeugt" ja (') und dann nehm' ich 's auch
A2: Aber was (k) wo ich jetzt sagen würde „das wär' der Brüller“ (-) in welcher Richtung
/
Ä2: Naja (-) zum Beispiel bei den neuen Antidiabetika hier (.) Da is eigentlich auch
durch die Weiterbildungen bisschen rübergekommen.
A1: Ja, da is gut was rübergekommen.
A2: Ja, das is nun wirklich /
Ä2: Ja, da is es ja / Guck mal der HbA1 stagnierte (,) oder ging
immer höher trotz Medikamenten (.)
A1: Super (!) Treffer (!)
Ä2: und da hat man auch erst 'nen bisschen gezögert,
weil man dachte, man / Es gibt ja schon ganz schön verschiedene Wirkstoffe ja (-) und
dann aber wusste man (.) es is noch nich ausgereizt diese ganze Geschichte & und ob
man das überhaupt jemals schafft is auch fragl(k) is auch die Frage. Aber wenn 's da
noch was gibt (,) wo man besser ansetzen kann (,) ja dann fand ich das gut und auch
wenn 's teuer is nehm' ich 's.
A2: Diesen Falithrom-Ersatz (.) den würd'
ich sofort und auch ohne Belesen nehmen.
A1: „Nehmen“?
A2: „Geben“ (!) ja (.) und auch
anfangen. Das wär' was, da müssten sie mich auch nich überzeugen von.
A1: Nee (.) ich
sach ma so (.) ich guck' schon /
A2: Wenn der Quick wegfallen würde (-)
A1: Ja (!) na is doch
genial ne (') Was hätten wir für Kapazitäten / die Schwestern ja (') / Nee, aber ich bin &
ich bin da ja eher der Skeptiker und bei mir könn' keener so schnell 'nen neues
Medikament / auch / Also ich guck' schon. Also ich (-) ich geh' da immer sehr schroff
mit den Pharmareferenten äh um. Deshalb war ich och noch nie auf (-) auf Mallorca
oder so mit 'ner Pharmafirma äh und ich frag' die dann immer: „Was kann ihr Präparat,
was andere nich können (')“ und dann sagen / und (.) und das sage ich denen so:
„Warum soll ich ihres verordnen (')“ ja (') und dann / Manche die mich kennen, die ja
(k) die sagen dann: „Ja gucken sie ma“ so (.) und andere gucken erst mal (.) „ups“ ja (')
und dann (.) dann kommt: „Wir erreichen aber 2 % mehr (!)“ & Na dann sag ich: „Für 2
% muss ich nichts Neues aufschreiben, das tut mir leid.“ Ja (.) relative Risikoreduktion
um schlach mich tot (-) / 'ne relative Risikoreduktion um paar Prozent (') dafür schreib'
ich nichts Neues uff (!) bubb das bleibt. Also es muss mich schon studienmäßig
überzeugen (.) ganz ehrlich (.) und das is dann die Kunst der Referenten. Ob nu
Pharma oder (-) oder vortragenden Fachkollegen (-) dass die sagen: „Ok, also Leute
passt ma uf, die Amis haben die Studie gemacht und die andern das und es scheint

wirklich besser zu sein, also wir empfehlen das.“ Also so was überzeugt mich dan. Aber so 'ne wackligen Sachen (-) ah nee (!) will ich nich haben. ((Zeitmarke 00:53:24-8))

I2: Dass sie mal manipuliert worden sind (') dass man sie bewusst manipuliert hat und sie drauf eingegangen sind und hinterher äh äh (-) „Was hab ich denn da gemach (!)“ oder /

Ä3: Doch. Sind wir anfangs, als die ganzen Studien waren wo wir 25 Euro für gekriegt haben pro (-) oder doch /

Ä2: Aber bewusst manipuliert (,) kannst de nich sagen (.) nee. *Hier bei* (-) bei was weiß ich /

Ä3: Da hast de es doch auch eingesetzt. Du hättest es doch sonst gar nicht gemacht.

A2: Sie meinen damit, dass man wissentlich falsche Versprechungen gemacht hat?

I2: Ja, dass man (k) dass sie das Gefühl hatten: „*Mensch, hier* (.) *da bin ich geleimt worden.*“

A2: Es is besser beworben worden, als es in Wahrheit /

Ä2: ne (') dass man, indem man diese Studie macht, es auch einsetzt. Aber man hat es eigentlich / man hat auch da / das hatte ja trotzdem 'ne gute Wirkung gehabt. Die ham ja einem nichts Falsches erzählt. Das denk' ich eigentlich nich. Dass das manchmal (k) dass sie sich da / wenn da einer sagt: „meins is besser als das andere mit dem gleichen Wirkstoff“ dann sag ich dann (k) denk' ich: „*Es gibt manche so (-) die so*“ ((Zeitmarke 00:54:42-2))

I2: Ich geb' ihnen mal ein Beispiel: Vor zehn Jahren gab es eine Studie (.) „Kombination eines ACE-Hemmers mit einem Diuretikum“ Die haben 'ne Studie gemacht /

Ä3: „*die Hochzeit*“ hieß das damals.

I2: Die haben es geschafft, die Leitlinie für (-) für Schlaganfall für die / Mensch ich komm auf den Namen (-) nich (-) ähm / So die haben das (k) die haben eine Studie / das war die französische /

Ä2: „*Preterax*“ nich (') ((*Unverständliche Redebeiträge, da zeitgleich gesprochen wird*)) ((Zeitmarke 00:55:33-5))

I2: Das Vorgängermodell (')

Ä3: „*Tarka*“

I2: Nee &nee (.) auch nich. Naja egal. Jedenfalls haben die es damals geschafft das /

Ä1: „*Coversum*“ (!) ((*Unverständliche Redebeiträge, da zeitgleich gesprochen wird*)) ((Zeitmarke 00:55:51-9))

I2: „*Coversum*“ (-) die haben das geschafft, in die Leitlinie zu kommen, weil sie die einzigen waren. Frage: *Verbessert sich das Outcome mit einem ACE-Hemmer für einen Schlaganfallpatienten* (') / untersucht haben (.) Haben 'ne riesen Studie gemacht mit natürlich gutem Ergebnis, klar (.) und wurden dann aufgenommen und alle haben das verordnet. Nee (!) *natürlich die Neurologen* (-) oder wir haben 's verordnet und die Hausärzte haben 's dann / es ist mehr als zehn Jahre her.

Ä2: Dieses Diuretikum war damals hier bei ((*Auslassung Name ortsansässiger Klinik*)) ganz begehrt gewesen. Ich hab' hier eine Weiterbildung gemacht. Da hab' ich das zum ersten Mal gehört.

I2: Da wusste ich (k) doch (.) da wusste ich schon, dass es ((*Auslassung Name ortsansässiger Klinik*)) gibt. Aber naja.

Ä2: Ja, das war hier auch zu einer Zeit /

I2: Naja, jedenfalls hab ich nach / Was is 'n da eigentlich / die haben das auch drauf geschrieben weil / Ging gar nicht. Wir haben zwar alle gedacht, dass ACE-Hemmer / aber wir wurden bombardiert und die Studienlage /

und bei der Schlaganfallgesellschaft haben wir dann auch propagiert ja (') Das is es jetzt / Wir haben das eingesetzt und so im Nachhinein (-) es sind Massen manipuliert worden. Die (.) die Firma hat die Schlaganfallgesellschaft / und die bezahlt (.) und kennen sie das Gefühl (') ((Zeitmarke 00:57:23-3))

Ä2: Ich hab eigentlich / denke, dass da zu viel geprüft wird und dass man da / eh (-) dass so das passt, dass man da doch ganz schön hinterher ist und das so was immer mal passieren kann. Gut (.) aber, aber das denk' ich nich vordergründig, denn wenn man da (k) das Vertrauen in die Wissenschaft verliert, dann is man wirklich schlecht dran ja (') und ähm (-) das diese alles Verbrecher im Kapitalismus sein sollen (,) weiß ich nich, ob das wirklich so schlimm ist.

A1: Also ich fühlte mich schon 'nen paar Mal manipuliert. Punkt (.) ja (') Ob man 's zulässt ist ja die zweite Sache. Aber der Druck is da (.) der Druck is da.

Ä2: Das die einen manipulieren wollen, denk ich schon. *Dass man* (-) das man das machen soll / aber ich mein das bleibt /

A1: Weißt de, ich hatte 'ne Weiterbildung (.) 'ne schöne Sache in Fulda. Da war auf einmal (k) da war 'n Referent, der mit Sicherheit dafür sehr viel Kohle gekriegt hat, uns klar zu machen, dass eigentlich 'ne antihypertensive Therapie nur mit alpha-Blockern geht. Alles andere is *scheiße* (!) ich sachs ma auf Deutsch (,) ja (') und (-) und so (.) ja. Das is natürlich heute obsolet. Das is zehn Jahre weiter oder so ja (-) / und so ich fühlte mich schon paar Mal in Verdacht / Genau damals, als die ersten äh CSE-Hemmer kamen ja (') und so weiter. Da hat man ja schon 'nen schlechtes Gewissen gekriegt & „*oh was denn, sie verordnen ihrem ihrem Cholesterinpatienten, der hat doch 7,0 Gesamtcholesterin, der muss doch jetzt aber*“ & Habt ihr euch da nich jefühlt, dass ihr einigen Patienten, die vielleicht *ein* (-) *zwei* Risikofaktoren hatten (,) wenn ihr denen das vorenthalten habt (.) dass ihr / da habt ihr schon schlecht geschlafen oder (') *keene Ahnung* (,) was / Einige Kollegen haben das so (.) und ich sachs nochma (!) *aus wirtschaftlichem Aspekt* / es hat so vielen Kollegen 'nen dicken Regress an 'n Hals jebracht, die mit dem *PPI* und den *CSE-Hemmern* voll reinjerasselt sind und denn noch mit den *AT-Blockern* (.) Punkt'(.). Das waren die drei Gruppen (,) die Substanzgruppen (,) die alle (k) oder viele Kollegen in die Prüfung getrieben haben (.) bis in hohe Regresse rein. Wenn das *keene* / *Man*, also das war mit den *CSE-Hemmern*, das war 'ne Manipulation. Heute fahren wir 's zurück. „*PROCAM-Score*“ rechnest de durch (-) guckst de (-) *kommt der überhaupt in Frage* (') und *Hammer* (!) Also ich (.) ich empfinde es / zu mindestens den Versuch und der is ja auch rechtens (.) der is auch rechtens. *Ich* (-) ich / Kinder, da sind Aktionäre im Hintergrund (!) die wollen nich (k) die wollen keine Miese machen. ((Zeitmarke 00:59:18-5))

Ä2: Also ich geh'an alles 'n bisschen mit Skepsis ran. Ich denke, man muss sich das mal anhören. Aber man muss nich gleich alles dann wollen oder so.

A1: Genau (.) und die sollte gesund sein.

Ä2: Man muss sich mehrere Meinungen anhören und ich denk immer „*na mein Gott* (,) *übertreiben 'n bisschen*“ & sie woll'n ja Geld verdienen , aber ich geh wirklich so ran, dass sie, das alle nen bisschen übertreiben oder so äh (-) weil das irgendwie so scheint, dass muss man heutzutage machen, um irgendwo dazustehen und wenn ich das so sehe und mehrere mir anguck', dann passt das wieder zusammen.

A1: Tja, ich bin wie gesacht / Ich bin da Skeptiker (!) groß hin und / wer da einmal so 'ne Betriebsführung bei „*Bayer Leverkusen*“ / und wie so 'n wie überhaupt so 'n Präparat überhaupt / vielleicht hat das einer gemacht / (ehe das = *vermuteter Wortlaut*) überhaupt in der Pipeline landet, ja (') die testen einfach mal adhoc / Es is ja gar keine Vorgabe. Es werden 1000

Substanzen getestet. Die werden dann verdichtet. Man weiß vorher noch gar nich richtig genau, was es werden soll. So wird nämlich aus 'nem Blutdruckpräparat plötzlich Viagra und so weiter ja (') Versteht ihr (') Also in viele Richtungen werden Chemikalien getestet (-) an Tieren / Beziehungsweise, was könnten sie potenziell auf ihrer (k) aufgrund ihrer chemischen Struktur für Wirkungen haben. Dann grenzt sich das ein. Dann bleiben auf einmal hundert Wirkstoffe über. Ok (.) 100 Wirkstoffe. Die ham uns das erklärt und die machen da keinen Hehl draus. So wird geforscht.

Ä2: Ja, wie soll man 's denn sonst machen?

A1: Ja, so wird geforscht. Aber verstehst de (') es wird jetzt nich, klar, wie soll man rankommen. Am Ende stehen dann da Forschungs/äh Forschungskosten von 500 Millionen (-) keine Ahnung (.) und die müssen dann irgendwie wieder rein kommen (.) is doch völlig klar. *Und* (-) und wie kommen sie rein (') Vorrangig (') über Studien und aber Marketing. Deshalb rennen da 4000 Leute rum von „Bayer“ in Deutschland oder so (-) ähm (-) das is so. Wir sind da (.) wir sind da 'ne empfindliche Zielgruppe. Das muss man (k) dessen muss man sich bewusst sein, weil wir haben eigentlich per Rezeptblock die Pharmamacht in der Hand und wenn wir das sind / weil es schreibt kein anderer auf (!) keine Krankenschwester (.) kein Krankengymnast (.) der Arzt macht das. Hallo (') wir sind 's (!) Was durch unsere Federhalter geht, das is 'ne Macht och. Das is 'ne Machtstelle. Aber wir nutzen die eigentlich noch zu wenig aus und deshalb sind wir so auch Zielgruppe. Das muss man einfach so klar sagen. ((Zeitmarke 01:01:16-5))

Ä2: Ja, wenn wir die wieder ausnutzen, sind wir auch wieder / 'ne (.) ich denk schon.

A1: Ja, wir sollen das ja nich negativ ausnutzen. Aber Fakt is schon ja (,) verstehst de /

Ä2: Wir lassen uns das ja auch nich so gefallen. Wir sagen doch schon: „*wir nehmen in erster Linie die Bewährten*“ wo wir gute Erfahrungen haben. Wir sind natürlich auch offen für Neues, weil wir sonst stehenbleiben würden. Aber das man das alles mit 'nem bisschen Zurückhaltung und Augenmaß und und /

Ä3: Aber das haben wir jetzt erst gelernt (!)

Ä2: Aber dafür brauch man 'ne Weile, ja (') Am Anfang ((mehrere Wortmeldungen zeitgleich, daher unverständlich)) ((Zeitmarke 01:01:44-4))

A1: Genau (.) das wollt ich sagen.

Ä3: Die ersten 5 Jahre (-) da waren wir noch nich so (.) sei doch ganz.

Ä2: Stimmt, das mein ich ja (.) ja (') Ja, dass die Erfahrung das wirklich ausmacht.

A1: Richtig

Ä2: Das is jetzt doch denk ich jetzt unser Vorteil, dass wir uns nicht / Deswegen empfind' ich das nich so schlimm, wenn die so übertreiben, weil ich mir das nich aus diesem Grunde nehmen würde ja (') Ja, aber wenn man wenig Erfahrung hat, dann denkt man „*na (-) tut man dem Patienten vielleicht doch nicht Gutes, wenn man jetzt nicht das Beste gibt*“ ja (') Ja (.) aber inzwischen / Wir können / Da haben wir schon die Erfahrung und wenn wir denken, wir kommen nicht weiter (-) na dann kann man ja weiter gucken. Informiert sein muss man schon für das Neue, finde ich und auch manchmal offen. Aber nich übertreiben und aufpassen auf alle Fälle (-) und sich nich so sehr beeinflussen lassen von „*netten Menschen*“ ja (') Ich nehm' manchmal auch die Netteren lieber die Präparate als die Unnetten ja *mein Gott* (!) aber das is der gleiche Wirkstoff (,) nur die Firma is 'ne andere ja also so sehr beeinflussen lass ich mich dann doch nich. ((Zeitmarke 01:02:39-3))

A1: Fakt is eigentlich schon / Manchmal denkt man das schon jetzt, wir Älteren (-) wir Älteren / Also ich denke, wenn ich heute (-) wenn ich heute sitzen würde in 'ner Vorlesung „Klinische Pharmakologie“ (-) das wär' ganz anders als zu unserer Zeit. Ich glaube, wir würden da durchhängen. Eigentlich bräuchten wir nochmal 'nen *Refresher-Kurs* oder so was ja (') äh (-) Muss ich ganz ehrlich sagen, dass is ja das Problem (,) ja (') Also meine alte Hausärztein, als die fünfundsechzig war und mein Vater dann auf Bluthochdruck behandelt hatte, das war alles „asbach uralt“ und nix nach neustem Stand & und da müssen wir alle aufpassen und uns gut weiterbilden. Das is schon / das is schon so (,) ja (') Aber wenn ich das so überlege, was ihr so lernt und so (') und da ganz anders och / Mensch, was wir eben mal intus hatten, das hatten wir eben mal intus. Aber jetzt gibt 's völlig neue Wirkstoffklassen und völlig neue interaktiv /

Ä2: Aber die kommen ja trotzdem nacheinander und man kriegt sie auch mit.

A1: Ja man kriegt 's 'n bisschen mit *aber* (-) aber /

Ä3: Aber manche Namen kannst de dir nich mehr merken (.) sei ehrlich (!)

Ä2: Nee, die lass ich auch weg und wenn die wiederkommen sag' ich: „*Ach wissen sie, ich hab' das noch nie gehört*“ & „*Doch sie haben 's schon mal gehört*“ & sag ich: „*Naja gut, aber ich hab 's vergessen.*“ Das is einfach zu viel dann ja (') und dann is mir das auch egal. Dann spielt das auch nich die Rolle, wenn ich 's nich vermisste (,) ja.

Ä3: Jetzt gibt 's ja dieses *Duo-Plavix* ja (')

Ä2: Das haben sie mir heute gerade vorgestellt.

Ä3: Da sag' ich doch zu dem einen Pharmareferenten: „*Sie waren doch schon (.) sie waren doch schon da!*“

Ä2: *Plavix* und ASS in einer Tablette.

Ä3: So (.) aber die is wirklich preisgünstiger und ich hab nachgeguckt /

Ä2: Ja is es.

Ä3: *Plavix* und das *Duo-Plavix* is deutlich preiswerter (-)

Ä2: als nur *Plavix* alleine (.) ja.

Ende des Interviews

16.7 Transkription Fokusgruppe II

Gesprächsprotokoll

Interviewort: Halberstadt

Datum: 11/2011

Dauer: 1 Stunde

Durchführung: Julia Lenz

Anzahl der Teilnehmer: 17 Hausärzte, 2 Interviewer, 1 Beobachter

Geschlecht: 8 Frauen, 9 Männer

Fachspezialisierung: 4 Internisten, die jetzt hausärztlich tätig sind, 7 Fachärzte für Allgemeinmedizin, davon eine Ärztin bereits im Rentenalter, 1 Fachärztein für Chirurgie seit 1990 aber als Hausärztein niedergelassen, 5 Ärzte kamen später hinzu und äußerten keine persönlichen Informationen

Praxis Stadt/Land: alle Ärzte in Halberstadt tätig

Interviewsituation

Setting: lange Tafel, Qualitätszirkel-> Ärzte untereinander bekannt
Entspannte Atmosphäre, zu Beginn etwas zögerliche Antworten

Die verwendeten Transkriptionszeichen:

(.)	= kurzes Absetzen
..	= mittlere Pause von 2 Sekunden
...	= 3 Sekunden
(4sek.)	= Pause; Dauer in Sekunden
(,)	= Senken der Stimme
(')	= Heben der Stimme
(-)	= Stimme in der Schweben
(!)	= besonderer Ausruf
neee	= <i>Dehnung</i>
(selber ?)	= vermuteter Wortlaut
(?)	= unverständliche Äußerung
&	= auffällig schneller Anschluss
.....“	= dialogische Rede
/	= Konstruktionsabbruch
viellei	= Wortabbruch
((z.B. laut))	= „objektiv“ feststellbare, parasprachliche, nicht
verbale,	oder gesprächsexterne Aktivität
((z.B. ironisch))	= interpretativ feststellbare begleitende Sprechqualität
(k)	= Korrektur
Schulung	= betont gesprochen
A: Ich sehe daher [die	
B: nein ich	= gleichzeitiges Sprechen mit Kennzeichnung des
Einsetzens	
M: Ok, meine Einstiegsfrage ist, was der Rezeptblock im Alltag für sie bedeutet (.) was er für eine Bedeutung spielt (k) ob er eine große Rolle spielt (.) das Rezept (.) oder er überhaupt eine Rolle spielt. #00:00:19-6#	
TN7: Brot (,) und immerzu #00:00:21-1#	Ja, das ist unser tägliches
TN9: Ja (.) #00:00:21-1#	
TN4: und immer mehr #00:00:21-1#	
TN6: Wobei (.) für die Patienten spielt das Rezept eigentlich eine viel größere Rolle. Die wollen eigentlich immer möglichst mit 'nem Rezept	

in der Hand aus der Praxis wieder rausgehen. #00:00:30-8#

TN2: Mit 'nem Kreuz auf dem Rezept ((lachen)) #00:00:37-0#

TN6: Ich habe erlebt (,) je länger man dieses Verhältnis mit dem Patienten aufgebaut hat und je besser dieses Verhältnis ist, umso weniger wichtig sind nachher Medikamente. #00:00:50-0#

TN4: Ja (.) ja (.) das muss man wirklich sagen. Wenn man als junger Arzt anfängt, dann muss man sein Können eigentlich über Rezeptblöcke erst mal definieren gegenüber den Patienten (.) und je länger man den Patienten kennt, umso mehr sind auch andere Therapiemöglichkeiten oder auch andere Ebenen möglich bei der Behandlung des Patienten (,) ja (') wenn 'n Patient heute zu mir kommt und über Rückenschmerzen klagt und ich sag' dem, er muss jetzt mal richtig Krankengymnastik machen (,) dann sagt der: "Na da habe ich ja 'n tollen Arzt. Der hat nichts." Wenn ich den aber schon zwanzig Jahre kenne (.) und der kommt wieder mit Rückenschmerzen und sagt: "Alles andere haben wir ja nun schon gemacht. Was können sie mir denn jetzt noch sagen." Dann ist also auch der Gedanke, wirklich mal versuchen, selbst mal ranzugehen und mal mit Krankengymnastik ranzugehen dann einer, der auch vom Patienten aufgegriffen wird (.) weil er weiß, wie oft ich schon mit ihm durch dick und dünn ((gelaufen war = *vermuteter Wortlaut, da sehr leise gesprochen*)) #00:01:44-8#

M: Und spielt denn das Patientenalter oder die akut versus den chronischen Patienten eine Rolle, was das Rezept bedeutet (') Also, ist das in der Sprechstunde unterschiedlich (.) je nach Patientenklientel oder Alter? #00:01:59-8#

TN5: Na das geht ja immer / Die Heilung die geht ja los in der Selbstheilung / jedes einzelnen Organismus. Und wenn ich als Arzt jetzt überschau und sage, was der jetzt braucht ist nicht die Pille, sondern ist letztendlich der Raum und die Zeit (,) ja (') um sich mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen, sie zu überwinden und gestärkt aus diesem ganzen "Krieg" (.) sage ich mal (.) herauszugehen. Dann brauche ich kein Rezept. Dann kriegt der von mir kein Rezept. Dann kriegt der von mir 'ne normale Grippe oder so (') oder irgendwas in der Richtung (,) / kriegt der 'n Krankenschein über 'ne bestimmte Zeit (') ne (') und dann ist er erst einmal aus dem Stressfeld "Arbeit" raus und ich sage mal (.) *nicht zur Arbeit gehen zu müssen* ist wie 'ne Pille. Also ist wie 'ne ärztliche Entscheidung, die dem Patienten gut tun sollte. Immer mit dem Kommentar: "Putzen sie keine Fenster und machen sie keine /" ((lachen TN 9)) Weil manche sofort wieder in ihre Pflichtmuster reinfallen und sagen: "Das kann doch gleich nebenbei erledigt werden." ja (') Aber bei akuten Krankheiten geht das eigentlich immer relativ gut (,) ja (-) Aber wir sind ja leider in einer Zeit, wo die chronischen Krankheiten / #00:02:49-6#

TN6: Aber nicht, wenn du 'n über siebzigjährigen / da braucht man viele Rezepte, weil die chronisch behandelt werden möchten. #00:02:57-2#

TN5: Ja, deswegen sage ich ja gerade (,) die chronischen Krankheiten sind heute die Standards. #00:02:58-6#

TN6: Desto mehr die in der
Klinik waren, desto mehr werden es. #00:03:01-4#

TN4: Und da brauchen wir die Rezepte.
Das ist ein Übel. Ganz egal, was man da für eine Einstellung hat (.) der braucht seine Medikamente für all' seine Krankheiten und dann / man kann natürlich auch sagen "Gespräch" (.) den Fokus auch so 'n bisschen auf diesen Lebensstil bringen und das nebenbei mit ausfüllen. Dass man sagt: "Ok, hier sind die Pillen ('') da wissen se ja, wie sie die einnehmen müssen." und so diese anderen Dinge (-) wo man so über diese tagtäglichen Dinge redet (.) ja (-) "Wie ist das mit dem Schlaf" .. "Wie ist das mit deiner Bewegung" (-) "Findest du Episoden der Ruhe" .. "Was machst du um zur Ruhe zu kommen, wenn du nachts im Bett liegst und die ((Schallplatte = *vermuteter Wortlaut* #00:03:29-7#)) geht da und der Gedanke / also diese Gedankenflut kommt (-) wie gehst du damit um." Der eine geht zum Fernseher (.) machen den an (-) die nächsten lesen 'n Buch (-) ja (,) dann versuche ich Techniken beizubringen, wie man weder das Eine noch das Andere / sondern einfach zu seinem Ruhepol findet (.) ja. Aber das hängt dann immer von der Situation ab. Aber das Rezept ist in unserer heutigen Zeit ein zentrales ((Mittel = *vermuteter Wortlaut*)) Ohne dem geht 's nicht #00:03:50-8# (lachen))

TN6: Natürlich (!) #00:03:53-0#

M: Ok. Als nächstes würde ich ganz gerne wissen, was sie unter dem Begriff des "ganz persönlichen Medikamentenrepertoires" verstehen würden und was sie denken, wodurch das beeinflusst wird ('') oder ob sie ein relativ festes Repertoire haben oder / wie sie das beschreiben könnten. #00:04:15-5#

TN3: Ja, ich denke gerade, wenn wir mal wieder von neuen Wirkstoffen überflutet werden, sollte jeder die Medikamente verordnen (.) oder die die Wirkstoffe / nicht unbedingt irgendwelche Medikamente, sondern die Wirkstoffe verordnen, wo er von überzeugt ist, dass die 'ne entsprechende Wirkung haben (.) aus eigenen Erfahrungen, aus Studien oder et cetera. Weiß ich aus langer Zeit, wo man damit umgegangen ist / man kann sich sicherlich nicht auf alle Medikamente stürzen. Und ich denke, überschaubare Auswahl ist vorhanden (-) ja ('') Also, wenn wir jetzt nicht so 'n offenen und engagierten Pharmamarkt hier in Deutschland hätten, würde das auch anders aussehen und trotzdem würden die Patienten nicht schlechter versorgt werden, wenn wir bloß weiß ich (-) zwei oder drei ACE-Hemmer hätten und drei beta-Blocker. Da würden auch nicht alle Leute von sterben, wenn wir da 'ne geringere Auswahl hätten. #00:05:17-6#

TN2: Sicherlich werden wir viel von Pharma-Firmen besucht und die versuchen natürlich, uns immer ihre Produkte aufzudrängen, aber das muss natürlich jeder dann natürlich für sich selbst entscheiden, inwieweit er sich da leiten lässt. #00:05:28-5#

TN3: Das Problem für uns ist, dass in den wenigsten Fällen wir eigentlich nur noch immer der alleinige Behandler des Patienten sind ('') und da ist es natürlich so, dass jeder Arzt so sein eigenes Medikamentenreservoir für sich irgendwo entwickelt hat. Und wenn der arme Patient nun doch noch zu *zwei oder drei* oder auch mehr Fachärzten geht, dann sind da natürlich auch immer Medikamente dabei, die

nicht unbedingt zu meinem Reservoir gehören und da muss man dann natürlich auch irgendwie immer sehen, dass man da irgendwelche Kompromisse natürlich dann findet. #00:05:58-6#

TN 5: ((unverständlicher Wortlaut #00:05:59-4#))

TN3: Zum Beispiel. #00:06:01-7#

TN5: Das ist mitunter ein großes Problem. #00:06:02-4#

M: Und was gehört denn dazu, sein eigenes Repertoire zu entwickeln (-) Also, ich stehe ja noch so ganz am Anfang (-) / von ihnen sind ja die ein oder anderen schon erfahrener (') die anderen / #00:06:18-6#

TN1: Ihre eigene Erfahrung. #00:06:18-6#

TN6: Das bringt die Praxis mit sich und die Erfahrung, was man so im Laufe der Zeit / das fällt einem dann halt ein. #00:06:26-1#

TN7: Hofft man. #00:06:26-1#

TN6: Man guckt dann nicht auf 'n Zettel, sondern / meisten (!) / manchmal muss ich auch gucken "ach Mensch, ob das denn so hieß (')" & Aber ich weiß dann den Patienten und dann gucke ich da auch mal nach. ((viele TN lachen)) Geht doch jedem so. ((lachen)) Man muss immer wissen, wo 's steht. #00:06:40-6#

TN8: Stimmt. #00:06:40-6#

TN5: Geht mir auch so. #00:06:43-1#

TN7: Das habe ich auch manchmal.

TN4: Aber Nebenwirkungen sind da schon 'n größeres Problem (.) dass wenn einer das nicht vertragen hat und das öfter vorkommt, dass man das dann nicht nimmt. #00:06:49-8#

TN7: Streicht man. #00:06:49-8#

TN4: Für mich ist immer zum Beispiel das Ampicillin (.) ja (!) Das wird immer wieder in den Leitlinien gebracht ((*mehrere TN bejahren diese Aussage*)) und wie viel Ampicillin-Allergien (.) schlimme Ampicillin-Allergien habe ich schon gesehen (!) #00:07:02-7#

TN6: Oder Omoxicillin. #00:07:02-7#

TN4: Oder Amoxicillin #00:07:02-9#

TN 8: auch. #00:07:02-9#

TN4: Ja (') ja (.) und wenn man das gesehen hat (.) also mir dreht 's

immer den Magen um, dass dann Ampicillin dann immer noch gegeben wird und dann aus der Klinik dann häufig auch, obwohl die das schon wussten ((*mehrere TN bejahen diese Aussage*)) und das ist für mich zum Beispiel so 'n Leitfaden, dass ich sage / also wenn ich Negativerfahrungen habe, dann würde ich 'n Medikament nicht einsetzen. #00:07:25-8#

- TN8: Und ganz neue setze ich auch nicht ein. #00:07:27-6#
- TN4: Und ganz neue auch. Genau. #00:07:29-3#
- TN7: Nicht gleich. #00:07:32-6#
- TN3: Nicht gleich. #00:07:32-1#
- TN7: Nicht gleich. So. #00:07:32-9#
- TN8: Genau.
#00:07:32-9#
- M. Sondern wann? #00:07:34-1#
- TN8: Na, wenn einige dann schon Erfahrungen gesammelt haben ((*TN lachen*)) #00:07:40-1#
- TN7: Was von den Fachärzten kommt (.) aus der Klinik kommt (,) tasten wir uns da ganz langsam ran #00:07:43-3#
- TN9: Genau.
Positiv ((*unverständlicher Wortlaut* #00:07:43-0#))
- TN4: Wenn 's nach zwei Jahren noch auf 'm Markt ist. #00:07:48-3#
- TN10: Wenn man 'n paar Patienten hat, die von Fachärzten eingestellt worden sind und es gut lief. #00:07:50-1#
- TN9: Ja (.) (.)
#00:07:50-1#
- TN6: Na da sieht man ja wieder "Multaq" / Also das hätte ich sowieso nie verordnet ja (,) / und jetzt ist es schon wieder fast weg, ja (,) #00:08:00-0#
- TN1: Schon wieder weg,
ja? habe ich verschlafen. #00:08:00-3#
- TN4: nein
- TN7: Nö. #00:08:03-3#
- TN6: Noch nicht ganz. #00:08:03-7#
- TN?: Ich weiß nicht, ob das hier rein gehört. Es ist also so, dass wir gestern 'ne tolle Weiterbildung hatten wo es um Medikamente gegen (k) bei Vorhofflimmern / um

neuere Medikamente geht, die jetzt auf den Markt kommen (') wo uns gestern erzählt worden ist, dass die aber besser sind als Falithrom (-) wo ich auch von überzeugt bin (.) Und ein Patient kam heute zu mir in die Praxis und knallte mir das auf den Tisch. Er hat also irgendeinen Professor aus Brandenburg gehört, der hat das verteuft bis zum geht-nicht-mehr (,) das wäre also so ein schreckliches Zeug, #00:08:33-6#

TN7: Was? ((viele TN drücken genauso ihr Unverständnis aus)) #00:08:33-6#

TN? So was dürfte man also nicht unter die Leute bringen. Wo ich also ein riesengroßes Problem jetzt hatte, wie ich diese Karre wieder richtig hinbekommen kann. Und ich hab 's nicht anders machen können, als ihm wieder das Falithrom zu verschreiben. #00:08:44-0#

TN 3: Welches Präparat war das? #00:08:44-0#

TN2: Pradaxa. #00:08:46-3#

TN?: Pradaxa. #00:08:49-7#

TN7: Nimmst du 's zur Reiseprophylaxe ((lachen)) #00:08:54-2#

TN5: Also ich bin der Meinung, man soll auch natürlich für die Forschung offen sein und für neue Präparate (,) aber ich möchte auch nicht unbedingt der Erste sein. Man sieht immer, wenn man denn vorprescht, dass man dann natürlich auch / ja (.) #00:09:06-8#

TN10: Ja, ist so. #00:09:06-1#

TN5: Aber irgendwo müssen wir mal anfangen und müssen auch mal neue Medikamente einsetzen. #00:09:08-7#

TN10: Bis der Rückruf kommt. #00:09:09-8# ((TN 7 lacht))

TN3: Ich denke, 'ne wichtige Entscheidung ist auch immer, ob man ein Medikament selber nehmen würde oder nicht (,) ja (') Denn das ist, denke ich mal / Das sollte man auch immer kritisch hinterfragen. Und ich denke, wenn ich 'ne bestimmte Erkrankung hätte und es gibt 'ne Innovation, die echt 'ne Innovation darstellt (.) würde ich mir die selbst auch nicht vorenthalten (,) ja (') So denke ich. das kann ja jeder für sich selbst entscheiden. #00:09:29-5#

TN10: Richtig. #00:09:29-5#

TN3: Gerade in der Diabetes-Therapie, was sich da jetzt zugetragen hat (.) Einiges (.) Ja, ich würde mir kein Sulfonylharnstoff verordnen, wenn ich Diabetiker wäre. Ich würde das prinzipiell ablehnen, auch wenn die Kassen und alle das von uns fordern, den Patienten das überzuhelfen. Das ist in meinen Augen Körperverletzung. Ja (.) so ist es aber. Wir sind wirtschaftlichen Zwängen unterworfen (.) auch so müssen wir verordnen, keine Frage. Auch diese Präparate werden unser Repertoire beinhalten (') da können wir uns nicht gegen wehren (,) ja (-) und wenn wir allen Leuten Diclofenac verordnen, weil wir da 'ne Quote zu erfüllen haben und am liebsten würden wir

denen auch mal 'n cox-1-Hemmer verordnen, weil das sicherlich von der Verträglichkeit viel viel günstiger ist, aber eben viel viel teurer (.) dann sind wir den Zwängen eben auch unterworfen. da können wir uns nicht gegen wehren. Das ist so. Ja. Deswegen ist das ja kein schlechtes Medikament. Bloß wir müssen eben viel viel intensiver nach Nebenwirkungen gucken und den Patienten sicherlich anhalten zu sagen, wenn der was hat. ja. #00:10:27-3#

M: Was müsse denn ein neues Medikament für Eigenschaften haben (.) aufweisen, damit sie es relativ schnell ihren Patienten verordnen. Wie müsste es denn sein (') Was wäre denn für sie ein "gutes" neues Medikament. (,) was müsste das für Eigenschaften aufweisen. #00:10:44-4#

TN9: Wenn man sieht, dass es 'n Therapieerfolg gibt (.) 'n guten, was man vorher mit anderen vielleicht nicht erreicht hat. #00:10:48-2#

TN7: Und so wenig wie möglich Nebenwirkungen. #00:10:52-6#

TN8: Und so wenig wie möglich Interaktion mit anderen Medikamenten. #00:10:55-3#

TN5. Vernünftiger Preis. #00:11:03-0#

TN4 Und ((*preisgünstiger* = *vermuteter Wortlaut* #00:10:57-0#)) ((*TN lachen*))#00:10:57-9#

TN1: Und da scheitert 's dann dran. #00:10:57-9#

TN10: Das geht nicht immer. #00:10:57-9#

TN3: Am besten gleich als Leitsubstanz. festgelegt. #00:11:05-1#

TN4: Das geht ja nicht. #00:11:05-1#

TN9: Da werden wir lange warten, dass das gleich kommt. #00:11:05-4#

M: Mich würde mal das "Lieblingsmedikament" von jedem interessieren. #00:11:17-4#

TN1: Das ist / Das gibt 's nicht ((*mehrere TN verneinen gleichzeitig die Frage*)) #00:11:17-7#

M: Gar nicht? #00:11:18-3# #00:11:18-5#

TN1: Nein.

TN6: Das müssen wir mal eingrenzen. #00:11:21-1#

TN10: Ich hab' nicht mal 'n "Lieblingsgetränk" ((*TN lachen*))#00:11:21-1#

M: Naja, wenn man sagt, wenn Patienten mit Erkältungen kommen, gebe ich

immer das, und wenn Patienten mit Kopfschmerzen kommen / #00:11:35-6#

TN 10: Na das kommt doch darauf an, was se haben. Ich kann doch nicht sagen "das" Lieblingsmedikament. #00:11:41-5#

M: Nein, nur zu bestimmten Situationen. #00:11:41-5#

TN5: Lieblingsmedikamente gab 's zu DDR-Zeiten. Da gab es nämlich nur zwei oder drei zur Auswahl ((TN lachen)) Heute gibt es ja 'ne breitere Palette. #00:11:53-3#

TN2: Als 's Medikamente gab, wo ich noch wusste, ich kann den Osten 'n bisschen unterstützen, da habe ich so was gerne gemacht, dass ich Bromhexin oder solche Präparate verschrieben habe. Aber da mir das aus der Hand genommen worden ist, ist das eigentlich / #00:12:12-8#

((Hintergrundgespräche anderer TN unverständlich)) #00:12:06-9#

TN10: Ist ja keiner dabei der 's hört. Man darf ja eigentlich die Medikamente nicht so nennen, aber wenn einer 'ne Erkältung hat ohne dass 'ne Antibiose notwendig ist, dann ist das bei mir zum Beispiel Soledum forte. So. Empfehle ich den Leuten. #00:12:24-7#

TN7: So, und ich empfehle es nicht, weil ich es nämlich selber nicht vertrage. ((TN lachen)) #00:12:27-0#

TN2: Pulmotin. Ich empfehle Pulmotin. #00:12:29-8#

TN6: Ich empfehle Gelomyrtol forte ((lachen)) #00:12:31-3#

TN1: Das ist gar nicht / ich empfehle mir Dasselbe. #00:12:35-8#

((mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich)) #00:12:39-1#

TN1: Wir reden natürlich jetzt über Medikamente, die wir empfehlen können, weil sie keine Kassenleistung darstellen, ja, da ((haben wir ja eigentlich immer noch so 'n bisschen die Hand drauf = vermuteter Wortlaut, da Hintergrundgespräche so laut)) und ich empfehle meinen Patienten Aspecton (,) ja (') Kommt aus Thüringen (-) ist das Gleiche wie Gelomyrtol forte, und wirkt auch wunderbar. #00:13:00-0#

TN10: Was ist das jetzt? #00:13:00-0#

TN1: Aspecton. Eukalyptus #00:13:02-2#

TN10: Ah, ja. #00:13:06-7#

M: Jetzt dürfen sie. #00:13:07-3#

TN7: Wir haben gerade festgestellt / es wäre viel einfacher wenn sie gefragt hätten, welches Medikament man gar nicht empfehlen würde oder gar nicht einsetzt,

was man also sozusagen verteufelt. Da ist uns hier ganz spontan das *Grippostad C* eingefallen ((viele TN lachen)) #00:13:21-4#

M: Warum? #00:13:21-4#

TN2: Na weil 's 'ne Mogelpackung ist. #00:13:23-9#

TN7: Und unterdosiert ist. #00:13:25-9#

TN3: Da verdient nur der Apotheker, das ist das größte Übel. Wirklich. #00:13:27-7#

TN7: Nur der Apotheker verdient. Ja. #00:13:28-3#

TN3: Das darf man nämlich nicht vergessen dass / Apotheker sind nämlich nicht der Freund der Menschheit, sondern genauso Geschäftsmenschen wie alle anderen und die wollen hauptsächlich Geld verdienen. Und die wollen OTC-Präparate als Empfehlung gibt (,) ja (') / wir können ja bloß noch empfehlen. Letztlich hat ja die Macht über die OTC-Präparate der Apotheker, ja (') und der versucht, den Leuten das teuerste aufzuschwätzen, was es gibt. Und da wird manchmal den Leuten wirklich das Geld aus der Tasche gezogen und das ist nicht richtig. Weil der hat auch 'ne Verantwortung (.) auch 'ne wirtschaftliche Verantwortung gegenüber den Leuten. #00:14:06-0#

TN7: Aber da schreib' ich eigentlich immer fleißig grüne Rezepte. und dann gibt der Apotheker auch das, was auf dem Rezept steht raus. #00:14:10-7#

TN4: Ja, das mache ich auch so. #00:14:10-7# ((*mehre TN bejahren ebenfalls kurz*))

TN3: Ja aber wie gesagt, die gehen ja zuerst in die Apotheke und holen sich da was und kommen dann zu uns. Und wenn man dann sieht, was denen schon alles übergeholfen worden ist. #00:14:24-1#

TN7: "Ich habe schon fünfunddreißig Euro ausgegeben und nun ist es immer noch nicht weg" #00:14:28-4#

TN5: Haben se drei Hustensäfte. #00:14:28-4#

M: Gibt es noch irgendwas, was sie nicht leiden können? #00:14:39-0#

TN3: Also ich habe mit diesem Spironolacton so 'ne Abneigung gegen. Der Kardiologe der schreibt 's so gerne auf (,) aber ich hatte eben im Krankenhaus welche gesehen, die dadurch dialysepflichtig waren und da habe ich Respekt vor, vor dieser Substanz. Ich mag das nicht. Er stellt se ein (,) schickt se zu uns (') und sagt "Krea-kontrolle" und da / Das ist so 'ne Substanz, die ich nicht mag. Gibt bestimmt viele Alkoholiker, wenn die Aszites haben, die so was brauchen / bei bestimmten / aber so generell / wegen Kaliumspiegel (') .. sollen se 'ne Banane mehr essen. #00:15:19-2#

TN?: ((sonst würde es das ja nicht geben = vermuteter Wortlaut und Rest unverständlich)) #00:15:18-9#

TN3: Ja, macht aber der Kardiologe gerne. #00:15:25-9#

- TN?: Bei
fortgeschrittenen Herzinsuffizienz da ist es schon gut. #00:15:30-1#
- TN7: Ja, ja, das sollte man ja so sagen,
das man nicht mag. Wie zum Beispiel Amoxicillin. mag ich auch nicht#00:15:33-0#
- M: Genau. #00:15:39-7#
- TN2: Mir hilft 's immer. #00:15:41-0#
- TN6: Nee, mir gar nicht. hat der Hund gekriegt.
#00:15:41-0#
- TN3: So was nehme ich überhaupt nicht.
- TN9: Selbstverstümmelung. #00:15:44-6#
((mehrere Redebeiträge zeitgleich, daher unverständlich)) #00:15:51-8#
- TN10. Schon wenn das so große Tabletten sind, mag ich das nicht.
- M: Und was machen sie in dem Fall, wenn der Patient mit dem Spironolacton aus dem Krankenhaus entlassen wird? #00:15:59-4#
- TN3: Generell setzte ich das dann auch
nicht ab. Dann werde ich in den sauren Apfel beißen müssen erst mal (.)
Kreatinin-Spiegel bestimmen. Steigt der an, werde ich 's sofort absetzen. Ja.
Aber so generell, das mache ich dann auch nicht. #00:16:16-9#
- M: Wie funktioniert denn
so die Krankenhausentlassung mit der Medikation und der Zusammenarbeit mit
ihnen. Würden sie sich da gerne Veränderungen wünschen ('')
Verbesserungen? #00:16:31-1#
- TN3: Kommt auf die Klinik an. Das hatten wir ja vorhin schon
mal diskutiert gehabt. Also jetzt hier von der Inneren her muss ich sagen, hat
sich das deutlich gebessert. Früher war ja / Wenn die 'n bisschen
Magenbeschwerden im Krankenhaus angegeben hatten, haben se alle
Pantozol gekriegt. lagen se auf der magen-Darm-Station da, haben se gleich
Pantozol zweimal eine gekriegt (,) ja (-) das hat sich deutlich gebessert. Also /
Allerdings gibt es auch Kliniken so, wenn die aus der Chirurgie kommen / hatten
wir ja schon damals auch angesprochen (.) diesen Schmerzcocktail da mit
zweimal oder dreimal zwei Ibuprofen und dann noch dreimal eine Tramal und
dann vielleicht noch dreimal eine Tetrazepam, dass se ja auch über ihre
eigenen Beine noch fallen (-) Nee, also da sage ich auch: "Nehmen sie
Medikation bei Bedarf" #00:17:14-8#
- ((zu viele Redebeiträge gleichzeitig, daher unverständlich)) #00:17:32-8#*
- TN1: Es erfolgt eigentlich selten noch eine Rücksprache (,) eigentlich fast gar nicht (.)
sei es, es geht um Medikation, Entlassungen (.) plötzlich (.) unvorbereitet
#00:17:44-1#

TN7: Freitagnachmittag. #00:17:44-4#

TN1: ((unverständlicher Wortlaut #00:17:47-0#)) Samstagvormittag (-) also auch lange vor / wo auch lange geplant war, dass die entlassen werden (.) wo das absehbar war. Und da hatte ich auch 'ne Patientin, die wurde dann am Freitag um zehn entlassen. #00:18:01-6#

TN8: Abends? So spät noch? #00:18:01-6#

TN1: Ja (!) Kriegte ich da 'n Anruf. Ja. So und dann mit ausgedehnter Medikation und überhaupt nichts mitbekommen (.) also überhaupt nichts vorbereitet. Angeblich Pflege alles organisiert. Nichts war organisiert. überhaupt nichts. ja. #00:18:11-7#

TN9: Aber meistens geben se 's schon mit. #00:18:13-2#

TN1: So / ja, meistens klappt das schon. Also das ist zum Glück dann der Ausnahmefall. Aber 'ne Absprache vorher existiert eigentlich so gut wie gar nicht. #00:18:19-7#

TN6: Vorher (') nee, Absprachen gibt es nicht. #00:18:21-4#

TN1: Ja doch, in manchen Fällen kommt mal 'ne Info: "da haben wir jetzt dieses oder jenes angesetzt" (.) Aber das sind Einzelfälle. Frau ((Auslassung Name)) die ruft immer an und sagt / #00:18:32-4#

TN7: Jetzt nicht mehr. Die ist jetzt in Rente. #00:18:33-8#

TN1: Ach die ist in Rente. Schade eigentlich. ((TN lachen)) #00:18:39-1#

TN5: Wie lange schon? #00:18:37-9#

TN7: Seit April glaube ich. #00:18:40-1#

TN9: Ja, seit April. #00:18:40-1#

TN1: Ach darum, ich krieg keine Anrufe mehr. ((TN lachen)) #00:18:44-4#

TN2: Also das Schöne an der medizinischen Klinik hier in ((Auslassung Ortsname)) dass die also wirklich immer ihren Entlassungsbericht mitbekommen. Dan steht dann zwar "vorläufig" drauf, aber da steht dann bei uns auch wirklich alles Wichtige. #00:19:00-5#

TN 4: Mit Laborwerten ((mehr TN bejahen dies)) #00:19:01-4#

TN2: Mit Laborwerten, so dass wir also doch eigentlich 'n sehr guten Überblick haben. ja. Chirurgische Klinik, da klappt es so in siebzig bis achtzig Prozent (-) Manchmal kommt auch der Patient ohne alles und sagt, er soll sich morgen den Entlassungsschein abholen. Dann weiß ich nicht, was er bei mir soll (-) Aber das lässt sich doch auch irgendwie handeln. Bei den Chirurgen kann man ja

meistens von außen draufgucken, wie 's geht. ((lachen)) #00:19:25-3#

TN6: Was natürlich auch wünschenswert wäre ist, wie es an der Uni möglich ist, mit den klinischen Pharmakologen. Wenn die vielleicht schon von vorn herein 'n Blick hätten bei den polypharmakotherapierten Patienten (,) gerade was das Interaktionspotenzial betrifft / in der Uni findet 's statt (') Wenn 's natürlich an den Lehrkrankenhäusern wie zum Beispiel in ((Auslassung Ortsname)) stattfinden würde wär' 's natürlich super. Aber wer leistet sich schon 'n klinischen Pharmakologen als privates Krankenhaus. wahrscheinlich niemand. #00:19:50-8#

TN10: Das ist die neuste Mode. #00:19:50-8#

TN6: Aber für uns wär' 's natürlich am besten (,) ja (') Wenn der Patient schon im Vorhinein / der Patient, bevor er mit zwanzig Medikamenten entlassen wird / geschickt würde, ob sich das wirklich alles so verträgt, weil der Assistenzarzt oder wer auch immer das angesetzt hat / Wir waren da früher sicherlich auch nicht frei von, aber oftmals sind die Briefe in der korrigierten Fassung vom Oberarzt gegengelesen worden. Aber nicht zum Entlassungszeitpunkt. Und da sind sicherlich Medikamente drauf, die 'n großes Interaktionspotenzial haben / und das ist vielleicht bedacht wurde / und wenn dass noch 'n bisschen besser reguliert ist, wär' das natürlich super. #00:20:26-5#

M: Hat man denn die Möglichkeiten in der Praxis, sich das detailliert anzugucken. #00:20:37-1#

TN6: Wenn man viel Zeit hat schon. #00:20:36-5#

M: Also ist das in der Umsetzung schwierig. #00:20:39-3#

TN4. 'n Patient, der aus dem Krankenhaus entlassen wird, ist immer 'ne kleine Katastrophe. ((viele TN lachen)) #00:20:44-2#

TN8: Die schmeißen alles zusammen. #00:20:44-2#

TN3: Und dann ist Montagfrüh. #00:20:48-8#

TN7: Das dauert immer lange, sich mit denen zu beschäftigen #00:20:47-5#

TN9. und wenn man das mal in Vertretung hat und ((wühlt = vermuteter Wortlaut)) dann erst, dann ist man aufgeschmissen. #00:20:53-6#

TN5: Und genau das sollte eigentlich auch nicht unsere Ausgabe sein. Der Patient sollte ja möglichst so aus dem Krankenhaus entlassen werden sein mit seinen Medikamenten, die gegengecheckt worden sind. Das wir gar nicht erst in die Bredouille kommen und wir die Aufgabe haben, die von spezialisierten Ärzten festgelegte Medikation zu überprüfen, ob die den hausarztauglich ist. Da ist 'n / #00:21:21-1#

M: Was halten sie denn für den wichtigsten Einflussfaktor, was ihr Verordnungsverhalten anbelangt. Was denken sie, hat den größten Einfluss auf

das was sie verordnen. #00:21:28-8#

TN5: Die Krankheit der Leute. #00:21:28-8#

TN 9: Ja klar ((lachen))
sonst brauche ich 's nicht zu machen ((lachen)) #00:21:35-5#

M: Das ist jetzt sehr allgemein. #00:21:38-4#

TN3: Ja, was man auswählt, oder was. #00:21:39-6#

TN2: Eigene Erfahrung. #00:21:39-6#

TN3: Ja. #00:21:43-5#

TN4: Also für mich ist ganz wichtig, dass der Patient zufrieden nachhause geht. #00:21:47-6#

TN8: Nee, das /

TN5: Nein, das geht nicht in jedem Fall.

TN8: Der brauch ja nicht wieder kommen. #00:21:51-0#

((mehrere Redebeiträge/Hintergrundgespräche gleichzeitig)) #00:21:55-1#

TN1: Das ist schon Überzeugungsarbeit, die man leisten muss. In vielen Fällen klappt 's, manchmal klappt 's auch nicht, weil manche so eingefahrene Vorstellungen haben, das muss jetzt so und so sein und so sein, und dass was ich jetzt seit zehn Jahren habe, das ist so gut, auch wenn ich da ganz anderer Meinung ist (k) oder begründet anderer Meinung 8,) da wird 's schwierig. Aber die meisten lassen sich ja doch zu begleiten und überzeugen und wenn 's funktioniert, dann sowieso. #00:22:15-9#

TN2: Naja, das meinte ich damit.
#00:22:17-5#

TN1: Wenn 's nicht funktioniert, dann haben wir 'n kleines Problem.

M1: Was
ich gerne wissen möchte zu den Medikamenten, die sie von Herzen gerne verordnen / also, wie kommt ein Medikament in ihr Herz (') dass sie 's also gern mögen. Welche Eigenschaften soll ein Medikament haben, damit sie es gerne mögen. #00:22:49-8#

TN8: Es muss mir schon mal geholfen haben. ((mehrere TN lachen)) #00:22:54-1#

TN10: Eigenerfahrung spielt 'ne große Rolle (.) stimmt schon. #00:22:55-3#

TN2: Von vielen Patienten gut vertragen, gute gewirkt, #00:22:58-9#

TN7: Nee, auch dass der Patient gut eingestellt ist, beim Blutdruck oder beim Zucker.

Das spielt schon 'ne Rolle, dass man mit den Ergebnissen zufrieden ist / wenn er 's richtig nimmt.

((*Hintergrundgespräche unverständlich*))

TN9: Ja, und 's gut vertragen hat. #00:23:15-0#

TN7: Ja, und alles, was eben dazu gehört:
Nebenwirkungen, Compliance #00:23:18-9#

TN4: Es zählt eigentlich nur das Ergebnis. Wenn man 'ne Therapie macht, wo alle zufrieden sind, das ist doch optimal. Egal, welches Medikament man nimmt. #00:23:27-7#

M1: Wie muss ein Medikament beschaffen sein, dass in ihren Verstand kommt. #00:23:34-5#

TN1. Man muss es oft genug verordnen, dann hängt das irgendwann / wie meinen sie das jetzt (') #00:23:36-6#

TN4: Na es muss uns überzeugen in jederlei Hinsicht #00:23:43-5#

M1: Wie muss ein neues Medikament beschaffen sein, dass sie sagen vom Verstand her "ich verordne es" obwohl ich es eigentlich nicht mag. #00:23:48-5#

TN1: Ach 'n Neues

TN7: Muss man sich immer auf das Urteil der Leute verlassen, die einem das vorstellen. kann man ja nicht selbst ausprobieren. #00:23:52-3#

TN3: Es muss gut wirken, mit wenigen Nebenwirkungen. #00:23:58-5#

TN1: Jetzt muss ich nochmal fragen. ich verordne das, obwohl ich 's nicht mag dem Patienten. Das kann für mich nur den Hintergedanken haben, das hat sich schon mal 'n Facharzt Gedanken gemacht und hat den Patienten darüber aufgeklärt, wie wichtig das Medikament ist und dann werde ich dem da nicht in die Bredouille kommen. wenn ich dann meine, dass das Medikament nicht so gut ist, dann muss ich das dem Facharzt mitteilen. Aber ansonsten wüsste ich gar nicht, wie das passieren soll. (3) Ja, wenn ich den wieder überweise zum Facharzt, dann kommt 'ne kurze Mitteilung darüber. Das mache ich öfters, wo ich dazu 'ne Fragestellung dann eben einfach formuliere. #00:24:40-6#

M: Ein Beispiel ist ja vielleicht für einige von Ihnen trotzdem das Falithrom, was wir ja so 'n bisschen vielleicht in der Vorgesprächsrunde hatten. Das ist ja 'n Medikament, was man ja vielleicht eher aus dem Verstand heraus / weil man weiß, es verhindert die Schlaganfallrate verordnet. Aber vielleicht ist es etwas, was gerade in der Hausarztpraxis einen unheimlich hohen Aufwand an Kontrollen / und so veranlasst #00:25:04-0#

TN7: Na bloß da blieb uns ja nichts weiter übrig. #00:25:06-4#

TN5: Das spielt sich ein. Das ist eigentlich kein Problem. #00:25:08-3#

TN7: Ja, das stimmt. #00:25:08-3#

TN4: Das ist ein Medikament, wo wir seit fünfundzwanzig Jahren drauf warten, dass endlich was neues kommt. das ist wirklich so. #00:25:13-4#

TN6: Ja, genau. #00:25:13-7#

TN7: Und was haben se gestern gesagt. "und dann kommt 's wieder in 'n Baumarkt, zum Rattengift" ((TN lachen)) #00:25:20-9#

TN4: Und darum hat das vielleicht noch 'ne Sonderstellung, solange wie wir das bloß hatten haben wir uns damit arrangiert und auch recht gut arrangiert, weil wir 's einfach brauchten. Jetzt stehen neue Medikamente auf der Warteliste, wo man schon der Meinung ist, wenn die so viel sicherer sind in der Therapie, dass man diesen Medikamenten auch positiv in Zukunft gegenüber stehen wird. Und ich bin eigentlich auch davon überzeugt, dass in den nächsten fünf bis zehn Jahren das Falithrom vom Markt sein wird und nicht mehr verordnet wird. davon lasse ich mich leiten, dass das so sein wird. Welches Medikament das Falithrom ersetzen wird, das kann ich noch nicht sagen. Aber ich gehe davon aus, dass das *sehr sehr* optimistisch gelingt. #00:26:07-6#

TN2: Da ist auch nichts gegen einzuwenden. #00:26:06-6#

TN8: Ja, ich denke auch. #00:26:10-5#

TN5: Das hängt aber viel auch von diesen Rahmenbedingungen Budget ab. Also wenn wir alle nachher / wenn man sich das mal vorstellt (,) die Budgets bleiben erhalten und wir haben alle unsere Falithrom-Patienten ((*unverständlicher Wortlaut* #00:26:19-6#))

TN9: Dann müssen wir warten, bis Generika kommen. #00:26:25-7#

TN5: Also zehn Jahre. #00:26:25-7#

TN9: Aber / und dann können wir es nur in wirklich dringenden Indikationsfällen einsetzen. Geht eben nicht jeder. #00:26:34-2#

TN7: Aber die haben ja im Moment sowieso nicht / der Klappenersatz ist ja noch nicht. #00:26:35-8#

TN5: Genau. #00:26:35-8#

TN7: Also, 'n paar Jahre müssen wir / #00:26:40-6#

TN1: Wer jetzt Falithrom auf den Markt bringen würde (k) versuchen würde, wird keine Chance haben. #00:26:43-7#

TN7: Nee. #00:26:43-7#

TN1: Absolut keine Chance ((lachen)) #00:26:45-0#

TN5: Das Problem ist einfach der Anspruch der Patienten und sicherlich auch unser Anspruch / ist so hoch, dass wir sicherlich gute und sichere und moderne Medizin machen wollen, die wirtschaftlichen Zwänge aber eigentlich das nicht zulassen. Ja (') oder man muss sagen: "Warum sind die Innovationen so teuer!" Sind wir bereit, den teuren Preis zu zahlen dafür, dass es 'ne echte Innovation ist (') Oder können wir überhaupt abschätzen, ist es 'ne echte Innovation, oder nicht? ja (') Da gibt es ja Institute, die das sagen angeblich. Weiß man nicht, wie unabhängig die sind. Sollen relativ unabhängig sein. Bloß wie gesagt, ich war jetzt erst auf so 'nem Therapie-Symposium (,) und wenn da neue Krebs-Medikamente vorgestellt werden, die (-) weiß ich nicht (-) hunderttausend Euro im Jahr kosten und da wird vom Überlebenszuwachs von zwei Monaten gesprochen (,) als echte Innovation. Und das wird dann auch zugelassen und dann wird gesagt: "Mensch, dieses Medikament das war noch nie da und das schafft dem Patienten 'n Benefit von zwei Monaten länger Lebenszeit." Dann frage ich mich immer, wenn mich das selber betreffen würde / Zwei Monate, das ist schon ganz schön viel für hunderttausend Euro. Andererseits, was ist denn, wenn da hundert Leute mit behandelt werden (,) ja (') haben wir schon eine Million. Und dann, was ist denn mit dem Geld. Was könnte ich 'n da für andere Medikamente einsetzen, die vielleicht viel viel preiswerter wären. Aber, will ich den hundert Leuten das vorenthalten (') / weil 's das jetzt gibt (') Der Frage muss ich mich (k) die muss ich mir ja immer stellen. Ich kann den dpp-4-Hemmereinsetzen bei jedem Diabetiker. Muss ich eigentlich. Und alle Sulfonylharnstoffe wegschmeißen. Müsste ich eigentlich. das ist immer Anspruch und Realität und da werden wir nicht übereinkommen, solange wir mit irgendwelchen Budgets arbeiten müssen und in dem Moment wo irgendwelche Krankenkassen uns Vorschriften machen wollen, was wir verordnen sollen, wir das nicht funktionieren. #00:28:46-8#

TN? Das wird immer krasser werden denke ich mal. Der Kostendruck wird immer größer. #00:28:47-6#

TN1: Natürlich, absolut. #00:28:53-2#

M1: Welches Medikament haben sie konkret in den letzten zwölf Monaten neu eingesetzt. Welches neue Medikament haben sie benutzt. #00:29:05-6#

TN1: Multaq oder (') würde ich sagen. Gibt 's ungefähr ein Jahr. #00:29:07-5#

TN2: Pradaxa. #00:29:07-4#

TN7? Pradaxa. #00:29:09-5#

TN3: Ich nicht. #00:29:10-9#

TN?: Ich auch noch nicht #00:29:11-9#

TN7: Ralexa #00:29:18-3#

TN5: Ranexa. #00:29:18-9#

TN7: Ranexa / Nicht "lex" sondern "nexa" #00:29:21-2#

M1: Was hat sie konkret bewogen, das jetzt zu tun. #00:29:25-9#

TN3: Na meistens ist es ja Weiterverordnung. Weil, es gibt ja auch die ((lieben größere Sprechstunden als wir = *vermuteter Wortlaut*)) Pharmakotherapie (') und dann folgen Rezepte in aller Regel. #00:29:44-2#

((*mehrere Redebeiträge zeitgleich*)) #00:29:46-7#

TN2: ((*unverständliche Einleitung des Satzes*)) Patientin mit ständig wechselnden INR-Werten nach oben und nach unten, die aufgrund ihres Vorhofflimmerns 'ne sichere Therapie braucht, habe ich deswegen umgestellt von Falithrom auf das Pradaxa #00:30:07-6#

TN10: Und? Das ist der Grund? #00:30:07-6# ((*TN lachen*))

TN?: Nee, das ist auch noch 'n anderer (') aber den anderen kann ich auch gleich sagen. Das ist ein Patient, der in den nächsten sechs Wochen sowohl 'ne Zahnsanierung vor hat, auch 'ne Rektoskopie vor hat (k) also 'ne Coloskopie, ja (-) dem ich gesagt habe: "So, da brauchen sie jetzt gar nicht wieder umzustellen wieder auf spritzen. das kriegen wir so in den Griff. Da schreibe ich Ihnen Pradaxa auf (,)" und dann hat der die Sendung auf Radio Brandenburg gehört, wo der Herr Professor gesagt hat: "Das Teufelszeug darf nicht auf den Markt." Nun stehe ich natürlich vor 'nem Scherbenhaufen, aber ich stehe immer noch zu Pradaxa. #00:30:55-6#

TN8: Zwölf Monate (-) das gibt 's schon länger. #00:30:55-7#

M1: Ich hab' sie jetzt leider nicht verstanden. #00:30:59-9#

TN8: Nein, das fällt mir eben ein / war 'n Selbstgespräch ((*TN lachen*)) was ich meinte ist, das ist länger her als zwölf Monate, das erste mal. #00:31:13-2#

M1: Sie haben vorhin gesagt, es gibt so viele neue Wirkstoffe. Haben sie wirklich das Gefühl, dass es Innovationen gibt? #00:31:20-4#

TN5: Doch (.) gibt 's. #00:31:21-8#

TN8: Na in der Diabetes-Therapie, das ist doch wirklich 'ne Innovation. #00:31:26-7#

TN2: Ich würde die Frage vielleicht anders stellen. Was sind denn "Scheininnovationen". Das sind immer die Kombinationspräparate die auf den Markt kommen, wenn das Primärpräparat ausläuft / Jetzt endlich Ass und Pantoprazol in Kombination, da ja jetzt doch laut der Studie, die sie da haben ein Fünftel das ASS 100 nicht vertragen und da gibt es jetzt endlich diese ordentliche Kombination. #00:31:55-0#

((Hintergrundgespräche unverständlich)) #00:31:59-2#

TN2: So genannte "Scheininnovationen" sind für mich, wo ich kein ((unverständlicher Wortlaut #00:32:03-2#))

((Hintergrundgespräche unverständlich #00:32:13-4#))

TN4: Man muss ja auch sagen., dass die meisten Innovationen uns als Hausärzte gar nicht tangieren, weil die meisten Innovationen die momentan stattfinden, sind ja wirklich in der Tumortherapie. Da ist es bisher so / was sich da gerade tut auf dem Antikörpersektor, was sicherlich immer wieder Innovationen sind / aber wie gesagt, wenn man das 'n bisschen kritisch betrachtet, ist sicherlich der Patient, denen geholfen wird und'n längeres Überleben ermöglicht wird, ist das ja sicherlich toll. Aber wie gesagt, sind wir wirklich bereit, uns das zu leisten. Man weiß heute, dass bestimmte Krankenkassen auch durch die Tumortherapie auch an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gebracht wurden. Wenn die natürlich viele Kolonkarzinom-Patienten hatten, die mit den teuren Antikörpern behandelt worden, dann sind die da mit Monatstherapiekosten von Millionen belastet worden. Wie soll das gestemmt werden. Das sind so Sachen. das ist eben unser hoher Anspruch. Das sind aber Innovationen, keine Frage, um Gottes Willen. das gab's eben noch nie und das bringt auch was. #00:33:14-2#

TN2: Kommt immer darauf an. In der Rheuma-Therapie sind ja die Antikörper genial. Also da kann man die Leute ja wunderbar mit behandeln. #00:33:22-2#

((Hintergrundgespräche laut aber sich überlagernd, daher unverständlich)) #00:33:26-1#

TN1: Wenn man die Frage mal rückwirkend beantwortet, wenn man erst Innovationen / und vergleicht man die letzten zehn Jahre, ja (,) da gibt es doch ganze Krankheitsgruppen, wo sich unheimlich viel verbessert hat. Asthma, COPD-Therapie, Rheuma, Diabetes, das sind alles Innovationen gewesen. #00:33:39-3#

TN9: Die ganze Magenchirurgie wer wir denn heute noch ((unverständlicher Wortlaut #00:33:42-2#)) #00:33:42-2#

TN1: genau. das ist so / Also die Pharma-industrie die war so innovativ in den letzten zehn fünfzehn Jahren, also das ist unheimlich, wirklich. Ob das nun diese Entwicklungsdynamik, ob die jetzt nun noch in die Zukunft mit diesem Tempo weiterschreitet, das ist die Frage, ja (') Denn irgendwo ist ja was entdeckt und dann denke ich gibt es 'n Zuwachs nur auf / wird sehr beengt sein.ja. Aber die Medizin, die Pharmakotherapie ist so hoch effektiv geworden in den letzten zehn fünfzehn Jahren, das ist schon toll. #00:34:24-7#

M: Gibt es denn jetzt aktuell im hausärztlichen Sektor 'n Bereich, wo sie sich noch weitere Innovationen wünschen würden? Fällt ihnen was ein, wo sie unbedingt noch was brauchen würden in ihrem alltäglichen / #00:34:31-8#

TN7: na wir hatten ja vorhin die Demenz als Thema. und da 'n Medikament , was wirklich sicher wirkt und nicht das, was wir jetzt haben und nicht wirklich sichtbar was bringt. das wäre mal was. #00:34:45-2#

TN5: Ein großes Symptom in unserem Klientel ist Schwindel. Gibt 's auch nichts.
WEnn da was kommen würde, da wären wir sehr erfreut. #00:34:50-1#

TN4. Das ist ja so multifaktoriell und / #00:34:54-6#

TN7: ja, das sit schwierig. Das ist ja Ursachenbehandlung meist. #00:35:02-3#

TN4: Gefäßbedingt. #00:35:02-8#

TN7 und altersbedingt (.) arteriosklerotisch. #00:35:03-9#

TN2: Und dann wär es eben auch 'n NSAR wirklich kriegen würden, was nicht auf den Magen geht, oder jedenfalls 'n schönes Schmerzmittel was ((nicht = vermutetes Wort)) die Nebenwirkungen des Metamizols hat, wo unter einer Million einer mit 'ner ((unverständlicher Wortlaut #00:35:23-0#)) Das wäre meines Erachtens 'n schönes Mittel, was man breit streuen könnte. das sind uns im Prinzip Grenzen gesetzt. das wär' auch schön. #00:35:36-9#

M: ich bedanke mich recht herzlich bei Ihnen.