



PARACELSUS
MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT

**„Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen“ –
Eine Grounded Theory zu den Erwartungen und Erfahrungen von
65-plus-jährigen Patient*innen an die deutsche ambulante
kardiologische fachärztliche Versorgung im Behandlungsprozess**

Doktoratsstudium zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor of Philosophy in Nursing & Allied Health Sciences (Ph.D.)
an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität, Salzburg

eingereicht von

Christopher Läßle

am 31.03.2023

unter Betreuung von

Univ.-Prof. Dr. Stefan Lorenzl (Erstbetreuer)

Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Ursula Immenschuh (Zweitbetreuerin)

Institut für Pflegewissenschaft und -praxis

Vorstand: Univ. Professor Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink

<https://doi.org/10.4126/FRL01-006489565>

Zusammenfassung

Die ambulante kardiologische fachärztliche Versorgung ist eine zentrale Struktur in der Gesundheitsversorgung älterer, chronisch herzkranker Menschen in Deutschland. Die Behandlungssituation sowie das Setting selbst sind von spezifischen Herausforderungen geprägt, die sich auf die Interaktionen zwischen Herzpraxis und Patient*innen auswirken. Bislang gibt es zur Perspektive der Erwartungen, Erfahrungen und Bedürfnisse der Patient*innen im Setting wenig Erkenntnisse.

Die vorliegende Ph.D.-Thesis setzt hier an und widmet sich der leitenden Forschungsfrage, inwieweit die Erwartungen und Erfahrungen chronisch herzkranker Menschen eine Herausforderung für dieses Setting darstellen. Dazu werden Erwartungen und Erfahrungen von Menschen im Behandlungsprozess empirisch erfasst und in ein theoretisches Konzept eingebettet. Methodisch werden mit den 65-plus-jährigen, chronisch herzkranken Patient*innen problemzentrierte Interviews zu zwei Zeitpunkten durchgeführt. Diese werden auf Basis des Symbolischen Interaktionismus durch den Einsatz einer Grounded Theory nach Kathy Charmaz sowie Juliet Corbin und Anselm Strauss ausgewertet. Die Interviews führen zu einem Interaktionskonzept, das durch eine reflexive Forschungshaltung geprägt ist.

Das erarbeitete Interaktionskonzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* beschreibt die Herausforderungen an die ambulante kardiologische fachärztliche Versorgung aus der Sicht der Menschen: Sie sind nicht nur bedürftige Patient*innen, sondern Menschen, die einzigartig sind und leben – und etwas am und auf dem Herzen haben. Mit alldem treten sie in die Interaktion mit der Herzpraxis und fühlen sich entsprechend aufgehoben oder alleingelassen, wahrgenommen oder als Patient*in 08/15. Dadurch entstehen Konsequenzen, die sich auf das Empfinden der Beschwerden, auf ein Gefühl zwischen Sicherheit und Unsicherheit und auf unterschiedliche Versorgungsendpunkte auswirken.

Das erarbeitete Konzept kann als Interaktionsgrundlage zur Versorgung herzkranker Menschen Anwendung finden und gibt darüber hinaus Hinweise zur Gestaltung, Organisation und Interaktion in Herzpraxen. Dies bildet einerseits einen betriebswirtschaftlichen Aspekt der Praxen ab, andererseits stellen die Erkenntnisse das Ausmaß und die Relevanz von zwischenmenschlicher Interaktion in der ambulanten kardiologischen fachärztlichen Versorgung in Deutschland dar.

Schlüsselwörter: Konstruktivistische Grounded Theory, Längsschnittstudie, ambulante Gesundheitsversorgung, chronische Herzerkrankungen, Patient*innenorientierte Versorgung, ältere Menschen

Abstract

Outpatient cardiology care occupies a central position in providing healthcare services to older people with chronic heart diseases in Germany. The treatment situation as well as the setting itself are characterised by specific challenges that affect the treatment situation between the cardiac practice and patient. Different approaches exist in healthcare to address these challenges. One approach focuses on the perspective of the ill person and brings their expectations, experiences, and needs into focus. To date, however, there has been little specific evidence on this in outpatient cardiology specialty care.

This Ph.D. thesis starts here and addresses the central research question of to what extent the expectations and experiences of people with chronic heart disease represent a challenge for this setting. To this end, the expectations and experiences of people in the treatment process are empirically recorded and embedded in a theoretical concept. Methodologically, problem-centered interviews will be conducted with 65-plus-year-old patients with chronic heart disease at two points in time. These will be analysed on the basis of symbolic interactionism through the use of a constructivist grounded theory according to Kathy Charmaz, Juliet Corbin, and Anselm Strauss. The interviews lead to an interaction concept that is characterised by a reflexive research attitude.

The developed interaction concept *Taking Someone by the Hand with Their Heart* describes the challenges to outpatient cardiology specialist care from the perspective of the people. It becomes clear that they are not only needy patients but also people who are unique and live unique. Their heart is impaired in its function, moreover, this leads to the fact that they have something on their mind, as they are restricted in their way of life. With all of this, they interact with the heart practice. The interaction takes place in two continuums: Between feeling taken care of or left alone and being perceived as a person or patient 08/15. Depending on the location in these continuums, consequences arise that affect the perception of disease symptoms, the feeling between security and insecurity, resulting in different care endpoints.

The developed concept can be applied as a basis for interaction on the care of people with heart disease and furthermore gives hints for the design, organisation, and interaction in cardiac practices. On one hand, this represents a commercial aspect of the practices, and on the other hand, the findings represent the extent and relevance of interpersonal interaction in outpatient cardiology specialist care in Germany.

Keywords: constructivist grounded theory, longitudinal study, outpatient care, chronic heart diseases, patient-centered care, older people

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	II
Abstract	III
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung	1
2 Der demografische Wandel in Deutschland	4
3 Die deutsche ambulante medizinische Versorgung	6
3.1 Finanzierung und demografische Aspekte der ambulanten medizinischen Versorgung	6
3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Vergütungssystematik	8
3.3 Aktuelle Herausforderungen der ambulanten medizinischen Versorgung	10
3.4 Setting der ambulanten fachärztlichen kardiologischen Versorgung	14
4 Chronische Herzerkrankungen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland	17
4.1 Krankheit im Alter	17
4.2 Herzerkrankungen als Beispiel chronischer Erkrankungen	18
4.3 Behandlungsansätze chronischer Herzerkrankungen	23
5 Erwartungen und Erfahrungen von Menschen in der medizinischen Versorgung	30
6 Zusammenfassung des theoretischen Rahmens	34
7 Literature Review	37
7.1 Methodik des Literature Reviews	37
7.2 Ergebnisse des Literature Reviews	41
7.2.1 Ergebnisse zu Strukturen im Gesundheitswesen	41
7.2.2 Ergebnisse zu krankheitsspezifischen Ansätzen	48
7.3 Kritische Würdigung der recherchierten Erkenntnisse	51
8 Zusammenfassung und Forschungslücke	53
9 Fragestellung und Zielsetzung	56
10 Epistemologie, Methodologie und Methodik	59
10.1 Epistemologie und Methodologie	59
10.1.1 Epistemologie	59
10.1.2 Methodologie: Der Symbolische Interaktionismus	59
10.1.3 Methodologie: Die Grounded-Theory-Methodologie	60
10.2 Methodisches Vorgehen	61
10.2.1 Forschungsdesign	61

10.2.2	Feldzugang	62
10.2.3	Forschungsethik.....	63
10.2.4	Datenmanagement.....	65
10.2.5	Datenerhebung	66
10.2.6	Das theoretische Sampling.....	68
10.2.7	Datenanalyse	71
10.2.8	Geltungsbegründungen.....	73
11	Analytische Kapitel	76
11.1	Ich als Gesprächspartner	76
11.2	Einführung in die analytischen Kapitel	77
11.3	Wer ich bin – eine eigene Geschichte haben.....	78
11.3.1	Beruf, Lebenstätigkeiten und Aufgaben.....	79
11.3.2	Alter und Begleiterkrankungen	82
11.3.3	Erwartungen an die Herzpraxis: Zwischenmenschlicher Umgang	85
11.4	Wie ich lebe – in einem eigenen Umfeld sein	88
11.4.1	(Infra-)Strukturelle Rahmenbedingungen des Alltags	88
11.4.2	Das private Netzwerk	90
11.4.3	Professionelle Unterstützende.....	93
11.4.4	Mensch und Versorgung im Wandel.....	96
11.4.5	Erwartungen an die Herzpraxis: Zugänglichkeit, Infrastrukturen und Kompetenz.....	99
11.5	Etwas am und auf dem Herzen haben.....	105
11.5.1	Erlebte Symptome und deren Ursachen.....	105
11.5.2	Wahrnehmung und Bedeutung des Herzens und der Herzerkrankung	108
11.5.3	Medizinische (Vor-)Erfahrungen	110
11.5.4	Das Handeln im Alltag und Notfall	119
11.5.5	Erwartungen an die Herzpraxis: Informationen, Therapie und Einbezug ..	124
12	Kernkategorie: Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen	131
12.1	Erwartungen als Ausdruck von Bedürfnissen	132
12.2	Die Kontinuen der Interaktion	134
12.2.1	Sich aufgehoben und sich alleingelassen fühlen	134
12.2.2	Sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen	153
12.2.3	Zusammenfassung: Variabilität der Kontinuen	165
13	Der Einfluss der Interaktion	169
13.1	Das Empfinden der Beschwerden nach der Interaktion	169
13.2	Sicherheit innerhalb der Unsicherheit erfahren.....	172
13.3	Versorgungs(ab)brüche als Entscheidung der Menschen.....	175

14	Entwicklung der Theorie	180
15	Diskussion, Implikationen und Limitationen	186
15.1	Diskussion.....	186
15.2	Implikationen	198
15.3	Kritische Würdigung und Limitationen	207
16	Rückblick und Beantwortung der Forschungsfragen.....	214
17	Schlussfolgerung und Ausblick.....	219
18	Literaturverzeichnis	220
19	Anhang.....	236
	Danksagung	278
	Eidesstattliche Erklärung	279

Abkürzungsverzeichnis

Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag der Ärzte
DMP	Disease-Management-Programm
DZHI	Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EKG	Elektrokardiogramm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	Versorgungsstrukturgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GT	Grounded Theory
HSR	Health System Responsiveness
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
JBİ	Joanna Briggs Institute
KHK	Koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
MFA	Medizinische*r Fachangestellte*r
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NäPA	Nichtärztliche Praxisassistent*in
SES	Sozioökonomischer Status
SI	Symbolischer Interaktionismus
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VERAH	Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis
WHO	World Health Organization
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigste Todesursachen	19
Abbildung 2: Morbidität der Herzerkrankungen, alters- und geschlechtsstandardisiert	20
Abbildung 3: Morbidität der KHK im Jahresvergleich 2011 und 2020.....	21
Abbildung 4: Die zehn häufigsten Begleiterkrankungen bei KHK und Herzinsuffizienz	22
Abbildung 5: Grafische Darstellung der Grounded Theory; eigene Darstellung	181

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe und deren Übersetzung	38
Tabelle 2: Darstellung des Suchstrings	38
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien, Teil 1	39
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien, Teil 2	40
Tabelle 5: Start des theoretischen Samplings, erstes Set	68
Tabelle 6: Fortgang des theoretischen Samplings	70

1 Einleitung

(...) Das ist schon wichtig, dass mich da jemand an die Hand nimmt. – Frau

Süß 1, Pos. 33

Dieses Zitat steht zentral für die Herausforderung, die in der hier vorliegenden Forschung deutlich wurde. Menschen, die älter als 65 Jahre und chronisch herzerkrankt sind, wurden dazu befragt, was sie von der kardiologischen¹ Behandlung erwarten und wie sie diese erleben. *Jemanden mit seinem Herz an die Hand zu nehmen*, kann einerseits als Ausdruck eines ganz basalen Bedürfnisses von uns Menschen gelesen werden. Wir wünschen uns Begegnungen von Herz zu Herz; gerade, wenn wir auf Hilfe angewiesen sind. Andererseits drückt es einen Wunsch aus, dem im Alltag einer Herzpraxis oder überhaupt des Gesundheitswesens wohl kaum immer nachgekommen werden kann. In diesem Spannungsfeld bewegen wir uns und die vorliegende Ph.D.-Thesis gibt einige Antworten darauf, wie Menschen dieses Bedürfnis ausdrücken und welche Facetten darin deutlich werden. Dies wiederum gibt Anhaltspunkte dafür, worauf wir im Anspruch auf patient*innenorientierte Versorgung nicht verzichten können. Die Aspekte der betroffenen Menschen finden Eingang in ein Interaktionskonzept im Setting der ambulanten fachärztlichen kardiologischen Behandlung.

Grundsätzlich stellt der demografische Wandel nicht nur in Deutschland eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung der immer älter werdenden Bevölkerung dar. Wirft man einen Blick auf das Krankheitsspektrum älterer Menschen, führen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems die Erkrankungs- und Todesstatistiken an, verursachen gewichtige Kosten im Gesundheitswesen und sorgen für menschliches Leid – auch weil sie in vielen Fällen von einer Chronizität charakterisiert sind. Die medizinische Versorgung dieser Menschen wird zu einem großen Teil von der ambulanten medizinischen Versorgung geleistet. Dazu gehören Hausärzt*innen und insbesondere kardiologische Fachärzt*innen, die Menschen in einem oft langwährenden Behandlungs- und Betreuungsverhältnis versorgen. Auch die ambulante medizinische Versorgung selbst steht aufgrund diverser Entwicklungen vor Herausforderungen.

Um die Gesundheitsversorgung der älteren, herzkranken Menschen auch in Zukunft zu gewährleisten und optimalerweise zu verbessern, existieren verschiedene Anknüpfungspunkte. Bisherige Behandlungs- und Betreuungsansätze sowie das Handeln der

¹ Ärzt*innen können ihrer Tätigkeit nach in verschiedene Fachgebiete eingruppiert werden. Die Kardiologie ist ein Teilgebiet des Fachgebiets Innere Medizin. Es beschäftigt sich mit der Vorbeugung, Erkennung sowie Behandlung von Herz- und Kreislauferkrankungen (Roche, [2006]/2013).

Professionellen im ambulanten medizinischen Versorgungssektor folgen einem biomedizinischen und therapeutischen Fokus, der auf die Verbesserung medizinischer Parameter ausgelegt ist. Die Perspektive der Patient*innen, ihre Erwartungen und das Erleben der Versorgung spielen auch von politischer Seite erst in den vergangenen Jahren eine zunehmende Rolle. Jedoch ist bezüglich der Erwartungen und des Erlebens von Menschen in der ambulanten kardiologischen fachärztlichen Behandlung in Deutschland kaum Erkenntnis vorhanden.

Die Ph.D.-Thesis setzt hier an: Im Zentrum stehen die Erwartungen und Erfahrungen der 65-plus-jährigen Patient*innen in der kardiologischen Fachärzt*innen-Praxis² unter Berücksichtigung ihrer chronischen Herzerkrankungen und inwieweit diese eine Herausforderung darstellen. Um sich dem Thema zu nähern, interviewte der Autor ältere, herzkranken Menschen zu deren Erwartungen und deren Erleben in einem longitudinalen Ansatz innerhalb des Settings. Aus den Gesprächen entwickelte der Autor unter Nutzung der Grounded Theory (GT) nach Charmaz [2006]/2014) und dem Kodierparadigma von Corbin und Strauss [1990]/2008) ein theoretisches Konzept, um die zentralen Herausforderungen für die ambulante kardiologische fachärztliche Versorgung darzustellen. Daraus wurden entsprechende Implikationen für die verschiedenen Beteiligten in diesem Setting herausgearbeitet.

Die vorliegende Ph.D.-Thesis ist folgendermaßen aufgebaut: Der theoretische Rahmen wird in Kapitel 2 mit der Darstellung des demografischen Wandels in Deutschland eröffnet. Weiter thematisiert Kapitel 3 die deutsche ambulante medizinische Versorgung, ihre Finanzierung, Rahmenbedingungen sowie aktuellen Herausforderungen und richtet den Blick auf die ambulante fachärztliche kardiologische Versorgung. Chronische Herzerkrankungen in der ambulanten medizinischen Versorgung spielen in Kapitel 4 eine zentrale Rolle. Hier werden das allgemeine Krankheitsspektrum im Alter, Herzerkrankungen als Beispiel für chronische Erkrankungen und die Behandlungsansätze chronischer Herzerkrankungen betrachtet. Kapitel 5 handelt schließlich von den Erwartungen und Erfahrungen von Menschen in der medizinischen Versorgung. Nach einer Zusammenfassung des theoretischen Rahmens in Kapitel 6 folgt die Darstellung des Literature Reviews in Kapitel 7. In diesem Kapitel werden die Methodik des Literature Reviews erläutert und die Ergebnisse dargestellt und kritisch gewürdigt. Darauf folgen in Kapitel 8 eine Zusammenfassung und die Vorstellung der Forschungslücke.

2 Im Folgenden wird für eine bessere Lesbarkeit der Ph.D.-Thesis immer von Herzpraxis statt kardiologischer Fachärzt*innen-Praxis gesprochen. Lediglich die Bezeichnungen der Befragten in den Gesprächen bleiben so, wie von den Befragten geäußert.

Zur Darstellung des folgenden Forschungsprozesses beinhaltet Kapitel 9 die zentrale Fragestellung und Zielsetzung. In Kapitel 10 werden mit der Epistemologie, der Methodologie und der Methodik die wissenschaftstheoretischen und methodischen Grundlagen dieser Arbeit vorgestellt. Anschließend daran folgt in Kapitel 11 bis 14 der analytische Teil dieser Arbeit: Darin werden zunächst die Randkategorien, anschließend die Kernkategorie und deren Auswirkungen sowie die Zusammenfassung des erarbeiteten Konzepts erläutert. In Kapitel 15 werden die Ergebnisse des analytischen Teils diskutiert und Implikationen aufgestellt. Zudem finden eine kritische Würdigung sowie die Beschreibung von Limitationen statt. In Kapitel 16 und 17 folgen ein Rückblick, die Beantwortung der Forschungsfragen sowie ein Ausblick auf kommende Entwicklungen im Gesundheitssektor.

In dem nun folgenden Kapitel steht der demografische Wandel in Deutschland im Mittelpunkt, der zusammen mit anderen theoretischen Aspekten die Grundlage für diese Arbeit bildet.

2 Der demografische Wandel in Deutschland

Der demografische Wandel wird anhand dreier Faktoren bemessen: der Zahl der Geburten, der Sterbefälle sowie der Ab- und Zuwanderungsbewegungen eines Jahres (Statistisches Bundesamt, 2019a). Demografische Gesichtspunkte geben Aufschluss und Hinweise zu unterschiedlichsten gesellschaftlichen Fragestellungen und Erfordernissen. Um die Relevanz dieser Ph.D.-Thesis aufzuzeichnen, soll im Folgenden insbesondere die momentane und zukünftige Bevölkerungsstruktur in Deutschland dargestellt werden. Im Fokus stehen in erster Linie Gesichtspunkte der Altersentwicklung in Deutschland.

Die Altersentwicklung spiegelt sich in der Lebenserwartung der in Deutschland Geborenen und in der Verteilung der Altersgruppen in der deutschen Bevölkerung wider. Laut Statistischem Bundesamt liegt die Lebenserwartung bei 78,4 Jahren für im Jahr 2016 geborene Jungen und bei 83,2 Jahren für im selben Jahr geborene Mädchen (Statistisches Bundesamt, 2019a).

Im Hinblick auf die Verteilung spezifischer Altersgruppen zeigt sich für das Jahr 2018, dass Kinder und junge Menschen unter 20 Jahren einen Anteil von 18 % an der Bevölkerung in Deutschland ausmachten. Menschen im erwerbsfähigen Alter von 20 bis 66 Jahren wurden auf 62 % beziffert und 19 % verteilten sich auf Menschen im Alter ab 67 Jahre. Anhand der unterschiedlichen Szenarien der Bevölkerungsvorausberechnung wird eines deutlich: Die Gruppe der älteren Menschen ab 67 Jahre nimmt in sämtlichen Berechnungen einen größeren prozentualen Anteil an der Gesamtbevölkerung ein als jetzt. Im Szenario „relativ junge Bevölkerung“ wird der Anteil im Jahr 2060 bereits auf 24 % geschätzt. In der „moderaten Entwicklung“ beträgt er 27 % und in der Berechnung der „relativ alten Bevölkerung“ sogar 30 % (Statistisches Bundesamt, 2019a). Beeinflusst werden diese Berechnungen durch die bereits vorgestellten weiteren Aspekte des demografischen Wandels: die Anzahl von Geburten sowie den Verlauf von Zu- und Abwanderung. Durch alle drei Faktoren verschiebt sich letztendlich die Verteilung von Altersgruppen innerhalb der Bevölkerung zu einer immer älter werdenden Gesellschaft (Statistisches Bundesamt, 2021a).

Grundsätzlich lässt sich die Altersgruppe der älteren Menschen ebenfalls unterteilen. In dieser Arbeit wird dafür eine gängige Definition genutzt – die der Unterteilung in ältere Menschen und in Hochaltrige (Flor, 2019; Robert Koch-Institut, 2015; Rott & Jopp, 2012; Tesch-Römer & Wurm, 2009). Ältere Menschen sind hier Menschen ab einem Lebensalter von 65 Jahren. Im Vergleich dazu wird bei Menschen ab dem 85. Lebensjahr von Hochaltrigen gesprochen. Der Anteil älterer Menschen in Deutschland wird durch den Rückgang von Geburten und durch die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er in den kommenden Jahren stark ansteigen. Daraus lässt sich die Frage ableiten, welchen speziellen Bedarf diese Menschengruppe insbesondere hinsichtlich ihrer Gesundheitsversorgung hat und mit welchen

Versorgungskonzepten diese Bedarfe befriedigt werden können. Zwischen den Jahren 2012 bis 2017 existierte in Deutschland die Demografie-Strategie „Jedes Alter zählt“, wonach unterschiedliche gesellschaftspolitische Ziele für die einzelnen Altersgruppen festgehalten und bearbeitet wurden. So sollte den jeweiligen Erfordernissen und spezifischen Problematiken der einzelnen Altersgruppen Rechnung getragen werden. Ziel der damaligen Bundesregierung war es, Wohlstand und Lebensqualität für die Menschen in Deutschland sicherzustellen. Für die Altersgruppe der älteren Menschen ab 65 Jahre sind diverse Maßnahmen beschlossen worden. Dazu zählen Ansätze der Krankheitsprävention, ein Ausbau der ambulanten medizinischen Versorgung in städtischen und ländlichen Regionen und ergänzend dazu Möglichkeiten zur vereinfachten Inanspruchnahme dieser Versorgung (Bundesministerium des Innern, 2017).

Dabei stellt sich bezüglich der steigenden Lebenserwartung in Deutschland eine weitere relevante Frage: Werden die gewonnenen Lebensjahre eher in Gesundheit oder in Krankheit verbracht? Hierzu werden im Rahmen der Begrifflichkeiten ‚Kompression‘ und ‚Extension‘ unterschiedliche Szenarien diskutiert. Kompression meint in diesem Zusammenhang das Auftreten von Erkrankungen in einer kurzen Phase vor dem Lebensende. Extension bezeichnet hingegen eine längere Phase von Krankheit am Lebensende (Robert Koch-Institut, 2015). Eine statistische Auswertung unter den Mitgliedsländern der Europäischen Union zeigt einen Trend: Es ist eher dann wahrscheinlich, verbleibende Lebensjahre im Alter in Gesundheit zu verbringen, wenn auch die Lebenserwartung im betreffenden Land hoch ist. Speziell für Deutschland werden die an der Lebenserwartung gemessenen, in Krankheit verbrachten letzten Lebensjahre für das Jahr 2020 durchschnittlich auf 15,4 Jahre beziffert. Zum Vergleich: In den Jahren 2005 und 2010 waren es noch 24,8 bzw. 22,2 Jahre. Damit sinken die in Krankheit verbrachten Lebensjahre signifikant, wobei die Lebenserwartung im Zeitraum von 2005 bis 2020 nur unwesentlich gestiegen ist (Statistisches Bundesamt, 2019b). Weiterhin ist interessant, welche Krankheiten in dieser Zeitspanne besonders häufig auftreten: Grundsätzlich sind hier vor allem chronische Erkrankungen zu nennen. Dieser Aspekt wird in Kapitel 4 weiter ausgeführt, zunächst wird jedoch der Sektor der ambulanten medizinischen Versorgung in den Fokus gestellt.

3 Die deutsche ambulante medizinische Versorgung

In diesem Kapitel werden zunächst die grundlegende Finanzierung der ambulanten medizinischen Versorgung sowie damit verbundene demografische Gesichtspunkte auf der Makroebene dargestellt. Anschließend wird die Struktur und Vergütung innerhalb der ärztlichen Praxen auf der Meso- und Mikroebene beleuchtet. Das Kapitel schließt mit aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen im ambulanten medizinischen Sektor.

3.1 Finanzierung und demografische Aspekte der ambulanten medizinischen Versorgung

Im vorherigen Kapitel wurden bereits die steigende Lebenserwartung und die vorrangig im Alter auftretenden Krankheiten kurz vorgestellt. Daraus resultiert die Frage, wie sich diese Situation auf die medizinische Versorgung auswirkt und wie dieser Entwicklung in Deutschland begegnet wird.

Die finanziellen Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen steigen stetig für die unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen seit dem Jahr 2011 bis zum Jahr 2020³. Unter diese Einrichtungen fallen ambulante und stationäre bzw. teilstationäre Einrichtungen, aber auch der Rettungsdienst, die Verwaltung und der öffentliche Gesundheitsschutz. Im Folgenden wird der Fokus auf ärztliche Praxen gelegt, die unter den ambulanten Einrichtungen zu verzeichnen sind. Während im Jahr 2011 absolute Gesundheitsausgaben von knapp 44,5 Mio. Euro für ärztliche Praxen veranschlagt wurden, sind diese im Jahr 2020 auf rund 60 Mio. Euro gestiegen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2022). Dies entspricht einem gesunkenen relativen Anteil von 15 % auf 13,6 % an den gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland, womit sich die ärztlichen Praxen auf dem zweiten Platz der Sparten mit dem höchsten finanziellen Volumen befinden. Lediglich Krankenhäuser erhalten mit einem Anteil von rund 26 % an den Gesundheitsausgaben mehr finanzielle Ausstattung zur Etablierung und Aufrechterhaltung der Versorgung.

Für den sinkenden Anteil an den Gesundheitsausgaben gibt es mehrere Erklärungsansätze: Möglicherweise sind die durch die Coronapandemie entstandenen Zusatzkosten im Bereich des Gesundheitsschutzes und des medizinischen Sachbedarfs ein Grund für die gesunkenen Ausgaben für ärztliche Praxen. Des Weiteren sind höhere Ausgaben in anderen Sparten des Gesundheitswesens erfolgt: So verfügte beispielsweise die damalige Bundesregierung im Rahmen der „Konzertierten Aktion Pflege“ eine Ausbildungsoffensive und ein 13.000-

3 Für die Jahre 2011 und 2020 liegen Daten unterschiedlicher Tabellen und Publikationen des Statistischen Bundesamts vor, daher werden diese Jahre für die nachfolgenden Ausführungen jeweils miteinander verglichen. Im Jahr 2020 ist zu beachten, dass die Gesundheitsausgaben einen überproportionalen Anstieg verzeichneten. Dies ist mit den Mittelausgaben im Hinblick auf die Coronapandemie erklärbar.

Fachkraftstellen-Programm. Beide Maßnahmen führten zu einem Stellenaufbau in der Pflege, der durch die Gesundheitsausgaben finanziert wurde (Bundesministerium für Gesundheit, 2021).

Auch die Anzahl der ärztlichen Praxen⁴ hat sich im Vergleich zu 2011 von 74.905 auf 64.754 verringert (Statistisches Bundesamt, 2013, 2021b). Im Vergleich zum Jahr 2011 waren 2020 insgesamt mehr Ärzt*innen ambulant tätig. Zudem zeigt sich ein weiterer Trend: Immer mehr Ärzt*innen gehen ein Anstellungsverhältnis in einer bestehenden ärztlichen Praxis ein, statt sich selbst niederzulassen. So standen der Bevölkerung in Deutschland 2011 insgesamt 140.500 ambulant tätige Ärzt*innen zur Verfügung, von denen 121.700 niedergelassen und 18.800 angestellt waren. Im Vergleich ergeben sich für 2020 eine Gesamtzahl von 161.400 Ärzt*innen, die sich in 114.900 niedergelassene und 46.500 angestellte Ärzt*innen aufteilen (Bundesärztekammer, 2011, 2020b). Die Steigerung der Anstellungsverhältnisse in Kombination mit der sinkenden Anzahl von Niederlassungen ist damit ein zentraler Erklärungsansatz für die verringerte Anzahl von ärztlichen Praxen in Deutschland. Ein weiterer ergibt sich aus der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Im Jahr 1992 erhielt dieser im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) die Aufgabe, die bevölkerungsbezogene Verteilung der Ärzt*innen im ambulanten Sektor zu regeln (GSG, 1992). Dabei wurden die räumlichen Verhältnisse von Einwohner*innen zu Ärzt*innen erfasst, mit Soll-Zahlen geregelt und die Versorgungsgrade berechnet. Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde dem G-BA eine angepasste Handhabung der Bedarfsrichtlinie eingeräumt, welche die Morbidität der Bevölkerung und weitere Faktoren in die Bedarfsplanung einbezieht (GKV-VSG, 2015). Je nach quantitativer und qualitativer Einschätzung der Versorgung (Unterversorgung, Bedarfsversorgung, Überversorgung bzw. Morbiditätseinschätzung der Region) werden von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen Beschlüsse zur Niederlassungszulassung für Ärzt*innen gefasst, die sich auf die Dichte der verfügbaren und besetzten ärztlichen Praxen auswirken (GKV-Spitzenverband, 2013). Die Landesausschüsse bestehen aus den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und den Landesverbänden der Krankenkassen.

Des Weiteren tragen auch gesellschaftliche und demografische Gründe dazu bei, dass im Jahr 2020 weniger ärztliche Praxen zur Verfügung standen: Einerseits stehen mittlerweile viele Ärzt*innen vor der Pension und die Zahl der zugewanderten und neu ausgebildeten Ärzt*innen kann die Zahl der demnächst Pensionierten nicht ausgleichen (Bundesärztekammer, 2020a). Andererseits tragen Entwicklungen wie die zunehmende Feminisierung des Berufs zum Ärzt*innenmangel bei: Der Anteil an weiblicher Teilzeitarbeit steigt, um Beruf und Familie

4 Ohne Medizinische Versorgungszentren.

vereinbaren zu können, und die Vollzeitäquivalente an Stellenbesetzungen werden damit nicht mehr gedeckt (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 2013). Zudem variiert die Verfügbarkeit von Ärzt*innen stark hinsichtlich der einzelnen Bundesländer sowie in den struktur- und einkommensstarken und -schwachen Regionen (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2022; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022f). Als Konsequenz ergibt sich daraus auch ein Mangel in Bezug auf die steigende Zahl älterer Menschen und deren medizinische Versorgung in der Zukunft.

3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Vergütungssystematik

Im Anschluss an den vorangegangenen Abschnitt soll nun im Folgenden die strukturelle Gestaltung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland aufgezeigt werden. Dies soll einen Überblick über die Rahmenbedingungen für ärztliche Praxen vermitteln. Dabei beziehen sich die Ausführungen, soweit nicht anders vermerkt, auf die Vertragsärzt*innen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sowie auf angestellte Ärzt*innen in Vertragspraxen der KV.

Der Betrieb und die Mengen- sowie Verteilungsplanung ärztlicher Praxen unterliegen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen; in speziellen Fragen der ärztlichen Selbstverwaltung, wie im Folgenden erläutert werden wird. Die Dichte und die Fachrichtungen ärztlicher Praxen in Deutschland werden über den G-BA mittels der Bedarfsplanungsrichtlinie gesteuert: Dazu werden sogenannte Verhältniszahlen aufgestellt, die Ausdruck der Soll-Zahl von Ärzt*innen pro Einwohner*innen sind. Im GSG waren dies einmalig erhobene Werte je ärztlicher Fachrichtung (GSG, 1992). Gemäß dem demografischen Wandel wurde im Jahr 2019 jedoch mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) eine Bedarfsplanungsreform erlassen, welche die Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Bevölkerungsstruktur miteinrechnet. Somit werden die allgemeinen bundesweiten Verhältniszahlen nun alle zwei Jahre neu erhoben werden und die Dichte der ärztlichen Praxen dynamischer gestaltet (TSVG, 2019). Dies betrifft nicht nur die Altersstruktur der Menschen, sondern auch deren Verteilung auf städtisches und ländliches Gebiet (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a).

Die Landesausschüsse der Ärzte⁵ und Krankenkassen spezifizieren die Verhältniszahlen für jedes Bundesland unter Zuhilfenahme der regionalen Morbiditätsdaten. Diese belaufen sich auf vier Altersgruppen und zwei Geschlechtsgruppen, die die ansässige Bevölkerung weiter unterteilen. Steigt beispielsweise der Anteil einer bestimmten Altersgruppe an, wirkt sich dies

⁵ Offizielle Begrifflichkeiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden, auch wenn sie nicht der gendergerechten Sprache entsprechen, unverändert übernommen, um die Äquivalenz und Nachvollziehbarkeit der Ausführungen sicherzustellen.

senkend auf die Verhältniszahl der Ärzt*innengruppe aus, die diese Altersgruppe überwiegend ärztlich versorgt. Somit stehen der Bevölkerung bei der nächsten Anpassung der regionalen Verhältniszahlen mehr Ärzt*innen dieser Fachgruppe zur Verfügung. Gleichmaßen steigt die Verhältniszahl bei Ärzt*innen aus Fachrichtungen, welche Leistungen für andere Altersgruppen erbringen, sodass hierfür weniger Arztsitze geplant werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a).

Nachdem mit diesen regionalen Verhältniszahlen die Anzahl der Ärzt*innenpraxen je Fachgruppe und Region festgelegt wurde, bestimmen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen einen Versorgungsgrad. Dieser resultiert aus dem Vergleich der Ist- und Soll-Zahlen je Arztgruppe in der Region. Je nach Versorgungsgrad entscheidet der Zulassungsausschuss der KV, ob sich dort weitere Ärzt*innen niederlassen dürfen oder ob die Niederlassung in jener Region gesperrt wird. Bei einem positiven Urteil können Ärzt*innen zum Beispiel zusätzliche Praxen eröffnen oder sich als niedergelassene Ärzt*innen einer bestehenden Praxis anschließen. Wird eine Sperrung verordnet, können sich Ärzt*innen dort nur dann niederlassen, wenn ein bestehender Arztsitz durch Praxisaufgabe oder Pensionseintritt frei wird. Auch eine Anstellung in einer Praxis im gesperrten Versorgungsgebiet ist durch den Zulassungsausschuss genehmigungspflichtig. Dies regelt die Zulassungsverordnung der Ärzte (Ärzte-ZV, 1957).

Das Vergütungssystem der Vertragsärzt*innen besteht aus unterschiedlichen Bestandteilen und ist lediglich für die niedergelassenen Ärzt*innen selbst relevant. Grundsätzlich erhalten angestellte Ärzt*innen einer Vertragspraxis von den Praxisführenden ein vereinbartes Gehalt. Die Vertragsärzt*innen beziehen ihr Honorar aus Geldern der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist ersichtlich, welche Leistungen der gesetzlichen GKV als Regelversorgung in definierter Höhe vergütet werden. Weil die finanziellen Mittel der GKV begrenzt sind, ärztliche Leistungen von den Menschen jedoch unbegrenzt in Anspruch genommen werden können, wird jeder Vertragspraxis ein Honorarvolumen als Kollektivversorgung zugeteilt. Innerhalb dieses Honorarvolumens existieren unterschiedliche Honorarbestandteile, die an die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe im Quartal gebunden sind. Das bedeutet, dass die ärztlichen Leistungen bis zu einer gewissen Fallzahl in voller Höhe bezahlt werden. Überschreiten Vertragsärzt*innen jedoch diese Fallzahl um mehr als 200 %, wird das Honorar für diese Leistungen prozentual absteigend gekürzt. Daneben gibt es Vergütungen für bestimmte Leistungen, die nicht an die Fallzahl gebunden sind und daher pro Leistung in voller Höhe von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Dies betrifft zum Beispiel Leistungen der Prävention (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2022). Vertragsärzt*innen rechnen quartalsweise mit der zuständigen KV ab, welche die finanziellen Mittel über die Gesamtvergütung von den gesetzlichen Krankenkassen erhält.

Ein weiterer möglicher Bestandteil der Gesamteinkünfte kommen aus sogenannten Selektivverträgen nach § 140a SGB V, die Vertragspraxen mit einzelnen Krankenkassen abschließen. Diese Versorgung wird im Gegensatz zur Kollektivversorgung als Besondere Versorgung bezeichnet. In diesem Vergütungssystem können sowohl Leistungen der Regelversorgung als auch darüber hinausgehende Leistungen abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt durch Managementgesellschaften, welche die dafür bereitgestellten finanziellen Mittel der Krankenkassen unter den teilnehmenden Vertragspraxen ausschütten. Die Teilnahme an der Besonderen Versorgung in Ergänzung zur zuvor beschriebenen Regelversorgung ist für Krankenkassen, Vertragspraxen und Patient*innen freiwillig und in den einzelnen Bundesländern uneinheitlich und in unterschiedlichem Umfang geregelt (§ 140a SGB V).

Ein von der Kollektivversorgung und der Besonderen Versorgung abzugrenzendes Handlungs- und Vergütungsmodell ist das Modell der Privatpraxis. Privat tätige Ärzt*innen sind nicht an Niederlassungs- und Zulassungsvorgaben gebunden, sondern führen eine selbstständig organisierte Praxis auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie dürfen Behandlungen von Patient*innen nicht über die GKV abrechnen, sondern stellen eine privat zu zahlende Rechnung für ihre Leistungen an die Patient*innen direkt aus. Privatpraxen stehen aufgrund der selektierten Inanspruchnahme durch Selbstzahler*innen nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit und werden deshalb auch nicht intensiver vorgestellt. Nichtsdestotrotz können auch Vertragspraxen der KV zusätzlich zum Patient*innenstamm der GKV Selbstzahler*innen auf Grundlage der GOÄ behandeln.

3.3 Aktuelle Herausforderungen der ambulanten medizinischen Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung steht aufgrund des demografischen Wandels sowie durch die zuvor beschriebenen Rahmenbedingungen vor unterschiedlichen Herausforderungen.

Zum einen ist hier die zunehmende Entwicklung von der Einzelpraxis hin zum Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu nennen, was sich auch in den statistischen Aufbereitungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung widerspiegelt. Während es im Jahr 2011 deutschlandweit 1.814 MVZ gab, waren es im Jahr 2020 bereits 3.846, was einem Zuwachs von 47 % entspricht (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022b). MVZ bieten gerade im Hinblick auf die Zulassungs- und Niederlassungsregelungen in Deutschland attraktive Konditionen für Ärzt*innen, welche in der ambulanten medizinischen Versorgung tätig werden möchten. Dies resultiert aus der Rechtsform, wonach ein MVZ eine juristische Person für sich darstellt und somit eine zunächst unbegrenzte Anstellungsmöglichkeit für Ärzt*innen bietet. Dies wird dadurch unterstützt, dass Vertragsärzt*innen ihren Arztsitz an das MVZ übergeben

können. Nach einem potenziellen Ausscheiden dieser Ärzt*innen aus dem MVZ verbleibt der Arztsitz beim MVZ. Aus der Anzahl der beim MVZ angesiedelten Arztsitze ergibt sich auch die mögliche Gesamtzahl der Vollzeitstellen und -äquivalente (Höhl & Badenberger, 2018; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022e). MVZ werden durch diese Regelung zu einem Konkurrenzsystem für bisherige Praxisformen der Ärzt*innenschaft, weil das Wachstum von Praxen der Vertragsärzt*innen mit einer Höchstzahl von vier Vollzeitstellen für angestellte Ärzt*innen pro Arztsitz begrenzt ist.

Dennoch sind auch MVZ an die Bedarfsplanung gebunden und benötigen die Genehmigung des Zulassungsausschusses der zuständigen KV. Eine Tätigkeit in einem MVZ bietet für Ärzt*innen einige Vorteile: Zum Beispiel finden Ärzt*innen, die aus persönlichen Gründen ein Anstellungsverhältnis der Selbstständigkeit vorziehen, im MVZ einerseits einen großen Einzugsbereich und Arbeitszeiten ohne Schicht- und Wochenenddienste. Andererseits haben sie dort häufig die Möglichkeit, ohne eigenes unternehmerisches Risiko im ambulanten medizinischen Bereich tätig zu werden. Vor allem jüngere Ärzt*innen nutzen diese Form der Beschäftigung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie und zur Sicherung der eigenen Work-Life-Balance (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022d). Durch das GKV-VSG wurde es im Jahr 2015 zudem erstmals möglich, dass MVZ nicht nur aus fachgruppenübergreifenden Ärzt*innen, sondern nun auch aus gleichen Arztgruppen bestehen dürfen (GKV-VSG, 2015). Damit sollte einer weiteren Herausforderung begegnet werden: dem relativen Ärzt*innenmangel in ländlichen Gebieten. Statistiken zufolge war dies bisher jedoch nicht erfolgreich: Lediglich 15 % der MVZ sind in ländlichen Gemeinden angesiedelt, im Ober- oder Mittelzentrum beträgt der Anteil 39 % und für die Kernstadt sind 46 % zu verzeichnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022e).

Das Versorgungsproblem in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen ist eine bereits seit langem bekannte Herausforderung, die sich vorrangig durch den demografischen Wandel weiter verschärfen wird. In dieser Hinsicht existieren unterschiedliche Strategien der Bundesregierungen, um dem Ärzt*innenmangel auf dem Land entgegenzuwirken. Beispielsweise wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) unter anderem die Fallzahlsteuerung für ländliche Praxen ausgesetzt, um den Versorgungsbedarf nicht künstlich zu begrenzen (GKV-VStG, 2011). Seit dem Jahr 2015 existiert darüber hinaus ein Strukturfonds der einzelnen KV, um die ärztliche Niederlassung in ländlichen Gebieten finanziell zu unterstützen. Welche Bereiche und Maßnahmen durch diesen Strukturfonds speziell gefördert werden, bleibt der ärztlichen Selbstverwaltung und deren Regionenanalyse vorbehalten. Die finanziellen Mittel des Strukturfonds entstammen hälftig den Mitgliedsbeiträgen der Vertragsärzt*innen und der GKV (GKV-VSG, 2015).

Ein weiterer Ansatz sind die sogenannten Landarztquoten vonseiten der Bundesländer. Diese versprechen einen leichteren Zugang zum Studium der Humanmedizin, wenn sich die

Absolvent*innen dazu verpflichten, für eine vertraglich festgelegte Zeit in unterversorgten, ländlichen Regionen tätig zu sein (Regierungspräsidium Stuttgart, 2022). Der Niederlassungsort wird nach Abschluss des Studiums vom Vertragspartner Landesregierung für eine Dienstzeit von mindestens zehn Jahren festgelegt. Daher ist unklar, ob diese Strategie für die Absolvent*innen interessant ist.

Doch nicht nur Ärzt*innen fehlen, sondern darüber hinaus auch die in den Praxen angestellten Mitarbeiter*innen. Traditionell besteht die Mitarbeiter*innenstruktur aus Medizinischen Fachangestellten (MFA), Medizinisch-technischen Assistent*innen, Pflegefachpersonen, Verwaltungsmitarbeiter*innen und ggf. Ehepartner*innen der Ärzt*innen. Der Fachkräftemangel betrifft neben dem seit langem bekannten Fehlen von Pflegefachpersonen vorrangig MFA. Auch wenn der Beruf der MFA im Jahr 2021 der beliebteste Ausbildungsberuf unter den weiblichen Auszubildenden war (Bundesinstitut für Berufsbildung, 2022), zeigt sich der klassische ‚Frauenberuf‘ in einer hohen Teilzeitquote, niedriger gesellschaftlicher Anerkennung und einem für Gesundheitsfachberufe vergleichsweise niedrigen Verdienst (Bloch, 2022). Es existiert zwar eine tariflich festgehaltene Gehaltstabelle, diese muss jedoch von den Praxisinhaber*innen nicht verbindlich vergütet werden. Im Rahmen dessen fühlen sich die MFA von ihren ärztlichen Arbeitgeber*innen häufig nicht ausreichend gewürdigt. Weiterhin erscheinen immer mehr aggressiv auftretende Patient*innen in den Praxen, was zu einer hohen psychischen Arbeitsbelastung führt (Deutsches Ärzteblatt, 2022a; Verband medizinischer Fachberufe e.V., 2021; Vu-Eickmann, 2019).

Aufgrund der Kombination dieser Aspekte wechseln viele MFA in andere Settings, beispielsweise in den stationären Sektor, oder verlassen den Beruf direkt nach der abgeschlossenen Ausbildung (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2021). Dies hat zur Folge, dass Sprechstunden verkürzt oder an bestimmten Tagen nicht mehr angeboten werden, weil das Personal zur medizinischen Behandlungsassistenz und Verwaltung der Patient*innendaten fehlt (Blöcher & Robben, 2022; Verband medizinischer Fachberufe e.V., 2021). Die ambulante medizinische Versorgung steht infolgedessen schon jetzt und mit der Verschärfung des demografischen Wandels auch in Zukunft vor einer weiteren Herausforderung.

Die zuvor beschriebenen Entwicklungen wirken sich auf die Interaktion zwischen Patient*innen, Praxispersonal und Ärzt*innen aus. Das bereits genannte gereiztere Auftreten von Patient*innen vor allem im Kontakt mit MFA wird schon seit einigen Jahren beklagt, nahm im Rahmen der Covid-19-Pandemie jedoch noch weiter zu. Dies zeigen zum Beispiel Inhalte aus veröffentlichten Protestbriefen von MFA und unterschiedliche Medienberichte (Kassenärztliche Vereinigung Bremen, 2022; Nordsee-Zeitung, 2021; Süddeutsche Zeitung, 2020; Verband medizinischer Fachberufe e.V., 2022). Die Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ist aber auch geprägt von Diskussionen über die sogenannte Kontaktzeit,

welche sowohl die Zeit der ärztlichen Untersuchung als auch die Besprechung des Befundes umfasst.

Ein internationales, systematisches Review aus dem Jahr 2017 betrachtete 67 Länder hinsichtlich jener Kontaktzeit und kommt zu der Aussage, dass die für Deutschland bemessene Zeit 7,6 Minuten beträgt. Im internationalen Vergleich reiht sich Deutschland damit im Mittelfeld der Kontaktzeiten ein. In der Analyse hinsichtlich der Gesundheitsausgaben pro Kopf liegt Deutschland mit dieser Zeit jedoch im Schlussfeld (Irving et al., 2017). Es bleibt unklar, inwiefern hohe Gesundheitsausgaben mit kurzen Kontaktzeiten in Verbindung stehen und mit welchen Maßnahmen dies verändert werden könnte. Zur Einordnung des deutschen Wertes muss jedoch auch gesagt werden, dass sich dieser auf eine einzelne Studie aus dem Jahr 2002 (Deveugele et al., 2002) bezieht. Bis heute gibt es keine vergleichbare Untersuchung zur Einordnung, wie sich die Kontaktzeit zwischen Ärzt*innen und Patient*innen ggf. verändert. Laut Irving et al. (2017) resultieren kurze Kontaktzeiten unter fünf Minuten aus unzureichenden Strukturen. Diese bestehen sowohl hinsichtlich der staatlichen Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens als auch der ausgebildeten verfügbaren Fachkräfte und der jeweiligen Ausgestaltung in den Praxen und medizinischen Zentren selbst. Die Konsequenzen dieser kurzen Kontaktzeiten zeigen sich im Rahmen der Studie für die Ärzt*innen vorwiegend in psychischen Belastungssituationen. Patient*innen hingegen sind von einer verschlechterten Gesundheitsversorgung betroffen: Polypharmazie, übermäßiger Gebrauch von Antibiotika sowie das Übersehen psychischer oder anderer nicht offensichtlicher Erkrankungen sind die Folge einer Kontaktzeit von fünf oder weniger Minuten. Die Autor*innen bezeichnen diese Zeitspanne als gerade so ausreichend, um eine grobe Diagnostik der Erkrankung und eine Rezeptverordnung vornehmen zu können (Irving et al., 2017).

Herausforderungen bestehen somit hinsichtlich der Niederlassungsregelungen, Alterung, veränderten Arbeitsweisen und des relativen Mangels an Fachkräften sowie der verkürzten Kontaktzeit zwischen Ärzt*innen und Patient*innen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018). Eine Lösungsoption ist die Entwicklung und Etablierung von alternativen Versorgungsansätzen im ambulanten Setting. In diesem Zusammenhang ist die Weiterqualifizierung der MFA ein zentraler Ansatzpunkt. So wurden unter anderem die Tätigkeiten der Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis (VERAH) und der Nichtärztlichen Praxisassistent*in (NäPA) curricular erarbeitet. Inzwischen sind diese ein fester Bestandteil der ambulanten medizinischen Gesundheitsversorgung. Regional existieren unterschiedliche Modelle mit abweichenden Namen. Die Quintessenz ist jedoch immer, dass diese Berufsbilder ambulante Haus- und Fachärzt*innen durch delegierbare Leistungen im Rahmen eines Hausbesuchs entlasten. So wird mit dieser Tätigkeit versucht, primär ältere, multimorbide Menschen zu erreichen, welche die Praxen selbst nicht mehr aufsuchen können.

Die Voraussetzungen, Qualifikationen und Aufgabenbereiche sind im Bundesmantelvertrag der Ärzte (BMV-Ä) geregelt und sollen die Qualität der ärztlichen und mitarbeiter*innengestützten Versorgung sicherstellen (BMV-Ä, 2022).

Die Qualifizierungsangebote zur Ergänzung der ambulant tätigen Ärzt*innen erstrecken sich mittlerweile auch auf andere Berufe im Gesundheitswesen, beispielsweise auf Pflegefachpersonen.

Eine der beschriebenen Herausforderungen und Entwicklungen im ambulanten Sektor ist die von der Bundesregierung der 20. Legislaturperiode jüngst beschlossene Ausweitung des Berufsbilds der Community Health Nurse (Koalitionsvertrag SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP, 2021). Mit diesem Ansatz soll vor allem in ländlichen Gebieten eine niedrigschwellige pflegerisch gesteuerte Primärversorgung der Menschen etabliert werden. Die Tätigkeit umfasst unter anderem die Begleitung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie die eigenständige Behandlung alltäglicher Erkrankungen wie Erkältungskrankheiten und die Durchführung von Kontrolluntersuchungen. Im Gegensatz zu VERAH und NäPA fordern die berufspolitischen Institutionen der Pflege für die Community Health Nurse, heilkundige Tätigkeiten in den Aufgabenbereich der Pflege zu überantworten, sodass eine eigenständige und selbstverantwortete Versorgung der Patient*innen möglich ist (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, 2018; Deutscher Pflegerat e.V., 2022). Ein ergänzender Diskurs findet durch die seit 2012 bekannte Leitlinie zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegekräfte statt (Bundesministerium für Gesundheit, 2012; § 63 SGB V, 1988). Bislang war diese als freiwillige Möglichkeit konzipiert. Jedoch wurden die Landesverbände der Krankenversicherungen im Jahr 2021 mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) dazu verpflichtet, in jedem Bundesland mindestens ein Modellvorhaben zur Übertragung heilkundiger Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen umzusetzen (GVWG, 2021; § 64 SGB V, 1988). In diesen beiden Entwicklungen sind Parallelen zu erkennen, die von der niedergelassenen Ärzt*innenschaft zudem kritisch betrachtet werden (Deutsches Ärzteblatt, 2022b, 2022c; Nadine Millich, 2022).

3.4 Setting der ambulanten fachärztlichen kardiologischen Versorgung

Nachdem die allgemeine ambulante medizinische Versorgung in ihrer Entwicklung und ihren Herausforderungen als Gesamtes dargestellt wurde, folgt nun noch ein spezieller Blick auf die fachärztliche kardiologische Versorgung im ambulanten Setting. Dies soll in erster Linie die Relevanz der vorliegenden Arbeit noch einmal aufzeigen.

Laut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren zum Jahresende 2021 3.548 Kardiolog*innen in der fachärztlichen Versorgung des ambulanten Settings tätig. Diese verteilen sich auf unterschiedliche Anstellungsformen im Rahmen einer eigenen Niederlassung oder einer Anstellung. Die Kardiolog*innen stellen mit ihrem

Tätigkeitsschwerpunkt eine Untergruppe der fachärztlichen Inneren Medizin dar und stehen in der Größenordnung aller fachärztlichen, ambulant tätigen Ärzt*innen nach Chirurgie/Orthopädie und Gynäkologie an dritter Stelle (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2021). Durchschnittlich bearbeiten die Kardiolog*innen pro Quartal ca. 800 Behandlungsfälle, somit 800 Menschen, welche die ambulante fachärztliche kardiologische Behandlung aufsuchen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022c).

Bei einer angenommenen Fünf-Tage-Woche beläuft sich diese Anzahl von Behandlungsfällen auf durchschnittlich rund 13 gesetzlich versicherte Patient*innen pro Tag und Vertragsärzt*in. Dies mag zunächst wenig erscheinen. Jedoch sind Menschen, die die Praxis öfter als einmal im Quartal aufsuchen, darin bereits inbegriffen. Auch Urlaubs-, Fortbildungs- und Krankheitsabwesenheiten sind bereits eingerechnet. Nicht inkludiert sind Behandlungen von Privatversicherten oder Menschen in speziellen Versorgungsverträgen. Zudem benötigen die Praxen neben der konkreten Patient*innenversorgung auch zeitliche Ressourcen, um klassische betriebswirtschaftliche Themenbereiche zu bearbeiten und die Administration der Praxis sicherzustellen. Laut des von der KBV veröffentlichten jährlichen Bürokratieindex beträgt der Arbeitsaufwand pro Jahr und Praxis durchschnittlich 60 Arbeitstage (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b). Nach einer aktuellen Veröffentlichung der KBV steigen die Zeiten für Bürokratie mit den Erfordernissen der Digitalisierung in Praxen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022a).

Mitarbeiter*innen in fachärztlich kardiologischen Praxen können unterschiedliche Spezialisierungen und Fortbildungen absolvieren, um Menschen mit Herzerkrankungen fachlich begleiten zu können. Bei Teilnahme der Praxis an Selektivverträgen im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V können Mitarbeiter*innen die Fortbildung der Kardio-EFA® besuchen. Ziel dieser Fortbildung ist die Befähigung zur fachlichen und interaktionsbasierten Betreuung von Menschen mit Herzerkrankungen. Das Curriculum vermittelt krankheitsbezogene, organisatorische, kommunikative und edukative Kompetenzen an die Teilnehmer*innen (AOK Baden-Württemberg et al., 2021). Außerdem bietet das Deutsche Zentrum für Herzinsuffizienz (DZHI) in Würzburg spezialisierte Weiterbildungen für MFA und Pflegefachpersonen im Themenbereich der Herzinsuffizienz an. Als primäres Ziel sollen auch hier Mitarbeiter*innen zur engmaschigen Begleitung der betroffenen Menschen qualifiziert werden, um einer Verschlechterung des Gesundheitszustands frühzeitig entgegenwirken zu können (Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz Würzburg, 2022).

Bis hierhin wurde die deutsche ambulante medizinische Versorgung mit ihren Rahmenbedingungen, Entwicklungen und Herausforderungen dargestellt. Im folgenden Kapitel liegt der Fokus auf chronischen Erkrankungen und deren Behandlungsansätzen im Setting der ambulanten fachärztlichen kardiologischen Versorgung. Damit soll ein Eindruck

über das Auftreten von Krankheit im Alter sowie über chronische Herzerkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden.

4 Chronische Herzerkrankungen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland

Das vorliegende Kapitel stellt verschiedene Gesichtspunkte chronischer Erkrankungen in der deutschen ambulanten medizinischen Versorgung in das Zentrum. Dabei wird umrissen, wie es sich mit Gesundheit und Krankheit im Alter verhält und von welchen Krankheiten ältere Menschen ab 65 Jahren vorrangig betroffen sind. Im Verlauf wird ein Fokus auf chronische Herzerkrankungen gelegt. Somit soll ein Einblick in die Umstände und Versorgungsmöglichkeiten von Herzerkrankungen in der ambulanten kardiologischen Versorgung geschaffen werden.

4.1 Krankheit im Alter

Es gibt verschiedene Datenquellen zu körperlichen und psychischen Erkrankungen, um festzustellen, welche bei älteren Erwachsenen am häufigsten vorkommen. Altersbedingte Einschränkungen wie Gebrechlichkeit, Stürze, Hör- und Sehbehinderungen sowie Einschränkungen in anderen Bereichen des täglichen Lebens sind hier nicht enthalten. Deshalb wird im Folgenden auf körperliche und psychische Erkrankungen fokussiert.

Anhand der repräsentativen telefonischen Befragungsreihe GEDA (Gesundheit in Deutschland aktuell) im Jahr 2019/2020 zeigen Heidemann et al. (2021), dass Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems⁶ in Verbindung mit kardiometabolen Zuständen wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck und erhöhten Blutfetten eine zentrale Rolle im Krankheitsspektrum im Alter spielen. Ferner sind auch Krankheiten der Lunge und des Muskel-Skelett-Apparats vorherrschend. Im Bereich der Psyche dominieren Depressionen und Formen von Demenz als häufigste Erkrankungen. Auch Krebserkrankungen treten häufig im höheren Lebensalter auf (Fuchs et al., 2012). Allen gemein ist, dass es sich um genuin-chronische oder schnell chronifizierende Krankheiten handelt. Innerhalb der telefonischen Erhebung gaben die befragten Menschen selbst Auskunft über die in den zurückliegenden 12 Monaten diagnostizierten Krankheiten. Die Selbstauskünfte der Befragten wurden im Rahmen der Auswertung mit den Diagnosedaten der Krankenkassen verglichen, um deren Validität zu prüfen: Demnach stimmen die beiden Datenquellen miteinander überein und ergeben nur geringfügige Abweichungen. Im Vergleich der gebildeten Altersgruppen fällt auf, dass die einzelnen Prävalenzen in der Altersgruppe von 50 bis 64 Jahren erstmals sprunghaft ansteigen und einen weiteren, oftmals noch steileren Anstieg in der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren verzeichnen (Fuchs et al., 2012; Heidemann et al., 2021). Diese Anstiege innerhalb

⁶ Herz-Kreislauf-Erkrankungen dient als Überbegriff für ischämische Herzkrankheiten (Angina Pectoris, Myokardinfarkt, chronische Ischämie der Herzkranzarterien), zerebrovaskuläre Krankheiten (Hirnblutungen, Hirninfarkt, Schlaganfall, Stenose der hirnzuführenden Arterien) und Herzinsuffizienz.

der beiden Altersgruppen betreffen auch die Multimorbidität. Damit ist das Vorliegen zweier oder mehrerer chronischer Erkrankungen gleichzeitig gemeint. Das bedeutet: Je älter die Menschen werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit für sie, multimorbid zu werden. Für unterschiedliche Erkrankungen kommen dabei oftmals eine größere Anzahl von Medikamenten mit unterschiedlichen Wirkungen und Nebenwirkungen zum Einsatz. Dies stellt für sich schon eine Herausforderung für eine medizinische Therapie dar. Zudem sind multimorbide Menschen häufig von weiteren Einschränkungen des täglichen Lebens betroffen, die eine regelrechte Einnahme verhindern. Somit ist das Medikamentenmanagement für die betroffenen Menschen selbst, wie auch für die entsprechenden Institutionen, elementar erschwert.

Die Trends der chronischen Erkrankungen lassen sich auch in den häufigsten Todesursachen abbilden. In der Altersgruppe der Menschen ab 65 Jahren sind 46,7 % der Todesfälle bei Frauen und 39,1 % bei Männern auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen. Für Krebserkrankungen werden die Todesfälle auf 19,8 % bei Frauen bzw. 28,1 % bei Männern beziffert. Mit größerem Abstand folgen anschließend die Todesfälle aufgrund chronischer Lungenerkrankungen. Für Frauen betragen die Anteile hier 6,8 %, für Männer 9,0 % (Robert Koch-Institut, 2015).

Damit zeigt sich, dass ältere Menschen ab 65 Jahren in höherem Maße von Krankheit, vornehmlich von chronischen Erkrankungen betroffen sind. Liegt eine Multimorbidität vor, kommen oftmals weitere Einschränkungen im Lebensalltag hinzu, welche zum Beispiel die Mobilität, das Seh- und Hörvermögen und die Alltagsbewältigung betreffen. Multimorbidität und chronische Erkrankungen erfordern eine engmaschige und regelmäßige medizinische, ggf. auch pflegerische Begleitung und Therapie. Nur so besteht die Möglichkeit, die verbleibenden Lebensjahre im Alter bei stabilem Gesundheitszustand zu verbringen.

Im vorherigen Abschnitt wurde bereits dargelegt, dass der demografische Wandel insbesondere durch die steigende Zahl älterer Menschen eine Herausforderung für den Gesundheitssektor darstellt. Die in diesem Abschnitt skizzierte Zunahme von chronischen Erkrankungen und von Multimorbidität verschärft diese Herausforderung weiterhin. Im folgenden Abschnitt stehen chronische Herzerkrankungen im Fokus. Hier werden auch die Auswirkungen der Erkrankung sowie mögliche Therapieansätze in der ambulanten medizinischen Versorgung dargestellt.

4.2 Herzerkrankungen als Beispiel chronischer Erkrankungen

Mit Blick auf die in Deutschland zehn häufigsten Todesursachen haben fünf dieser Ursachen eine kardiologische Ätiologie, was die Auftretenshäufigkeit und Wichtigkeit dieser Erkrankungen unterstreicht. Abbildung 1 differenziert die zehn häufigsten Todesursachen mit

dem entsprechenden Diagnosecode nach der Klassifizierungssystematik ICD-10 GM 2020, wobei die kardial geprägten in Blassorange unterlegt sind.

ICD-10 Pos.-Nr.	Todesursachen Sterbefälle insgesamt 2020 nach den 10 häufigsten Todesursachen der ICD-10	Gestorbene*	
		Anzahl	Anteil in %
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	75.482	7,7
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	45.492	4,6
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungen- und Bronchialkrebs)	44.786	4,5
I21	akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	44.529	4,5
U07	Krankheiten mit unklarer Ätiologie, belegte und nicht belegte Schlüsselnummern: U07.1: COVID-19, Virus nachgewiesen bzw Virus ist klinisch-epidemiologisch bestätigt, U07.2: COVID-19, nicht durch einen Labortest nachgewiesen	39.758	4,0
I50	Herzinsuffizienz (Herzschwäche, Herzmuskelschwäche)	34.855	3,5
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	29.443	3,0
I11	Hypertensive Herzkrankheit	23.549	2,4
R99	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen	22.208	2,3
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	21.070	2,1

* Ohne Totgeborene und ohne gerichtliche Todeserklärungen
Darstellung auf Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes 2022

Abbildung 1: Häufigste Todesursachen, Deutsche Herzstiftung e. V., 2022, S. 14

Die chronische ischämische Herzkrankheit, auch Koronare Herzkrankheit (KHK) genannt, der akute Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, die hypertensive Herzkrankheit sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern als Vertreter der Herzrhythmusstörungen sind chronische und chronifizierende Erkrankungen des Herzens. Als solche können sie die betroffenen Menschen lebenslang begleiten und die Lebensqualität maßgeblich beeinträchtigen. Diese fünf kardialen Todesursachen beziffern 20,7 % der Todesfälle in Deutschland (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022).

Im Jahr 2020 waren Krankheitsbilder des Herzens für neun Prozent der stationären Einweisungen verantwortlich. Männer sind davon zu 58,2 % betroffen, Frauen zu 41,8 % (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022). Bereits dieser prozentuale Unterschied deutet darauf hin, dass die Morbidität einen geschlechtsbedingten Aspekt beinhaltet: So zeigen sich vor allem die Diagnosen des Myokardinfarkts und der chronischen ischämischen Herzkrankheit bei Männern weit häufiger als bei Frauen. Um die Entwicklung der Morbidität von Herzerkrankungen darzustellen, müssen jedoch auch die betroffene Altersgruppe und die regionale Verteilung der Erkrankung berücksichtigt werden. Im Deutschen Herzbericht 2021 der Deutschen Herzstiftung erfolgt die Berechnung der Morbidität und Mortalität der Herzerkrankungen anhand unterschiedlicher Datenquellen: Die amtlichen Todesursachenstatistiken werden mit den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser in Deutschland und der Gesundheitsberichterstattung des Bundes kombiniert. Gemeinsam mit dem aktuellen Querschnitt der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern lassen sich mit diesen Datenquellen Rohdaten erzeugen, welche wiederum den Daten des Zensus 2011

gegenübergestellt werden. Nach Berichtigung durch den Zensus 2011 existieren damit alters- und geschlechtsstandardisierte Daten, welche geografische und demografische Aspekte einbeziehen. Ansonsten würden die Rohdaten zulasten der Analyse verzerrt: Beispielsweise ist die Morbidität der Herzerkrankungen in den östlichen Bundesländern im Vergleich zum Süden Deutschlands erheblich höher: Dort leben mehr ältere Menschen, die von diesen Erkrankungen vorrangig betroffen sind. Diese Tatsache wird in die Rohdaten entsprechend einberechnet, sodass eine deutschlandweite Aussage über Morbidität und Mortalität erst möglich wird (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022). Abbildung 2 zeigt nachfolgend alters- und geschlechtsstandardisierte Daten zur Morbidität der wichtigsten Herzerkrankungen in Deutschland auf.

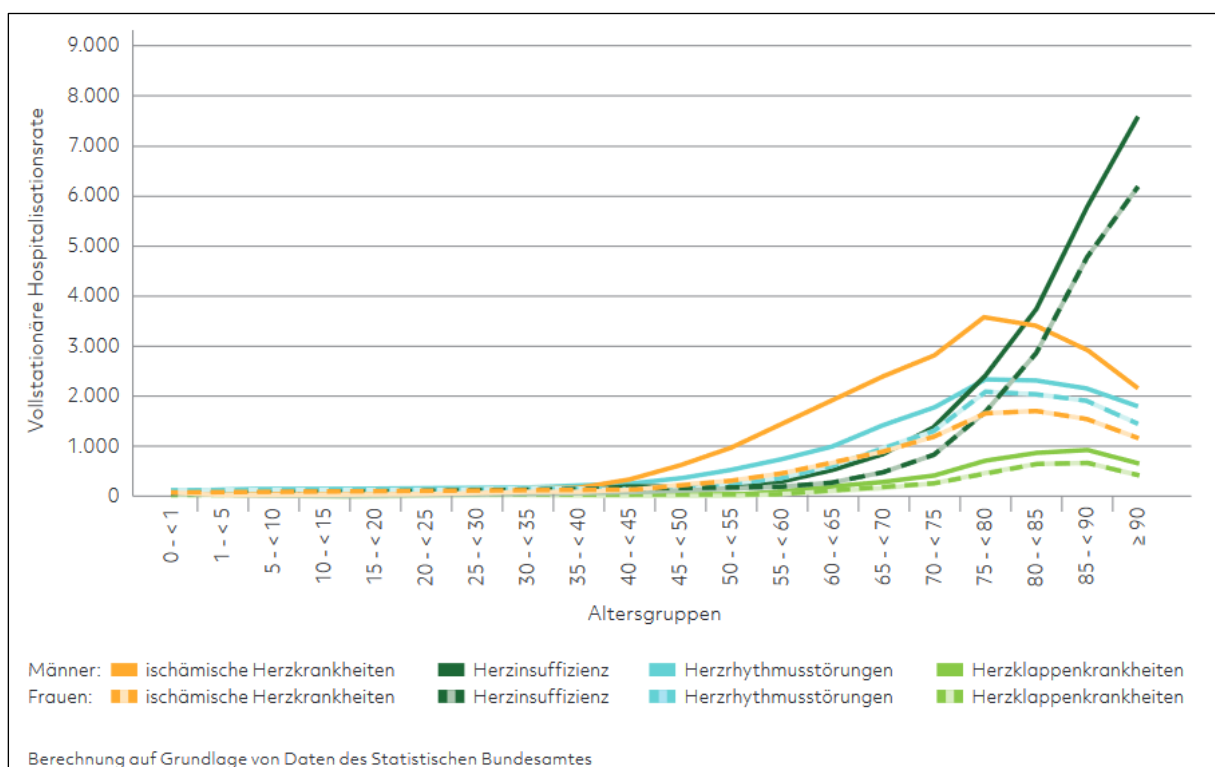


Abbildung 2: Morbidität der Herzerkrankungen, alters- und geschlechtsstandardisiert; Deutsche Herzstiftung e. V., 2022, S. 19

Aus Abbildung 2 wird ersichtlich, dass Männer von sämtlichen Herzerkrankungen in höherem Maße als Frauen betroffen sind. Dies zeigt sich vorwiegend bei den ischämischen Herzkrankheiten, zu denen auch der akute Myokardinfarkt zählt. Neben den ischämischen Herzkrankheiten werden Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen und Herzklappenkrankheiten in ihrer Morbidität in verschiedenen Altersgruppen betrachtet. Im Hinblick auf die Altersausprägungen sind bei beiden Geschlechtern ähnliche Verlaufskurven bezüglich der vollstationären Hospitalisierungsrate zu sehen. Vor allem ab der Altersgruppe zwischen 60 und 65 Jahren steigt die Hospitalisierung kontinuierlich an. Der Gipfel wird zwischen 75 und 80 Jahren erreicht. Ausgenommen davon ist die Morbidität der

Herzinsuffizienz, deren Hospitalisierungsrate bis ins hohe Alter über 90 Jahre weiterhin steil ansteigt.

In Bezug auf die Mortalität der ischämischen Herzerkrankungen zeigt sich für die Männer ein um 53,1 % erhöhtes Sterberisiko gegenüber den Frauen. Die weiteren betrachteten Herzerkrankungen sind in ihrer Mortalität in den Altersgruppen der Männer und Frauen vergleichbar – mit einem ersten exponentiellen Anstieg zwischen 70 und 75 Jahren sowie einem weiteren deutlichen Anstieg zwischen 80 und 85 Jahren. Zur Berechnung der Daten verweist die Deutsche Herzstiftung e. V. in ihrem Bericht immer wieder auf föderalistisch geprägte Datenquellen und auf das Fehlen eines bundeseinheitlichen zentralen Registers für Morbiditäts- und Mortalitätsaussagen (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022). Daher sind die hier getätigten Aussagen nur als groben Anhaltspunkt für das epidemiologische Auftreten der Herzerkrankung anzusehen. In Bestätigung dieser Daten kommt eine Veröffentlichung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zu ähnlichen Ergebnissen im Setting der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (Holstiege et al., 2020).

Bezogen auf die ischämischen Herzerkrankungen im Vergleich der Jahre 2011 als Jahr des Zensus und 2020 geht die Hospitalisierungsrate in allen Altersgruppen zurück, wie Abbildung 3 ausweist.

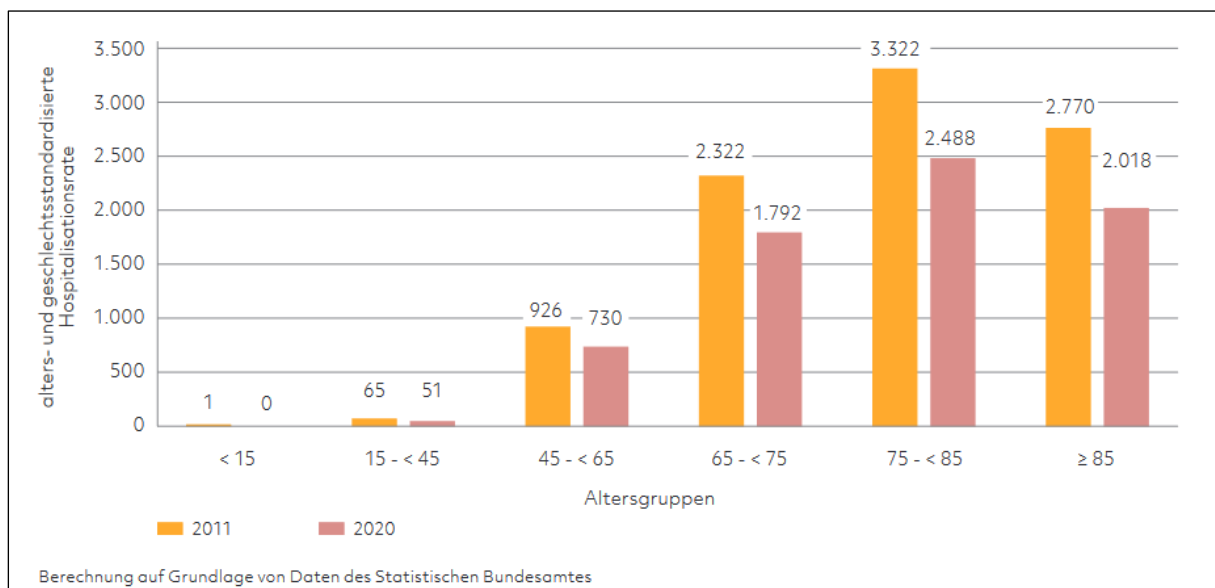


Abbildung 3: Morbidität der KHK im Jahresvergleich 2011 und 2020; Deutsche Herzstiftung e. V., 2022, S. 34

Nicht nur die Morbidität, sondern auch die Mortalität liegt für die chronischen ischämischen Herzerkrankungen in diesem Zeitraum im Abwärtstrend. Dies lässt sich vornehmlich auf eine umfassendere Prävention, auf die Sensibilisierung der Bevölkerung für die Symptomatik eines Myokardinfarkts und auf die Verbesserung der Behandlungsprozeduren in den Krankenhäusern zurückführen (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022).

Auch für die anderen Herzerkrankungen geht im Vergleich der Jahre 2018 bis 2020 die Hospitalisierungsrate zurück. Eine mögliche Erklärung ist die vermiedene Hospitalisierung im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Die Auswirkungen der Pandemie schlagen sich weiterhin in den Mortalitätsvergleichen über die Jahre nieder: Wie Abbildung 1 aufzeigte, war eine Infektion mit Covid-19 im Jahr 2020 die fünfhäufigste Todesursache, sodass auch die Todesursachenstatistik entsprechend verzerrt ist (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022). Menschen mit Herzerkrankungen haben laut begleitenden Forschungsberichten ein höheres Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 und versterben demzufolge möglicherweise eher an den Auswirkungen der Infektion (Ehwerhemuepha et al., 2022; Sabatino et al., 2020). Daher bleibt für die Gesamtschau der kardiologisch relevanten Diagnosen im Jahresvergleich abzuwarten, wie sich Morbidität und Mortalität in den Jahren nach der Covid-19-Pandemie entwickeln werden.

Im Rückblick auf Kapitel 4.1 zeigt die folgende Abbildung, dass Menschen mit chronischen ischämischen Herzerkrankungen und Herzinsuffizienz oftmals von weiteren chronischen Erkrankungen betroffen sind. Insofern benötigen sie eine umfassende und fachgruppenübergreifende Betreuung. Abbildung 4 liefert einen Überblick aus der hausärztlichen Versorgung.

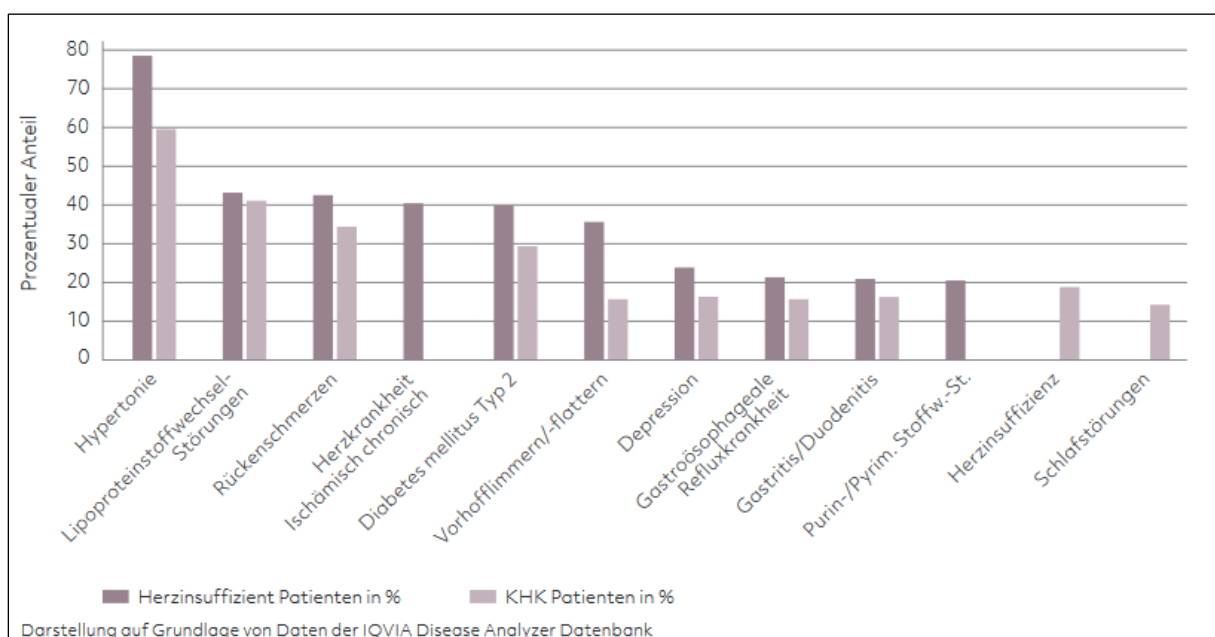


Abbildung 4: Die zehn häufigsten Begleiterkrankungen bei KHK und Herzinsuffizienz; Deutsche Herzstiftung e. V., 2022, S. 167

Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass chronische ischämische Herzerkrankungen und Herzinsuffizienz häufig gemeinsam auftreten. Dies begründet eine gemeinsame Betrachtung der Erkrankungen in Betreuung und Therapie. Auffällig ist die hohe prozentuale Beteiligung

der Hypertonie⁷ bei beiden Erkrankungen, aber auch Dyslipoproteinämie⁸, Rückenschmerzen, Diabetes mellitus Typ 2⁹ sowie Vorhofflimmern und Vorhofflattern¹⁰ sind zu rund 40 % häufige Begleiterkrankungen. Allen Erkrankungen ist gleich, dass sie jeweils einer gesonderten medizinischen Therapie bedürfen sowie in pflegerischer Hinsicht – je nach Ausprägung – einen veränderten Lebensstil und -alltag erfordern. Auch die Krankheitsbilder der Depression, gastroösophagealen Refluxkrankheit¹¹, Gastritis bzw. Duodenitis¹², Purinstoffwechselstörungen¹³ und Schlafstörungen sind als Begleiterkrankungen zu 15 bis rund 20 % vertreten. So müssen auch diese Erkrankungen entschieden bei der medizinisch-pflegerischen Behandlung einbezogen werden. Dies wird auch im nächsten Abschnitt noch weiter ausgeführt.

4.3 Behandlungsansätze chronischer Herzerkrankungen

Chronische Herzerkrankungen zeichnen sich in ihrer Chronizität durch einen bis an das Lebensende reichenden Behandlungsverlauf aus. Dies ist typisch für chronische Erkrankungen und wird zum Beispiel im Rahmen des Trajektkonzepts von Juliet Corbin und Anselm Strauss beschrieben (Corbin & Strauss, [1993]/2004; Schaeffer & Moers, 2008). Dabei wechseln sich Phasen der vermehrten Krankheitssymptomatik mit Phasen der symptomatischen Stabilität unkoordiniert und nicht vorhersehbar ab. Letztendlich entstehen für die betroffenen Menschen daraus eine Unsicherheit und eine Unkontrollierbarkeit ihrer chronischen Erkrankung. Zentral für chronische Erkrankungen ist zudem eine langfristige Abwärtsentwicklung der eigenen Gesundheit. Das Krankheitsgeschehen nimmt immer mehr Raum in dem bisher als normal erlebten Leben ein und führt unabwendbar direkt oder indirekt zum Tod des Menschen (Corbin & Strauss, [1993]/2004; Schaeffer & Moers, 2008).

Traditionell erfolgt die Behandlung einer chronischen Erkrankung, basierend auf einem biomedizinischen Gesundheitsverständnis, losgelöst von den zugrunde liegenden subjektiven Theorien der betroffenen Menschen über Gesundheit und Krankheit. Bevor eine Herzerkrankung zielgenau behandelt werden kann, durchlaufen die betroffenen Menschen je

7 Die Hypertonie bzw. in diesem Kontext die arterielle Hypertonie ist eine dauerhafte Erhöhung des arteriellen Blutdrucks, was wiederum auf kurze oder lange Zeit das Herz beschädigt (Roche, [2006]/2013).

8 Störungen des Fettstoffwechsels mit erhöhten oder erniedrigten Mengen von Blutfetten (Roche, [2006]/2013).

9 Diabetes mellitus Typ 2 ist durch eine Insulin-Resistenz gekennzeichnet und entsteht oft im höheren Alter, durch Adipositas und/oder ungesunde Lebensweise (Roche, [2006]/2013).

10 Herzrhythmusstörungen, die den Herzvorhof betreffen und zu Folgeerkrankungen des Herzens führen (Roche, [2006]/2013).

11 Rückfluss des Magensafts in die Speiseröhre durch eine verminderte Funktion des Magenschließmuskels (Roche, [2006]/2013).

12 Entzündungen des Magens bzw. des Zwölffingerdarms.

13 Gestörter Abbau von Harnsäureprodukten, zeigt sich unter anderem in Symptomen der Gicht (Roche, [2006]/2013).

nach Symptomatik unterschiedliche diagnostische Prozeduren. Diese erstrecken sich von klinischen Untersuchungen wie beispielsweise dem Elektrokardiogramm¹⁴ (EKG) oder der Echokardiographie¹⁵ hin zu bildgebenden invasiven und nichtinvasiven Verfahren, wozu unter anderem Magnetresonanztomografien¹⁶, Röntgenuntersuchungen oder auch diagnostische Herzkatheteruntersuchungen¹⁷ zählen. Je nach Diagnose und Prognose wird die Therapie in Abstimmung mit den betroffenen Menschen geplant und durchgeführt. In diesem Zusammenhang ist die Therapieadhärenz¹⁸ ein geläufiger Begriff, um die 'Therapietreue' der erkrankten Menschen zu beurteilen. Diese ist auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Begleiterkrankungen aus dem vorherigen Abschnitt relevant: Der Deutsche Herzbericht 2021 zielt hauptsächlich auf vielfältige Medikationsmöglichkeiten sowie auf die Menge und Qualität, in der diese in der alltäglichen Praxis von den Ärzt*innen verordnet werden (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022). An anderer Stelle des Deutschen Herzberichts 2021 und auch in der Auswertung von Holstiege et al. (2020) finden sich Auswertungen in Bezug auf invasive und operative Behandlungsansätze. Diese werden zwar vorrangig im stationären Versorgungssetting durchgeführt, jedoch erfolgen seit einigen Jahren immer mehr Eingriffe im ambulanten Setting (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022; Holstiege et al., 2020). Beide oben erwähnten Veröffentlichungen verfolgen ein eher technisches und informatives Interesse an den aktuellen quantitativen Gegebenheiten innerhalb der deutschen kardiologischen Versorgung. Andere Gesichtspunkte wie Adhärenz oder Begleitung bzw. Einbezug der betroffenen Menschen finden keinen Eingang in die dargestellten Sachverhalte.

Dennoch beschreiben das Trajektkonzept und weitere Konzepte, welche den Umgang mit chronischen Erkrankungen thematisieren (Grypdonck, 2005; Morse & Johnson, 1991), die Perspektive der sozialen Interaktionen innerhalb einer chronischen Erkrankung: Wie interagieren die betroffenen Menschen mit sich, ihrer Erkrankung, ihrer Umwelt und dem Gesundheitswesen im Rahmen ihrer Krankheitsgeschichte? Der Fokus dieser Interaktion liegt je nach Modell auf unterschiedlichen Interaktionsparteien. Schaeffer und Moers (2008) aber richten den Blickwinkel auf den betroffenen Menschen und dessen Handlungsweisen, die für professionelles Gesundheitspersonal unlogisch und kontraproduktiv erscheinen. Aus Sicht des Menschen selbst sind diese jedoch in sich plausibel und folgen einem größeren Sinnzusammenhang (Schaeffer & Moers, 2008). Nach den Ausführungen von Schaeffer und

14 Aufzeichnung der elektrischen Potenziale der Erregungsleitung im Herzen.

15 Ultraschalluntersuchung des Herzens.

16 Nichtinvasives Verfahren zur Erzeugung von diagnostischen Bildern des Herzens, hier unter Zuhilfenahme eines Magnetfeldes.

17 Invasive Untersuchung zur Diagnosestellung einer Erkrankung der Herzkranzgefäße.

18 Adhärenz bezeichnet „the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.“ (World Health Organization, 2003, S. 3)

Moers über die Interaktionen und Zusammenhänge chronisch erkrankter Menschen (Schaeffer & Moers, 2008) fließen die Vorstellungen und erlebten Bedrohungen einer chronischen Erkrankung auch heute noch nicht strukturiert und auf Augenhöhe in die Therapieplanung ein. Daraus folgt, dass die Adhärenz und das Nichtwissen über die in den einzelnen Erkrankungsphasen variierenden psychischen und emotionalen Zustände weiterhin eine große Herausforderung innerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung und Begleitung darstellen (Arlt, 2019).

Im Endeffekt zeigt sich hier ein relevanter pflegewissenschaftlicher Ansatzpunkt, um den Versorgungs- und Betreuungsbedarf von der bloßen Einnahme unterschiedlicher Medikationen und der Bewältigung therapeutischer Verfahren loszulösen. Der Versorgungs- und Betreuungsbedarf kann vielmehr mithilfe eines pflegewissenschaftlichen Konzepts wie jenem der Aktivitäten des täglichen Lebens (Roper et al. [2002]/2016) betrachtet werden. Fragen der medizinischen Behandlung und Therapie werden somit um pflegerische und beziehungsorientierte Aspekte ergänzt. Dies gewinnt noch mehr Relevanz vor dem Hintergrund, dass ab 65 Jahren auch von einem steigenden Risiko der Pflegebedürftigkeit im Verlauf auszugehen ist (Statistisches Bundesamt, 2020). Vor allem die Menschen mit dem Krankheitsbild der Herzinsuffizienz zeichnen sich oftmals durch ein hohes Lebensalter in Verbindung mit einer Pflegebedürftigkeit aus (Störk et al., 2021).

Die medizinischen Behandlungsansätze chronischer Herzerkrankungen lassen sich grundsätzlich in kurative und präventive Strategien unterteilen. Beide Ansatzpunkte kommen sowohl im ambulanten und im stationären als auch im rehabilitativen Versorgungssetting zur Anwendung. Nachdem die kurativen Möglichkeiten vor allem mit einer dauerhaften Medikation und/oder invasiven oder operativen Eingriffen realisiert werden, richtet sich der Blick bei den präventiven Ansätzen auf alle Ebenen der Prävention. So ergänzen sich Maßnahmen der Primär-, der Sekundär- und der Tertiärprävention.

Primärprävention zielt darauf ab, eine Erkrankung zeitlich hinauszuzögern oder überhaupt nicht erst entstehen zu lassen. Hinsichtlich der chronischen Herzerkrankungen betrifft dies beispielsweise eine ausgewogene, salzarme und kalorienreduzierte Ernährung, Nikotinkarenz, Ausdauersport und die Vermeidung von negativ belegtem Stress (Bundesärztekammer et al., 2019a, 2019b; Leppin, 2010; Werner & Böhm, 2010). Durch diese Maßnahmen lässt sich der Entstehung chronischer Herzerkrankungen deutlich vorbeugen. Auch die Sekundärprävention im Frühstadium einer Krankheit verfolgt das Ziel, eine weitere Verschlechterung zu vermeiden und den Verlauf zu stabilisieren. Hier sind vorrangig medikamentöse Ansätze zur Einstellung einer potenziellen Hypertonie oder eines gestörten Fettstoffwechsels zu nennen, weiterhin in Kombination mit sämtlichen Maßnahmen der Primärprävention (Werner & Böhm, 2010). Die Tertiärprävention hingegen beschreibt Behandlungsstrategien nach dem Auftreten schwerwiegender Erkrankungsereignisse,

beispielsweise einem Myokardinfarkt. Sie zielt auf die Rehabilitation bzw. Vermeidung weiterer Erkrankungsereignisse und damit auf eine Stabilisierung des Zustands. Dazu werden der Erkrankung angemessene Behandlungsmethoden angewandt (Leppin, 2010). Die Präventionsstrategien greifen jeweils ineinander und erfordern eine an den Bedarf des Menschen angepasste Behandlung. Daneben spielt neben einer adäquaten Interaktion innerhalb der Behandler*innen-Patient*innen-Beziehung auch eine engmaschige Betreuung der Menschen im Verlauf der Behandlung eine zentrale Rolle (Werner & Böhm, 2010). Dies steht damit eng in Verbindung mit den zentralen Aussagen des Trajektmodells (Schaeffer & Moers, 2008).

Eine erfolgreiche Präventionsstrategie ist auch deshalb essenziell, weil die durch Herzerkrankungen entstehenden Kosten eine erhebliche Last für den Gesundheitssektor bedeuten. Im Jahr 2015 betrugen diese 46,4 Mrd. Euro, was einem prozentualen Anteil von 13,7 % an den gesamten Krankheitskosten in Deutschland entspricht und die höchsten Kosten für Krankheitsbehandlungen in Deutschland darstellt (Statistisches Bundesamt, 2017). Für das Jahr 2020 werden die Kosten für Herzerkrankungen auf 56,7 Mrd. Euro beziffert, der Anteil an den Gesamtkosten beträgt damit relativ stetig weiterhin 13,1 % (Statistisches Bundesamt, 2022). Dies zeigt erneut, wie die Gesamtausgaben für Krankheit in Deutschland im Verlauf der Jahre steigen. Begründen lässt sich dies insbesondere mit der hohen Lebenserwartung und dem zunehmenden Anteil älterer und hochaltriger Menschen in der Bevölkerung.

In Verbindung mit dem regional vorhandenen Versorgungsengpass in ambulanten medizinischen Praxen bleibt vielen chronisch erkrankten Menschen nur noch die Möglichkeit, sich zur Behandlung in die nächstgelegene Notaufnahme zu begeben. Das bedeutet oftmals auch, dass diese Menschen eine nicht unbedingt notwendige stationäre Aufnahme erfahren, welche von den Kliniken aus ökonomischen Gründen vorangetrieben wird (Wehkamp, 2021). Eine Studie des IGES-Instituts aus dem Jahr 2018 erhob anhand von vier Erkrankungen, inwiefern die Behandlungskosten zwischen den Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung variieren. So fallen exemplarisch für „nicht schwere kardiale Arrhythmien“ 289 Euro bei ambulanter Behandlung an, für eine eintägige stationäre Behandlung betragen die Kosten bereits 646 Euro. Für einen weiteren stationären Behandlungstag betragen die Kosten insgesamt 1.529 Euro (Albrecht & Al-Abadi, 2018).

Vor dem Hintergrund der steigenden Kosten, der demografischen Gegebenheiten sowie der Ansatzmöglichkeiten und Erfordernisse rund um die Präventionsstrategien werden deshalb zunehmend Managed-Care¹⁹-Ansätze in der Gesundheitsversorgung etabliert. Dies gilt umso mehr, als es in Deutschland keine Zugangsbeschränkungen oder Rationierungen für

19 Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen, um Kosten zu senken, angemessene und ausreichende Behandlung zu fördern und damit die Effizienz der Leistungserbringer*innen zu erhöhen (Amelung, 2012).

Leistungen der GKV gibt. Unter Managed-Care-Ansätze fallen die bereits genannten Modelle der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, die von den Krankenversicherungen der Bundesländer mit unterschiedlichen Leistungserbringer*innen vertraglich vereinbart werden. Ziel dessen ist die verbesserte Kommunikation an Schnittstellen des Gesundheitswesens, die Vermeidung unnötiger und/oder doppelter Untersuchungen, die Vermeidung stationärer Aufenthalte und die schnelle Adaption neuer und regional benötigter Leistungen, welche im EBM nicht vorgehalten werden (Hausärzteverband Baden-Württemberg, 2022; § 140a SGB V, 1988). Weiterhin existieren strukturierte Behandlungsprogramme der Krankenversicherungen, die ein edukativ-befähigendes Schulungsziel in Verbindung mit einer turnusmäßigen medizinischen Behandlung chronisch kranker Menschen verfolgen. Diese sind gemeinhin unter der Bezeichnung Disease-Management-Programme (DMP) bekannt und werden vom G-BA in ihren Inhalten nach den aktuellen medizinischen Leitlinien entwickelt und zugelassen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022). Die in den Krankenversicherungen versicherten Menschen können, sofern sie die Diagnose über die entsprechende chronische Erkrankung erhalten haben, an diesen strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen. In der Praxis werden sie je nach Indikation viertel- oder halbjährlich ärztlich untersucht und haben dauerhafte, begleitende ärztliche Ansprechpartner*innen. In diesen Untersuchungsterminen besprechen und vereinbaren die Teilnehmenden das allgemeine Befinden, ggf. stattgefunden stationäre Aufenthalte, die aktuelle Medikation und den weiteren Verlauf der medizinischen Behandlung. Darüber hinaus haben die Menschen die Möglichkeit, an begleitenden Schulungen und Kursen der Ärzt*innen und ihrer Krankenversicherung teilzunehmen. Damit wird eine Edukation in Richtung der präventiven Möglichkeiten je nach Erkrankungsart verfolgt.

Auch im Rahmen der DMP wird die verbesserte Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungserbringer*innen forciert. Zu diesem Zweck sollen beispielsweise die koordinierenden Ärzt*innen etwa einen strukturierten Behandlungsbericht nach Behandlung erstellen. Die erkrankten Menschen selbst haben Anspruch auf die Dokumentationsunterlagen jedes turnusmäßigen Untersuchungstermins. Über diese Maßnahme sollen die Menschen besser über ihren Zustand informiert und in ihre medizinische Behandlung proaktiv einbezogen werden. Auch hier ist es ein zentrales Ziel, stationäre Aufenthalte aufgrund einer Verschlechterung der chronischen Erkrankung zu vermeiden. Hierfür sollen Betroffene durch die Teilnahme am DMP in die Lage gebracht werden, Symptome und deren Entwicklung selbst täglich einzuschätzen und bei Verschlechterung die zuständigen ambulanten Ärzt*innen darüber zu informieren (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2022; Gemeinsamer Bundesausschuss, 2022).

Ergänzende Ansätze sind Zertifizierungsmöglichkeiten für Schwerpunktpraxen im Hinblick auf bestimmte Krankheitsbilder: Eine als Heart Failure Unit zertifizierte kardiologische Praxis stellt

beispielsweise sicher, dass geforderte apparative und organisatorische Ausstattungsmerkmale zur Diagnostik und Behandlung von Herzinsuffizienz vorhanden sind und eingesetzt werden. Außerdem gehen die Praxen Kooperationen mit benachbarten und spezialisierten Kliniken ein, um jederzeit eine angemessene und leitlinienkonforme Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz sicherzustellen (Pauschinger et al., 2022).

Ein in Deutschland neuartiger Versorgungsansatz ergibt sich außerdem aus der fortschreitenden Digitalisierung und betrifft das Telemonitoring für an Herzinsuffizienz erkrankte Menschen. Dabei erfassen die Menschen selbst täglich Daten wie beispielsweise Blutdruckmesswerte, ein EKG oder ihr Gewicht und übermitteln diese mittels einer digitalen Plattform an die betreuenden Ärzt*innen. Bei Auffälligkeiten stehen die Ärzt*innen in der Verantwortung, binnen eines festgelegten Zeitraums einzugreifen. Bei Menschen mit implantierten Defibrillatoren kann das entsprechende Gerät über einen kleinen, handyartigen Apparat ausgewählte Daten vom Zuhause des Menschen, ohne eigenes Zutun, an die telemedizinisch angeschlossene Praxis übermitteln.

In einer Evaluierungsstudie kam das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu dem Ergebnis, dass für Menschen mit Herzinsuffizienz ohne begleitende depressive Symptomatik ein signifikanter Rückgang der kardiovaskulären Mortalität zu beobachten ist, wenn sie am Telemonitoring für Herzinsuffizienz teilnehmen (IQWiG, 2019; Störk et al., 2021). Auch mit diesem und anderen digitalen Ansätzen (Störk et al., 2022) sollen Menschen durch Mitwirkung an der Datenübermittlung dafür sensibilisiert werden, ihre Symptomatik einzuordnen, Verantwortung für ihren Gesundheitszustand zu übernehmen und in engem Kontakt mit den ambulant betreuenden Ärzt*innen zu stehen. Das Ziel besteht darin, einer Verschlechterung der Symptomatik zeitnah entgegenzuwirken. Zudem sollen kostenintensive stationäre Aufenthalte vermieden und die damit verbundene erhöhte Mortalität reduziert werden (Störk et al., 2021). Im Fall der automatischen Datenübermittlung ist nicht einmal das Zutun der Patient*innen nötig, um sie vor einem stationären Aufenthalt zu bewahren: Die Praxis empfängt die Daten kontinuierlich und automatisch.

Im Rückblick auf die Charakteristika chronisch herzkranker Menschen sowie die Eigenschaften eines hohen Alters, häufig auftretende Multimorbidität, eine voraussichtliche Pflegebedürftigkeit und die Notwendigkeit einer langfristigen niederschweligen Betreuung, stellt sich angesichts der in Kapitel 3.3 beschriebenen Herausforderungen die Frage: Wer kann diese Betreuung zukünftig übernehmen? Neben den Spezialisierungen der VERAH, NäPA, Kardio-EFA® und Community Health Nurses forciert seit einigen Jahren auch die medizinische Wissenschaft eine kardiologisch-qualifizierende Weiterbildung für MFA und Pflegefachpersonen. Deren Tätigkeitsprofil erstreckt sich von der technischen Erhebung krankheitsspezifischer Befunde über die persönliche und telefonische Begleitung bis hin zur Organisation der medizinisch-pflegerischen Versorgung unter Beachtung medizinischer

Leitlinien. Die sogenannten Herzinsuffizienz-Pflegekräfte bzw. die Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz ist auch innerhalb der Schulung von Patient*innen zum Umgang mit deren Erkrankungen aktiv (Störk et al., 2021). Kardiologisch tätige Ärzt*innen entwickeln und überprüfen die Curricula der Weiterbildungen in ihrer Ausführung.

Zusammenfassend ergibt sich aus der Relevanz chronischer Herzerkrankungen und der Herausforderung der Adhärenz sowie der Begleiterkrankungen auch im Licht des demografischen Wandels ein erheblicher Begleitungsbedarf der chronisch erkrankten Menschen. Dieser lässt sich nicht nur im medizinischen, sondern vor allem auch im pflegerisch-sozialen Sektor verorten. Dabei stellen sich Fragen nach der eingenommenen Perspektive, wenn erkrankungsspezifische Managed-Care-Instrumente auf die betroffenen Menschen zugeschnitten werden und das vorrangige Ziel verfolgen, Kosten im Gesundheitssystem einzusparen. Weiterhin ist der Einsatz nichtärztlicher kardiologisch qualifizierter Mitarbeiter*innen noch nicht flächendeckend erfolgt. Es ist davon auszugehen, dass die erkrankten Menschen vorwiegend in Modell- und Erprobungsprojekten entsprechend niedrigschwellige Versorgung erhalten (Ertl et al., 2016; Störk et al., 2021). Zudem ist im Hinblick auf die vielfach medial berichtete Überlastung und den Mangel an Hausärzt*innen (Bundesärztekammer, 2020a; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018) fraglich, ob diese eine engmaschige Begleitung überhaupt leisten können.

Bisher wurde dieser Begleitungsbedarf anhand von Daten zu Herzerkrankungen und der zugehörigen Behandlungsansätze und -programme dargestellt. Für den weiteren Verlauf dieser Ph.D.-Thesis wird jedoch das Erleben der Menschen in den Vordergrund gestellt. Durch diesen Perspektivenwechsel ist es möglich, den Begleitungsbedarf nochmals von einer anderen Seite zu beleuchten und wertvolle Aspekte für die Versorgung chronisch herzkranker Menschen zu erarbeiten. Dazu nähert sich das nächste Kapitel an die Erfahrungen und Erwartungen von Menschen im Gesundheitswesen an. Dies soll die theoretischen Wissensgrundlagen zu den Perspektiven betroffener Menschen skizzieren und somit einen anderen Blickwinkel ermöglichen.

5 Erwartungen und Erfahrungen von Menschen in der medizinischen Versorgung

Der Fokus auf die Erwartungen und Erfahrungen von Patient*innen innerhalb der Gesundheitsversorgung hat in den vergangenen 20 Jahren für unterschiedliche Akteur*innen an Bedeutung gewonnen. Dabei existieren je nach Akteur*in unterschiedliche Blickwinkel. Gesundheitsökonom*innen sind in erster Linie daran interessiert, die Effizienz und Effektivität der einzelnen Gesundheitssysteme und -sektoren zu messen. Hier ist ein Ansatzpunkt, die Erfüllung der Erwartungen von Patient*innen als ein Ziel innerhalb der Versorgung zu formulieren. Patient*innen werden dafür als Kund*innen betrachtet. Der Fokus lag daher in der Vergangenheit auf Modellen der Kund*innenorientierung und zielte im Ergebnis primär auf Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen.

Ein klassisches Beispiel für ein solches Modell ist das Confirmation/Disconfirmation-Modell. Das Modell erklärt die Erwartungen der Kund*innen als zentralen Faktor für deren Zufriedenheit. Unzufriedenheit oder Zufriedenheit entstehen durch einen Vergleichsprozess zwischen den Erwartungen von Kund*innen an ein Produkt oder eine Dienstleistung einerseits (Soll-Komponente) und der tatsächlich wahrgenommenen Qualität (Ist-Komponente) andererseits. Werden die Erwartungen erfüllt (Confirmation), entsteht Zufriedenheit; werden sie nicht erfüllt (Disconfirmation), entsteht Unzufriedenheit (Homburg & Stock-Homburg, 2012). Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist jedoch eine Gleichsetzung von Patient*innen mit Kund*innen nicht zielführend. Hier müssen Wissens- und Beziehungsverhältnis im Behandlungs- bzw. im Kaufprozess unterschiedlich bewertet werden. Ergänzend kommt hinzu, dass sich erkrankte oder pflegebedürftige Menschen in einer leidenden, bedürftigen Situation befinden (Schnell, 1999). Patient*innen verfügen im Vergleich zu Kund*innen nicht über die Möglichkeit, sich ausreichendes Wissen über die Erkrankung oder unterschiedliche und für sie infrage kommende Behandlungsoptionen und Institutionen anzueignen. Dies gilt schon deshalb, weil es hier nicht nur um technische Daten, sondern auch um die Passfähigkeit zu ihren Rahmenbedingungen und Miterkrankungen geht. Weiterhin stehen Patient*innen im Gegensatz zu Kund*innen in einem hierarchisch geprägten Beziehungsverhältnis zu ihren Dienstleister*innen. Dies zeigt sich zum einen im genannten Wissensrückstand, zum anderen in der Anpassung an eine Institution.

Ein weiterer Blickwinkel auf Erfahrungen und Erwartungen von Patient*innen ergibt sich aus dem Forschungsfeld Public Health. Interdisziplinär arbeitende und forschende Gesundheitsorganisationen definieren die Orientierung an den Erwartungen der Patient*innen als Kriterium für qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Dies lässt sich wiederum operationalisiert messen: Das Institute of Medicine beispielsweise formulierte im Jahr 2001 sechs Kriterien für die Versorgungsqualität. Diese unterteilen sich in fünf medizinische

Ergebnisparameter und einen Erfahrungsparameter, jenen der Patient*innenorientierung (im Original patient-centeredness). Unter patient-centeredness verstehen die Autor*innen „providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions.“ (Institute of Medicine, 2001, S. 6). Hier beinhaltet Patient*innenorientierung sowohl Gesichtspunkte des zwischenmenschlichen Respekts als auch die Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der sich in der medizinischen und pflegerischen Behandlung befindenden Menschen.

Die World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation, im Folgenden WHO) benennt als weitere übergeordnete Gesundheitsorganisation drei Ziele qualitativ hochwertiger Gesundheitssysteme: die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, finanzielle Absicherung im Krankheitsfall sowie Orientierung an den Patient*innen (World Health Organization, 2000). Letzteres Kriterium wurde vonseiten der WHO als Konzept namens Health System Responsiveness (HSR) etabliert. Es bezeichnet in seiner Definition „*dimensions of health system behaviour not directly related to health outcomes, such as dignity, communications, autonomy, prompt services, access to social support during care, quality of basic services and choice of provider.*“ (Smith et al., 2010, S. 8)

Die HSR lässt sich dabei von dem Konzept der Patient*innenzufriedenheit²⁰ in einigen Punkten unterscheiden. Bei Patient*innenzufriedenheit wird ein Fokus auf spezifische Behandler*innen oder Einrichtungen gelegt. Betrachtet werden Behandlungserfahrungen der Patient*innen im Hinblick auf medizinische und nichtmedizinische Kriterien. Die HSR hingegen fokussiert sich lediglich auf die nichtmedizinischen Erfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen allgemein. Diese setzt sie in Bezug zu den legitimen Erwartungen auf Grundlage der sozialversicherungsrechtlichen Ausrichtung (De Silva, 1999).

HSR zielt auf die Erfahrungen von Patient*innen im Kontakt mit dem Gesundheitswesen und nutzt dafür zwei übergeordnete Kriterien: respect for persons sowie client-orientation. Unter diesen Kriterien sind Items zusammengefasst, welche Fragen des respektvollen Verhaltens, des Einbezugs in die Entscheidungsfindung und der Wahrung der Autonomie adressieren. Weitere Faktoren sind die schnelle und zielgerichtete Versorgung insbesondere im Notfall, die adäquate und bedürfnisnahe Ausstattung der Einrichtungsräume, soziale Unterstützung im Bedarfsfall sowie die Wahlfreiheit der Gesundheitsdienstleister*innen.

Seit der Entwicklung des Konzepts der HSR ist diese immer wieder Werkzeug, um Erwartungen oder Erfahrungen von Patient*innen in Bezug zur Leistungsfähigkeit eines Gesundheitswesens zu setzen (Jones et al., 2011; Mirzoev & Kane, 2017; Röttger & Busse, 2016; Tille, 2019; Tille et al., 2019). Weil jedes nationale Gesundheitswesen andere

20 Für einen Überblick über die historischen Schwerpunkte in Bezug auf die Erforschung von Patient*innenzufriedenheit s. beispielsweise Lorenz (2023).

Rahmenbedingungen schafft und sich diese national betrachtet gelegentlich ändern, wird die HRS als Konzept regelmäßig erhoben und um Auswirkungen von sowie Erfahrungen mit neuen Versorgungskonzepten ergänzt. So führten Mirzoev & Kane beispielsweise im Jahr 2017 ein Review über das Konzept der HSR durch. Darin formulierten sie, dass die Erfahrungen und Erwartungen der Patient*innen durch die erlebten Interaktionen im Gesundheitswesen beeinflusst werden. Dies geschieht auf einer beiderseitigen Ebene und beeinflusst darüber hinaus das Ergebnis der medizinischen und pflegerischen Behandlung. Dies geschieht beispielsweise dadurch, dass Angebote und Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen werden oder Therapieempfehlungen gefolgt wird (Mirzoev & Kane, 2017). Die HSR betrachtet bisher die direkten Interaktionen zwischen den Patient*innen und dem Gesundheitswesen. Unklar ist, inwieweit die Erfahrungen der Patient*innen von Beziehungen und Regularien zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens oder zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen beeinflusst werden. Weiterhin ist unklar, wie sich das Konzept der HSR in den einzelnen Arztgruppen fachärztlicher Versorgung niederschlägt und ob eine abgestufte Rangordnung einzelner Kriterien der HSR in der Versorgung durch unterschiedliche Arztgruppen vorliegt (Tille, 2019).

Die WHO nimmt mit ihrem Blickwinkel auf die Gesundheitsversorgung und ihren jeweiligen Schwerpunkten Einfluss auf nationale Ausgestaltungen der Gesundheitswesen. So stand auch im Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode der Regierungsparteien CDU, CSU und SPD: „Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist unser Leitbild für das Gesundheitswesen.“ (Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD, 2018, S. 95). Allerdings wurde die Orientierung am Patient*innenwohl inhaltlich nicht näher konkretisiert. Das Versprechen umfasste lediglich weiterhin einen bedarfsgerechten Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens.

Erfahrungen und Erwartungen von Menschen im Gesundheitswesen sind weiterhin innerhalb der Pflegewissenschaft thematisch verankert. Dies zeigt sich beispielsweise in den Pflege-theorien unterschiedlicher Reichweite²¹. Hier werden die Lebenswelt des Menschen und sein Zugang zu Gesundheit und Krankheit unter Einbezug seiner Einschränkungen und Ressourcen in den Fokus der Betrachtung gestellt. Auch in den Konzepten zum evidenzbasierten Handeln in der Medizin (Siebolds, 2003) finden sich Ansätze zum Einbezug der Patient*innensichten.

Des Weiteren wird in der Pflege mit dem Konzeptbestandteil der „internen Evidence“ erhoben, wie der gemeinsam zu erarbeitende Versorgungs- bzw. Therapieplan in die Lebenswelt des betroffenen Menschen einzuflechten ist. Dafür müssen Erfahrungen und Erwartungen der

21 Für einen Überblick s. beispielsweise Fawcett (1996); Meleis (1999); Stemmer (2003).

Menschen zwangsläufig erfragt und einbezogen werden (Behrens & Langer, [2004]/2022). Rückblickend zeigen sich somit multiple Begründungen für den Einbezug von Patient*innenerwartungen und -erfahrungen, um die Interaktion und Kommunikation innerhalb der ambulanten fachärztlichen Versorgung in verschiedener Hinsicht zu betrachten.

6 Zusammenfassung des theoretischen Rahmens

In den zurückliegenden Kapiteln wurden unterschiedliche und aufeinander aufbauende Gesichtspunkte der ambulanten medizinischen Versorgung vorgestellt. Der demografische Wandel führt als grundsätzliche Entwicklung dazu, dass Menschen in Deutschland immer älter werden und der Anteil älterer Menschen ab 65 Jahren an der Bevölkerung in Deutschland steigt (Statistisches Bundesamt, 2019a, 2021a). Weiterhin ist festzuhalten, dass im höheren Lebensalter gehäuft Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems auftreten (Heidemann et al., 2021; Statistisches Bundesamt, 2019b). Erkrankungen werden in Deutschland nach dem gesundheitspolitischen Grundsatz „ambulant vor stationär“ behandelt. Damit ist das ambulante medizinische Versorgungssetting von hoher Relevanz für das deutsche Gesundheitssystem. Zur Darstellung dieses Sektors wurden zunächst hausärztliche und fachärztliche Aspekte gemeinsam betrachtet. Hier wurden insbesondere die Vergütungen der Leistungen, Versorgungsstrukturen und aktuelle Herausforderungen aufgezeigt. Die Herausforderungen bestehen darin, dass auch die niedergelassenen Vertragsärzt*innen selbst immer älter werden und kaum Nachfolger*innen für ihre Praxen zu finden scheinen. Junge, in der ambulanten Versorgung tätige Ärzt*innen präferieren eher eine Anstellung als eine unternehmerische Tätigkeit als Vertragsärzt*innen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022d). Hinzu kommt ein relativer medizinischer Fachkräfte-Engpass, obwohl immer mehr Ärzt*innen in der Berufsgruppe der Medizin tätig sind. Eine Ursache ist die Ablehnung von Vollzeitstellen aus familiären Gründen (Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 2013). Der Mangel an Fachkräften zeigt sich darüber hinaus auch bei den MFA der Praxen. Ursachen hierfür sind teilweise schlechte Arbeitsbedingungen und fehlende Wertschätzung von Inhaber*innen und Patient*innen. Als Reaktion darauf wandern diese in andere Settings und Handlungsfelder ab. Dies wirkt sich mittlerweile bereits auf angebotene Behandlungszeiten in den Praxen aus (Verband medizinischer Fachberufe e.V., 2021).

Als eigene Entwicklung und im Anschluss an diese Herausforderungen entstehen immer mehr MVZ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022e). Aufgrund ihrer strukturellen und rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten gelten diese als Konkurrenzmodell zu den bisherigen Praxisformen. Die MVZ können einerseits den Einzugsbereich durch mehr ärztliches Personal vergrößern. Andererseits können vertragsärztliche Zulassungen bei Anstellung von Vertragsärzt*innen in den Besitz des MVZ übergehen und für die bisherigen Praxisformen innerhalb der Bedarfsplanung nicht erneuert werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022b). Auch hinsichtlich der Verteilung von MVZ und ärztlichen Praxen in Stadt und Land ergeben sich Herausforderungen: Zum einen besteht in strukturschwachen Regionen ein Unterangebot von ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten, zum anderen erzielen die bisherigen

Bemühungen der Bedarfsplanung bisher keinen durchschlagenden Erfolg (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2022d).

Ein weiterer erläuteter Gesichtspunkt ist das Auftreten chronischer Erkrankungen und insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im höheren Lebensalter ab 65 Jahren. Dazu wurden Merkmale der Morbidität und Mortalität skizziert, um die Entwicklung und Auswirkungen der Herzerkrankungen geschlechtsspezifisch deutlich zu machen. Es zeigt sich, dass geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb des Erkrankungszeitraums und -verlaufs bestehen. Diese sind bei der Behandlung von Männern und Frauen jeweils zu berücksichtigen. Weiterhin wurden mit den präventiven, kurativen sowie pflegerisch-begleitenden Strategien unterschiedliche Behandlungsansätze beschrieben. Diese erstrecken sich von medikamentösen über interventionell-invasive Methoden bis zu engmaschiger Betreuung durch spezifisch ausgebildetes Gesundheitspersonal. Ziel ist es dabei immer, die Menschen mit Herzerkrankungen edukativ zu betreuen und einer Verschlechterung der Herzerkrankung entgegenzuwirken.

Daran schließt sich die Frage nach den Erwartungen von Patient*innen innerhalb des Versorgungskontextes an. Es ist davon auszugehen, dass die bisher beschriebenen Rahmenbedingungen und Herausforderungen die Erwartungen an die Gesundheitsversorgung und Behandlung beeinflussen. Im Rahmen der HSR existiert bereits ein Konzept der WHO, um Erwartungen von Menschen im Behandlungskontext anhand bestimmter Kriterien zu erfassen (De Silva, 1999). Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive ergeben sich dazu Ansätze innerhalb des Evidence Based Nursing (Behrens & Langer, [2004]/2022) oder unterschiedlicher Pflege-theorien. Diese zielen stets darauf ab, die Perspektive und mithin die Erfahrungen, Erwartungen und Zugänge der zu pflegenden Menschen einzubeziehen.

Aus dieser theoretischen Rahmung ergeben sich bislang kaum Erkenntnisse zu den Erfahrungen und Erwartungen von Menschen über 65 Jahren mit einer chronischen Herzerkrankung, welche auf den konkreten Behandlungskontext der deutschen fachärztlich-kardiologischen Versorgung abzielen. Die beschriebenen Herausforderungen und Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen zeigen sich auch mit der fortschreitenden Etablierung von Fortbildungen im Themenbereich Herzerkrankungen für nichtärztliche Mitarbeiter*innen: Neue, unterstützende und ergänzende Ansätze zur Begleitung von Menschen mit Herzerkrankungen sind notwendig. Dennoch liegt der Fokus bisher auf der Sicherstellung der Adhärenz der betroffenen Menschen und weniger auf Interaktionen und Bedeutungen rund um die Herzerkrankungen. Dies könnte einen alternativen, gewinnbringenden Zugang zum Verständnis und zur Mitwirkung der Menschen im Rahmen ihrer Erkrankung darstellen. Um zu eruieren, inwieweit es bereits Erkenntnisse zu diesem

Ansatz gibt, wird im folgenden Kapitel der international verfügbare Forschungsstand zum Forschungsproblem im deutschen Gesundheitswesen erhoben. Daran schließt sich die Formulierung der Forschungslücke an.

7 Literature Review

Im zurückliegenden theoretischen Rahmen wurden bereits einige Herausforderungen für Menschen mit chronischen Herzerkrankungen und für die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland aufgezeigt. Im Folgenden wird die Forschungslücke durch eine systematische, internationale Literaturrecherche ausgearbeitet. In den folgenden Unterkapiteln wird daher zunächst die Methodik für das Literature Review erläutert. Daran anschließend werden die einbezogenen Artikel inhaltlich und methodisch dargestellt.

7.1 Methodik des Literature Reviews

Zunächst wurde das Forschungsproblem zur Durchführung der Literaturrecherche in einzelne Begriffsblöcke aufgeteilt, welche die zentralen Begrifflichkeiten des Problemabrisses beinhalten. Anschließend wurden diese Begriffe ins Englische übersetzt und es wurden entsprechende MeSH-Terms (kontrolliertes Vokabular der National Library of Medicine) gesucht. MeSH bedeutet Medical Subject Heading und stellt ein kontrolliertes Schlagwort dar. Es umfasst, unterteilt und ergänzt die selbstgewählten Begriffe. Damit kann eine transparente Literaturrecherche mit spezifischen und sensitiven Ergebnissen durchgeführt werden. Die MeSH-Termin waren mit den Begriffen „cardiology“, „heart diseases“, „aged“ und „ambulatory care“ vertreten. Existierte in den Datenbanken keine MESH-Suche, wurden die Begriffe stattdessen als Schlagwörter gesucht. Tabelle 1 zeigt die gewählten Begriffe inklusive der MeSH-Terms auf:

Begriff des Forschungsproblems	Verwendete übersetzte Suchbegriffe
Erfahrungen von Patient*innen	patient experience
Erwartungen von Patient*innen	patient expectation
Herzerkrankungen	heart disease cardiology cardiac
Deutschland	german*
Ältere Menschen	aged elderly people older people 65+-aged pensioner
Ambulante kardiologische Versorgung	ambulatory care outpatient outpatient treatment doctor's office cardiology specialist practice cardiologist

Tabelle 1: Suchbegriffe und deren Übersetzung

Die einzelnen Begriffe wurden anschließend mit den Boole'schen Operatoren zu Begriffsblöcken umgewandelt, um möglichst viele Artikel zu den jeweiligen Stichworten zu finden. In einem letzten Schritt wurden alle Begriffsblöcke miteinander verbunden und die Treffermenge auf die Thematik eingegrenzt. Tabelle 2 zeigt die Vorgehensweise zur Ermittlung der Treffermenge in den jeweiligen Datenbanken an.

#1	patient experience OR patient expectation
#2	heart disease OR cardiology OR cardiac
#3	german*
#4	aged OR elderly people OR older people OR 65+ aged OR pensioner
#5	ambulatory care OR outpatient OR outpatient treatment OR doctor's office OR cardiology specialist practice OR cardiologist
#6	#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

Tabelle 2: Darstellung des Suchstrings

Die Recherche wurde auf diese Weise in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Web of Science und Livivo durchgeführt. Ergänzt wurde die Datenbankrecherche um eine Suche in Google Scholar und eine „forward and backward references searching“-Suche.

Zu Selektierung der Suchergebnisse wurden zudem Ein- und Ausschlusskriterien gebildet. Diese sind in Tabelle 3 und Tabelle 4 dargelegt.

Selektionskriterien	Einschluss	Ausschluss
Population I	• Altersdurchschnitt oder Median der Teilnehmer*innen ist 65 Jahre oder älter • Bei gemischten Teilnehmer*innengruppen: Inkludiert, wenn Ergebnisse für die Teilnehmer*innen über 65 Jahre separiert werden und eine Aussage für diese Altersgruppe gemacht wird	• Altersdurchschnitt oder Median der Teilnehmer*innen ist unter 65 Jahren • Bei gemischten Teilnehmer*innengruppen: Exklusion, wenn Ergebnisse für die Teilnehmer*innengruppe über 65 Jahre nicht separiert werden oder für diese Altersgruppe keine Aussage getätigt wird
Population II	• Teilnehmer*innengruppe kommt aus dem deutschen Gesundheitswesen	• Teilnehmer*innengruppe kommt aus anderen Gesundheitswesen
Phänomen und Inhalt	• Studien befassen sich mit Erfahrungen, Erwartungen, Bedürfnissen, Wünschen und Problemen der Menschen in der kardiologischen fachärztlichen Versorgung • Studien, die sich allgemein auf das Gesundheitssystem beziehen, wenn sich Erwartungen etc. an die fachärztliche Versorgung separieren lassen • NEU: Benannter Aspekt der ambulanten fachärztlichen Versorgung • NEU: Studien befassen sich mit Erfahrungen, Erwartungen, Bedürfnissen, Wünschen und Problemen der Menschen in der ambulanten medizinischen Versorgung	• Spezielle Therapien ohne Bezug zur Versorgung im ambulanten medizinischen Setting • Fokus auf technische Geräte und Apps • Studien ohne Fokus auf die gesundheitliche Versorgung

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien, Teil 1

Selektionskriterien	Einschluss	Ausschluss
Kontext und Setting	• Ambulante kardiologische fachärztliche Versorgung • Studien mit mehreren Settings, wenn Ergebnisse für die fachärztliche ambulante Versorgung separiert werden können • NEU: Studien mit Ergebnisaspekten innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung, in denen die ambulante kardiologische Versorgung zumindest inkludiert ist	• Studien mit ausschließlichem Fokus auf die hausärztliche Versorgung • Stationärer oder rehabilitativer Sektor • NEU: Ausschließlicher Bezug auf stationäres oder rehabilitatives Setting
Studiendesign	• Studien, die den Blick der Menschen, deren Perspektive, Erzählungen und Erleben als Patient*innen fokussieren	• Studien, die andere Perspektiven beinhalten (beispielsweise Health Care Professionals)
Sprache	• Deutsch, Englisch	• Sprachen abweichend von Deutsch oder Englisch
Typ Forschungs-report	• Full research reports	• Posters, Editorials, Kommentare

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien, Teil 2

Die systematische Literaturrecherche wurde erstmals im Jahr 2016 durchgeführt. Die erzielten Treffer der Datenbanken wurden in die Zitationsmanagement-Software Citavi® 6 der Swiss Academic Software GmbH übertragen. Anschließend wurden die Treffer entlang der dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien zuerst anhand des Titels, dann anhand des Abstracts überprüft. Folgend wurde bei passenden Artikeln der Volltext besorgt, gelesen und bewertet. Die erste Recherche gestaltete sich jedoch nicht zielführend, weil die Einschlusskriterien zu selektiv formuliert wurden. Vor allem der Fokus auf die ambulante, fachärztliche Versorgung mit Schwerpunkt der Kardiologie führte als Faktor zu lediglich einem Volltext. Um einen größeren Einblick in den Wissensbestand der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland zu erhalten, wurden die Einschlusskriterien nach dieser Erfahrung verändert. Damit wurden auch passende Gesichtspunkte der ambulanten hausärztlichen kardiologischen Versorgung einbezogen. Die Erweiterung der Kriterien ist in den Tabellen 3 und 4 mit dem Zusatz „**NEU:** ...“ hervorgehoben. Durch dieses Vorgehen konnten neun weitere Artikel in die Ergebnisdarstellung einbezogen werden. Die Recherche wurde im November 2022 ein weiteres Mal aktualisiert.

Die Dokumentation der recherchierten Ergebnisse und der Umgang mit den jeweiligen Ein- und Ausschlüssen wird mithilfe des Dokumentationsstandards PRISMA (Page et al., 2021) dargestellt. Dabei beziehen sich die Angaben im PRISMA Flow Diagram auf die zweite Recherche mit den erweiterten Einschlusskriterien. Das PRISMA Flow Diagram ist als Anhang 1 einsehbar. Des Weiteren wurde geprüft, welche Methodiken in den recherchierten Artikeln zum Einsatz kamen. Zur kritischen Würdigung der durchgeführten Studien wurden die Critical Appraisal Checklists des Joanna Briggs Institutes (JBI) genutzt. Für die quantitativen Querschnittstudien wurde die Checkliste für Querschnittstudien (Moola et al., 2020) verwendet und zur Begutachtung der qualitativen jene für Qualitative Studien (Lockwood et al., 2015). Das JBI ist ein international angesehenes und in der Pflegewissenschaft etabliertes Forschungsinstitut mit ausgewiesener Expertise innerhalb der kritischen Prüfung von Forschungsliteratur. Die beiden verwendeten Checklisten setzen einen methodologisch geschärften Fokus auf die Begutachtung. In Anbetracht der Durchführung eines transparenten Forschungsprozesses mit nachvollziehbarer Ergebnisproduktion erschien dies als zentral relevant. Für jede der beiden Checklisten findet sich ein Ansichtsexemplar in Anhang 3 bzw. Anhang 4.

7.2 Ergebnisse des Literature Reviews

In diesem Abschnitt werden die zehn recherchierten Ergebnisse des Literature Reviews inhaltlich und methodisch vorgestellt. Dabei fallen drei Forschungsprojekte auf, in deren Rahmen unterschiedliche Aspekte in mehreren Publikationen erschienen sind. Diese werden gemeinsam beschrieben. Die recherchierten Artikel lassen sich grob in zwei Themenfelder unterteilen: Eines davon bilden Fragestellungen rund um den Zugang zum Gesundheitswesen und zu strukturellen Aspekten in der Beziehung zwischen den Leistungserbringer*innen untereinander und zu den Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das andere umfasst spezifische Fragestellungen zu bestimmten Erkrankungen oder therapeutischen Prozeduren.

Im Folgenden werden die Übersichtsartikel zu den Strukturen im Gesundheitswesen vorgestellt. Daran anschließend folgen die Artikel mit erkrankungsspezifischen Ergebnissen.

7.2.1 Ergebnisse zu Strukturen im Gesundheitswesen

Die Autor*innen um Osborn et al. (2014) führten eine computergestützte telefonische Umfrage in den Ländern Australien, Kanada, Frankreich, Deutschland, Niederlande, Neuseeland, Norwegen, Schweden, Schweiz, Vereinigtes Königreich und USA durch. Befragt wurden darin 15.617 Menschen über 65 Jahre. Neben ihrem Zugang zum Gesundheitswesen, chronischen Erkrankungen und deren Koordination durch professionelles Gesundheitspersonal sowie dem Engagement innerhalb ihrer eigenen Behandlung wurden auch Bedürfnisse im Rahmen der Betreuung und die Versorgungsplanung am Lebensende abgefragt.

Für Deutschland ergab das Survey im Vergleich zu den anderen Ländern, dass Menschen einen kostengünstigen Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens haben und im Krankheitsfall schnell Termine erhalten. Auch die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung bewerten Deutsche im Hinblick auf die genommene Zeit und die Möglichkeit, Fragen zu stellen, als angemessen. Bezüglich der Prävention innerhalb der medizinischen Behandlung (beispielsweise Ermutigung und Beratung zu einem gesunden Lebensstil sowie zur Stressreduktion) schnitt das deutsche Gesundheitswesen nach Ansicht der Befragten gut ab. Auch Themen wie die Versorgung am Lebensende und potenzielle pflegende Angehörige wurden laut den Befragten in Deutschland regelmäßig besprochen.

Im Hinblick auf chronische Erkrankungen zeigte sich für Deutschland im Vergleich zu den anderen Ländern eine vergleichbare Prävalenz von chronischen Erkrankungen. Innerhalb der medizinischen Behandlung dieser Erkrankungen kommt es jedoch häufiger zu Kommunikationsproblemen. Betroffen sind hauptsächlich die Schnittstellen zwischen dem Krankenhaus und Hausärzt*innen sowie Fachärzt*innen und Hausärzt*innen. Dies zeigt sich in fehlenden Befunden, nicht vereinbarten Kontroll- und Anschlussterminen und fehlenden Ansprechpartner*innen. Generell haben die deutschen Befragten im Vergleich mit anderen Ländern seltener einen auf ihren Alltag abgestimmten Behandlungsplan für ihre chronische Erkrankung. Sie sind dadurch schlechter befähigt, ihre Symptome einzuordnen und im Bedarfsfall Maßnahmen zu ergreifen. Weiterhin haben sie wesentlich seltener nichtärztliche Ansprechpartner*innen zur Verfügung, die sie zum Beispiel bei Behandlungsfragen niedrigschwellig kontaktieren könnten.

Die Studie weist durch die an die Länder angepasste methodische Vorgehensweise Limitationen auf. In manchen Ländern wurden für den Anruf Zufallsnummern gewählt, in anderen Bevölkerungsdatenbanken verwendet. Die Antwortquote variiert zwischen den Ländern dadurch stark und wurde daher statistisch gewichtet. Weiterhin wurden ausschließlich zuhause lebende Menschen telefonisch befragt. Menschen in Pflegeheimen oder anderen Langzeitinstitutionen waren nicht Teil der Stichprobe. Hier ist davon auszugehen, dass die Menschen in Ländern mit einer hohen Institutionalisierungsquote gesünder erscheinen als in Ländern mit niedriger Institutionalisierung. Osborn et al. (2014) erarbeiteten mit diesem Ländervergleich eine umfassende Übersicht über den Zugang zum Gesundheitswesen und die Spezifika der einzelnen Gesundheitssysteme. Die Erkenntnisse für Deutschland wurden für die Formulierung des Forschungsproblems der vorliegenden Arbeit im Rahmen der methodischen Ausrichtung aufgegriffen.

Insbesondere die Thematik der Schnittstellenkommunikation bezüglich des Umgangs mit der chronischen Erkrankung untersuchen auch Arnold et al. (2022): Sie beschäftigten sich in ihrer Studie mit der Wahrnehmung chronisch kranker Menschen von Versorgungskontinuität in der ambulanten kardiologischen Versorgung und mit deren Verbindung zu der kardiovaskulären

Prävention. In der Querschnittstudie, die während der Coronapandemie (Jahre 2020/2021) stattfand, wurden Patient*innen via Fragebogen befragt. Einschlusskriterium für die Patient*innen war das Vorliegen von mindestens drei chronischen Krankheiten, die auch eine KHK umfassen mussten, und der regelmäßige Kontakt zu deren Hausärzt*innen. Der Fragebogen beinhaltete insgesamt vier Bereiche: soziodemografisch-medizinische Fragen, einen Abschnitt zur Messung der continuity of care (NCQ), Fragen zur ambulanten kardiologischen Behandlung sowie Fragen zur erlebten Prävention in den Praxen.

Insgesamt nahmen aus 26 hausärztlichen Praxen 435 Patient*innen mit einem Durchschnittsalter von 74,7 Jahren teil, von denen 247 Patient*innen für die komplette Datenanalyse eingeschlossen werden konnten. 72 % der Proband*innen hatten in den vergangenen Monaten Kontakt zu ihren Hausärzt*innen. Der Prozentsatz für den Kontakt zu den Kardiolog*innen betrug 43 %, zu kardiologischem Praxispersonal 33 %.

Insgesamt zeigte sich, dass die Menschen bei den Hausärzt*innen eine höhere Versorgungskontinuität wahrnehmen als bei den niedergelassenen Kardiolog*innen. Erhöhte Werte für Versorgungskontinuität waren in der statistischen Analyse mit besseren Präventionserfahrungen verbunden. Die Autor*innen schlussfolgern aus ihrer Analyse, dass die von den befragten Menschen empfundene Versorgungskontinuität allgemein hohe Werte aufweise. Dies nehme auch einen positiven Einfluss auf die Wahrnehmung der Prävention kardiovaskulärer Ereignisse. Unabhängig davon sehen sie Verbesserungspotenzial bei der Versorgungskontinuität innerhalb der Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Kardiolog*innen und empfehlen strukturierte Versorgungsprogramme, die diese Schnittstellenarbeit förderten.

Die folgenden Artikel fokussieren sich mit ihrem Ansatz auf das Konzept der HSR vonseiten der WHO. Nochmals zusammengefasst beschreibt es die Erfahrungen von Menschen im Kontakt mit dem Gesundheitswesen. Hier geht es um zwischenmenschliche Kriterien wie Respekt und Behandlung auf Augenhöhe, aber auch um die Orientierung am Menschen (De Silva, 1999). Die Responsiveness ist in Bezug auf die Patient*innengruppe der chronisch kranken Menschen von besonderer Bedeutung, weil diese zum einen vermehrt Kontakt mit dem Gesundheitswesen haben. In dieser Hinsicht ist es qualitativ und ökonomisch sinnvoll, den Behandlungsverlauf durch eine stringente Kommunikation zwischen den Leistungserbringer*innen zu koordinieren und damit unnötige oder doppelte Untersuchungen zu vermeiden. Zum anderen sind chronische Krankheiten oftmals mit dem persönlichen Lebensstil verbunden. Diese sind infolgedessen zu einem gewissen Teil beeinflussbar. Regelmäßige medizinische und pflegerische Kontrollen und Routine-Untersuchungen tragen dazu bei, dass Menschen mit chronischen Erkrankungen beständige Ansprechpartner*innen haben und schnell Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems finden (Störk et al., 2021).

Tille et al. (2019) analysierten Daten aus einer Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus dem Jahre 2016, an welcher 6.113 Menschen aus Deutschland teilnahmen. Thema war eine der beiden zentralen Dimensionen („respect for persons“ und „client-orientation“) der HSR. Die Studie bezog sich konkret auf die Dimension „respect for persons“ mit den zentralen Punkten Würde, Vertraulichkeit, Autonomie, Kommunikation und Vertrauen. Mithilfe eines Fragebogens bewerteten die Teilnehmer*innen, inwieweit diese bei ihrem letzten Haus- und Facharzt*innenbesuch innerhalb des vergangenen Jahres zwischen „sehr gut“ und „überhaupt nicht gut“ erfüllt wurden. Die Bewertung der Aspekte wurde dann mit anderen erfassten Variablen in Verbindung gesetzt. Zu diesen Variablen gehören demografische Daten (Alter, Geschlecht, Bildungsstatus etc.) sowie Gesundheitsvariablen (Selbsteinschätzung Gesundheitsstatus, Vorhandensein einer chronischen Krankheit, Grund für vergangenen ärztlichen Besuch etc.).

Zur statistischen Analyse wurde zwecks Unterscheidung der beiden Subgruppen Hausarzt*innen und Facharzt*innen ein Chi-Quadrat-Test eingesetzt. Für die multivariaten Daten wurde eine binomiale logistische Regression angewandt, um herauszufinden, welche Variablen mit schlechten Responsiveness-Werten zusammenhängen. Bei vier von fünf Aspekten zeigte die Analyse eine mindestens 90%ige positive Zustimmung der Teilnehmer*innen, wohingegen der Aspekt Vertraulichkeit nur von 50 % der Teilnehmer*innen zustimmend bewertet wurde. Die weitere statistische Analyse ergab, dass besonders bei jüngeren Menschen, Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und Menschen mit einem höheren Bildungsgrad schlechtere HSR-Werte auftreten. Die Autor*innen empfehlen hinsichtlich der allgemein niedrigen Werte für den Aspekt Vertraulichkeit Maßnahmen zur Verbesserung dieser, zum Beispiel über bauliche Maßnahmen oder die Förderung von Aufmerksamkeit für vertrauliche Situationen beim Praxispersonal. Laut den Autor*innen könnte als alternativer Bias auch eine unpassende Übersetzung der Frage die schlechten Werte der Vertraulichkeit begründen. Aufgrund der Zunahme an chronischen Erkrankungen wird das ambulante Versorgungssystem im Vergleich mit den weiteren Sektoren an Relevanz gewinnen. Dafür spricht insbesondere, dass der Umfang ambulanter Leistungen zunimmt und die Qualität der Versorgung daran gemessen wird, inwieweit die Vorstellungen und Erwartung der Menschen an das Gesundheitswesen erfüllt werden. Die Autor*innen treten dafür ein, Maßnahmen zu entwickeln, um die HRS für jüngere Menschen und Menschen in schlechtem Gesundheitszustand zu verbessern.

Des Weiteren sehen die Autor*innen bessere HSR-Werte bei Menschen mit einer privaten Krankenversicherung als bei Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein denkbarer Grund dafür liegt in der höheren und umfassenderen Vergütung von Leistungen, die von Ärzt*innen für privatversicherte Menschen erbracht werden. Demgemäß kann davon ausgegangen werden, dass in der Personenzentrierung ein zentrales Moment des Marketings

zur Erbringung weiterer Leistungen liegt. Dieses Ergebnis betrifft jedoch nur die fachärztlichen Praxen. Ein weiteres relevantes Ergebnis bezieht sich auf die schlechten HSR-Werte für Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand. Bei einem akuten gesundheitlichen Problem kann die mangelnde Orientierung an den Vorstellungen und Erwartungen dieser Menschen die Heilung verzögern oder andere schwerwiegende Folgen verursachen.

Ab dem Jahr 2016 wurde außerdem ein Datensatz der Techniker Krankenkasse in Deutschland dazu genutzt, unterschiedliche Fragestellungen in Bezug auf chronisch kranke Menschen mit KHK und/oder Diabetes mellitus Typ 2 zu untersuchen. Dabei betrug die Grundgesamtheit 51.998 Versicherte, aus welcher für jede Fragestellung eine Stichprobe gezogen wurde. Röttger und Busse (2016) analysierten anhand einer schriftlichen Befragung eine finale Stichprobe von 13.685 Teilnehmer*innen mit einem Durchschnittsalter von 69,7 Jahren. Der Fragebogen war eine adaptierte Version des HSR-Fragebogens der WHO und zielte auf die Bewertung der haus- und fachärztlichen Versorgung in Deutschland. Inkludiert wurden Teilnehmer*innen, die in den vorigen 12 Monaten einen haus- und einen fachärztlichen Termin wahrgenommen hatten.

Zur statistischen Analyse von Unterschieden in den Bewertungen wurde der McNemar-Test eingesetzt. Am besten bewerteten die Teilnehmer*innen bei ihrem vorherigen hausärztlichen Besuch die „Sauberkeit der Räume“ und die „Freundlichkeit“ – am schlechtesten das „Vertraulich sprechen am Empfang“ und die „Wartezeit im Wartezimmer“. Beim fachärztlichen Besuch wurden ebenfalls die Sauberkeit und Freundlichkeit am besten, am schlechtesten die „Wartezeit Termin“ sowie die „Wartezeit Wartezimmer“ bewertet. Statistisch wurden die Hausärzt*innen in allen Bereichen signifikant besser bewertet als die Fachärzt*innen. Die stärksten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen beliefen sich auf die Bewertung der Wartezeit, die Einbeziehung in die Entscheidungsfindung und die Koordination der Behandlung. Der Anteil der Teilnehmer*innen, die eine Herzerkrankung hatten, bewerteten ihre Versorgung tendenziell schlechter. 8,2 % der Teilnehmer*innen gaben an, auf einen fachärztlichen Termin verzichtet zu haben, obwohl er notwendig gewesen sei.

Die Autor*innen sehen eine durchweg positive Bewertung der haus- und fachärztlichen Versorgung, wobei die hausärztliche Versorgung signifikant besser abschneide. Als einen möglichen Erklärungsansatz sehen sie unterschiedliche Erwartungen gegenüber Haus- und Fachärzt*innen und/oder ein häufigeres Wechseln der Hausärzt*innen bei Unzufriedenheit aufgrund der erhöhten Inanspruchnahme. Die Studie lässt keine Aussage über die einzelnen Arztgruppen zu, da diese nicht erhoben wurden. Weiterhin ist die Studie auf das Gesundheitswesen in Deutschland beschränkt, da international unterschiedliche Zugänge zur medizinischen Versorgung bestehen.

Im Projekt „Exploring Health Systems Responsiveness in Ambulatory Care“ wurde derselbe Datensatz von Röttger et al. (2016) mit einer Stichprobe von je 25.999 Menschen mit chronischen Herzerkrankungen bzw. Diabetes mellitus Typ 2 untersucht. Insbesondere interessierte die Frage, in welchem Ausmaß und aufgrund welcher Faktoren die Versicherten auf die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen zur Begleitung ihrer Erkrankung verzichteten. Das theoretische Verhaltensmodell nach Andersen erklärte bereits in der Vergangenheit Kriterien für die Gründe des Verzichts auf medizinisch-pflegerische Versorgung: Damals wurden demografische, soziale und geistige Faktoren als ausschlaggebend festgehalten (Andersen & Davidson, 2001).

Die Daten wurden mithilfe eines postalisch versendeten Fragebogens erhoben. Eine binomiale multivariate logistische Regression erfolgte anhand der Faktoren aus dem Modell von Andersen. Die Autor*innen ergänzten die Faktoren aufgrund ihrer theoretischen Vorannahmen um weitere Faktoren. Insgesamt nahmen 15.565 Menschen an der Befragung teil; davon waren 71,4 % männlich. Das Durchschnittsalter lag bei 69,4 Jahren. Die Autor*innen erarbeiteten eine Quote von 14,1 % der befragten Menschen, welche über einen Verzicht auf Inanspruchnahme des Gesundheitswesens berichteten. Zur genaueren Beschreibung des Verzichts gab es mehrere Auswahlmöglichkeiten. Zusammengefasst handelt es sich in der überwiegenden Zahl der Fälle um Termine bei Fachärzt*innen und um spezifische Untersuchungstermine. Gründe für den Verzicht waren die Wartezeit auf einen Termin, das Fehlen spezialisierter Untersuchungsmöglichkeiten, fehlende finanzielle Ressourcen und zu komplizierte oder lange Anfahrtswege in die Praxen. Der Verzicht auf Untersuchungen war zudem mit erlebter Diskriminierung, einer begleitenden Depression, einer bestehenden Berufstätigkeit und einer Nichtteilnahme an einem DMP verbunden. Die Wahrscheinlichkeit für einen Verzicht auf Inanspruchnahme des Gesundheitswesens erhöhte sich bei Vorliegen folgender Faktoren: weibliches Geschlecht, Berufstätigkeit, erlebte Diskriminierung, Single-Haushalt, begleitende Depression und/oder schlechter gesundheitlicher Zustand. Auch der subjektiv erlebte sozioökonomische Status (SES) ist, wenn er als niedrig empfunden wird, damit verbunden. Hervorzuheben ist die statistisch signifikante Beziehung zwischen erlebter Diskriminierung und dem Verzicht auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens sowie die bleibende Unklarheit des konsekutiven Bezugs aufeinander. Es stellt sich die Frage, ob erst Diskriminierung erlebt und in der Folge verzichtet wurde oder ob zuerst verzichtet und aufgrund dessen diskriminiert wurde. Die Beziehung zwischen diesen Faktoren ist eine qualitative, nicht untersuchte Dimension der Studie und referiert auf Interaktionen zwischen chronisch kranken Menschen und den Professionellen im Gesundheitswesen.

In einer weiteren Studie von Röttger et al. (2017) wurde eine Stichprobe von 25.999 Menschen aus dem Datensatzes der Techniker Krankenkasse gezogen. Ziel war, den Zusammenhang zwischen einer Teilnahme am DMP und der HSR zu untersuchen. In der Stichprobe waren

13.000 Teilnehmer*innen am DMP KHK; 12.999 waren keine Teilnehmer*innen, wiesen jedoch die Kriterien dafür auf. Es wurde ein Fragebogen an die Teilnehmer*innen versendet mit der Bitte, zusätzlich Daten der Techniker Krankenkasse einsehen zu dürfen. Von den 25.999 Menschen beantworteten 8.476 Personen den Fragebogen und stimmten zu, dass die Techniker Krankenkasse ihre Krankheitsdaten für die Studie bereitstellen darf. Dies beinhaltete die Information, ob die Person am DMP für KHK innerhalb des Studienzeitraums teilnahm. Weitere Ausschlüsse wurden damit begründet, dass keine Diagnose zu einer chronischen Herzerkrankung vorliegt und/oder die jeweiligen Menschen in den vorigen 12 Monaten keine medizinische Behandlung beansprucht haben. Damit umfasste die Stichprobe 7.037 Menschen, von denen 5.082 am DMP teilnahmen und 1.955 nicht am DMP teilnahmen. Davon waren 79,4 % männlich, das Durchschnittsalter betrug 71,4 Jahre. Für die Analyse wurden die Daten mittels Propensity Score Matching zu 1.921 Paaren adjustiert und randomisiert, um einer Verzerrung durch die äußerst unterschiedlichen Charakteristika der befragten Menschen vorzubeugen. Die Fragen des eingesetzten Fragebogens adressierten etwa die Erfahrungen mit Hausärzt*innen und Fachärzt*innen sowie die Wahrnehmung unfairer Behandlung. Weiterhin bezogen sie sich darauf, dass Bedürfnisse der Menschen nicht gedeckt würden, auf den selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand und sozioökonomische und -demografische Daten der befragten Menschen.

In der Analyse zeigte sich, dass die Befragten die Responsiveness insgesamt als gut bis sehr gut bewerteten. Der Kontakt zu Hausärzt*innen wurde besser beurteilt als jener zu Fachärzt*innen. Vor allem die Items der Versorgungssteuerung und der Kommunikation wurden von Menschen mit und ohne DMP für die Versorgung bei den Hausärzt*innen unterschiedlich eingeschätzt. Bei den Fachärzt*innen ergaben sich zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede. Grundsätzlich schätzten Menschen mit Teilnahme am DMP ihre Versorgung in allen erfragten Items besser ein als die Befragten ohne Teilnahme am DMP. Ein weiterer signifikanter Unterschied bestand darin, dass Menschen mit DMP weniger auf die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verzichteten als Menschen ohne DMP. Insgesamt unterscheiden sich die Ergebnisse dieser Untersuchung von vorherigen Studien zum Vergleich zwischen der Teilnahme und Nichtteilnahme am DMP dahingehend, dass die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen wesentlich geringer ausfallen als erwartet. Dies liegt den Autor*innen zufolge in zwei Aspekten begründet: Einerseits wurden die Daten im Rahmen einer anderen Fragestellung erhoben und für die vorliegende Studie angepasst, andererseits sind sie hinsichtlich der Sampling-Kriterien verschiedenen Biases unterworfen.

Die Studien von Röttger und Busse (2016), Röttger et al. (2016) und Röttger et al. (2017) betrachteten Menschen mit chronischen Herzerkrankungen und/oder Diabetes mellitus Typ 2, die innerhalb der GKV bei der Techniker Krankenkasse versichert waren. Demzufolge liegt hier eine methodische Limitation vor, da Menschen mit einer privaten Krankenversicherung

nicht befragt werden konnten und diese oftmals andere Rahmenbedingungen im Vergleich zur Stichprobe aufweisen. Beispiele hierfür sind beispielsweise kürzere Wartezeiten auf einen Termin, mehr finanzielle Ressourcen und ein ggf. höher empfundener SES.

In den zurückliegenden Artikeln wurde das Konzept der HSR in unterschiedlichen Fragestellungen in Bezug auf strukturelle Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens beleuchtet. Im Folgenden befassen sich zwei weitere Studien eines gemeinsamen Datensatzes mit den Auswirkungen des SES auf die Strategien zur eigenen Gesunderhaltung sowie auf die eingeschlagenen Behandlungspfade im Gesundheitswesen.

7.2.2 Ergebnisse zu krankheitsspezifischen Ansätzen

Schröder et al. (2017; 2018) betrachteten mithilfe einer qualitativen Längsschnittstudie, inwieweit sich Unterschiede des SES von Patient*innen mit KHK auf die Erfahrungen im Krankenhaus und der ambulanten Kontrolle nach sechs Monaten auswirkten. Dazu wurden semistrukturierte Leitfaden-Interviews geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse bzw. GT ausgewertet. Schröder et al. (2017) betrachteten dabei die Zeitspanne von den ersten Symptomen bis zum Zeitpunkt der durch Diagnosestellung bestätigten KHK. Die zweite Publikation aus dem Jahr 2018 beleuchtete den Zeitraum nach der Diagnosestellung bis sechs Monate danach. In der Studie aus 2018 für den Zeitraum der Baseline wurden 48 Interviews mit Menschen von 59 bis 80 Jahren geführt, wohingegen nach sechs Monaten noch 39 Menschen teilnahmen. Gründe für den zahlenmäßigen Rückgang der Interviews waren der Erkrankungszustand der Menschen, nachlassendes Interesse an der Studie und Tod.

Für den Zeitraum vor der Diagnosestellung (Schröder et al., 2017) erarbeiteten die Autor*innen, dass die Menschen auftretende Symptome je nach höherem oder niedrigerem SES unterschiedlich interpretieren und bewerten: Diese Bewertung lässt sich anhand der Kriterien Erwartung, Normalisierung, Hilfsmittel zur eigenen Behandlung und Annahme von Hilfen durch Dritte darstellen.

Ein niedrigerer SES führt dazu, dass auftretende Symptome nicht ernst genommen werden und auf deren Normalisierung zu bestimmten Uhrzeiten oder Ereignissen gehofft wird. Auch die Hinweise der Hausärzt*innen oder von Familienangehörigen werden ignoriert, stattdessen werden die Symptome mit eigenen Hilfsmitteln selbst therapiert. Dies geschieht so lange, bis ein Myokardinfarkt auftritt. Für den Behandlungspfad der elektiven invasiven Therapie benötigen Menschen mit niedrigerem SES die Hilfe der Hausärzt*innen, um einen Termin in kardiologischen Praxen zu erhalten. Menschen mit höherem SES interpretieren ihre Symptome frühzeitiger in Richtung der Herzerkrankung und suchen schneller die entsprechende Behandlungsform auf. Für die Menschen mit höherem SES wurde außerdem beschrieben, dass bezüglich der Diagnosestellung durch Hausärzt*innen eine höhere

Wahrscheinlichkeit für Fehldiagnosen besteht, weil in statistischer Hinsicht häufiger Menschen mit niedrigem SES von KHK betroffen sind.

Für den Zeitraum nach der Diagnosestellung bis sechs Monate danach (Schröder et al., 2018) zeigen sich Erfahrungen der Menschen in den Themenbereichen Krankenhausbehandlung, Reha, medikamentöse Behandlung und ambulante Nachsorge. Der Analyse zufolge betrifft der SES vor allem Themen der Information, der eigenen Krankheitswahrnehmung und die eigene Rolle im Gesundheitswesen. So trägt ein höherer SES zu einem besseren Verständnis der Krankheit sowie der Behandlungsmöglichkeiten bei, Informationsmaterialien werden besser verstanden und in den Kommunikationsprozess mit Professionellen einbezogen. Der Umgang mit der KHK zeigt sich im Symptomanagement, im Erhalt der eigenen Leistungsfähigkeit und in einer proaktiven Zusammenarbeit mit den Gesundheitsberufen. Ein niedriger SES hingegen beeinträchtigt das Verständnis der KHK und der verordneten Medikation. Die Verantwortung für die Erkrankung und Behandlung wird an das Gesundheitspersonal abgegeben, die Menschen sind eher fixiert auf einzelne Krankheitsparameter, als dass sie deren Zusammenhang mit der Krankheit verstünden.

In methodologischer und methodischer Hinsicht wird für die Durchführung der Studie nicht deutlich, auf welcher erkenntnistheoretischen Grundlage die Analyse basiert. Ebenfalls beschreiben die Autor*innen die nicht trennscharfe Auswertung durch eine qualitative Inhaltsanalyse und durch eine GT nach Glaser und Strauss. In dieser Hinsicht ist fraglich, inwiefern Präkonzepte und subjektive Elemente der Autor*innen in die Interpretation und Verschriftlichung der Analyse einfließen.

Die Autor*innen um Gerlich et al. (2012) und Klindtworth et al. (2015) untersuchten mithilfe einer qualitativen Längsschnittstudie die Perspektive von Menschen ab 70 Jahren, welche an einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz litten. Dafür wurden insgesamt 25 Patient*innen während ihres stationären Krankenhausaufenthalts in zwei deutschen Kliniken rekrutiert. Innerhalb von 18 Monaten wurden mit diesen Menschen im Abstand von drei Monaten insgesamt 95 Tiefen-Interviews geführt.

Gerlich et al. (2012) stellen in ihrer Publikation die Analyse der ersten 12 Interviews (Baseline-Interviews) mit den Menschen mit Herzinsuffizienz dar. Der Fokus der Leitfaden-Interviews lag auf den Erwartungen in Bezug auf die Behandlung innerhalb der ambulanten medizinischen Versorgung. Die Analyse der transkribierten Gespräche erfolgte mittels Qualitative Description und betrifft Thematiken hinsichtlich der Information und des Verständnisses über die Erkrankung und Prognose, Angebote des Gesundheitswesens und soziale Aktivitäten.

Die Patient*innen betonten einerseits einen Mehrbedarf an Information, andererseits verneinten sie diesen aus Sorge vor Überforderung. Weiterhin scheint über die jeweiligen Prognosen nicht gesprochen zu werden und Patient*innen zeigten sich aus Furcht vor schlechten Neuigkeiten in diesem Punkt abwartend. Erwartungen in Bezug auf das

Gesundheitswesen bewegten sich im Wesentlichen über vier Aspekte: die Wahrnehmung der eigenen Behandlung im Krankenhaus, ein positiv wahrgenommenes Verhältnis zu Hausärzt*innen, die finanzielle Unterstützung der eigenen Versorgung und die Unterstützung pflegender Angehöriger. Soziale Aktivitäten wurden aufgrund des eigenen Zustands eingeschränkt oder aufgrund dessen, dass der Freundeskreis bereits verstorben war. Der eigene Zustand wurde innerhalb des Familien- und Freundeskreises entweder offen oder kaum thematisiert: Einige Menschen wollten ihrer Familie nicht zur Last fallen und sprachen daher ungern über ihre Erkrankung.

Methodologisch und methodisch ist aus der Studie heraus nicht ersichtlich, auf welcher erkenntnistheoretischen Grundlage das Erkenntnisinteresse basiert und was dies für die Analyse der Ergebnisse bedeutet. Von den Autor*innen wurde ein pragmatisches Vorgehen entlang der Qualitative Description gewählt. Dabei ist fraglich, inwieweit die Auswahl bedeutsamer Interviewauszüge mit einer anzunehmenden positivistisch-geprägten Herangehensweise begründet werden kann – ebenso, wie es vereinbar ist, die „Daten sprechen zu lassen“ (Neergaard et al., 2009). Demzufolge wird nicht ersichtlich, unter welcher Interpretation die Daten ausgewertet worden sind, was deren Aussagekraft einschränkt.

Klindtworth et al. (2015) beziehen sich auf die Gesamtzahl der 95 Interviews und analysierten diese in Anlehnung an eine nicht näher bezeichnete GT. Auch hier wurde die erkenntnistheoretische Fundierung innerhalb des Forschungsprozesses nicht deutlich gemacht. Es ist daher unklar, inwieweit eigene Annahmen und Prägungen der Autor*innen in den Forschungsprozess eingeflossen sind. Aufbauend auf den Ergebnissen von Gerlich et al. (2012) setzte der Interview-Leitfaden nun einen Fokus auf die Änderungen im Verlauf der Zeit aus Sicht der Menschen. Von den 25 einstmals eingeschlossenen Menschen schieden insgesamt 15 Menschen aus unterschiedlichen Gründen im Verlauf der Studie aus.

Die transkribierten Interviews wurden in einem iterativen Prozess nach den induktiven Prinzipien der GT unter Einbezug von Feldnotizen und Memos zu Kategorien und Subkategorien codiert. Zusätzlich wurde bei relevanten Interviewpassagen eine tiefergehende Analyse vollzogen, um latente Sinn- und Bedeutungsstrukturen herauszuarbeiten. Als Ergebnis der Interviews beschreiben die Autor*innen, dass zwei Themen innerhalb der Analyse zutage traten: das Verständnis der Menschen zur Erkrankung und Prognose sowie der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens.

Zum Verständnis der Erkrankung und Prognose folgern die Autor*innen, dass die Herzinsuffizienz nicht als lebenslimitierende chronische Erkrankung, sondern als Alterserscheinung mit akuten lebensbedrohlichen Ereignissen gesehen wird. Die befragten Menschen sehen sich nicht als herzkranken Menschen am Lebensende. Vielmehr stehen alltäglichere Thematiken über die empfundenen Einschränkungen des täglichen Lebens im Vordergrund. Weiterhin fallen Paradoxien auf: Einerseits wünschen sich die Menschen einen

schnellen, schmerzfreien und friedlichen Tod zuhause. Auf der anderen Seite sind sie weder über ihre Prognose noch über die palliativen Möglichkeiten im Bedarfsfall informiert und würden sich zur Behandlung eines Notfalls in die Kliniken begeben. Ein weiterer zentraler Punkt in den Ergebnissen ist die unangemessene Versorgung der Menschen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz. Dies zieht sich von der Behandlung von Schmerzen über unpersönliche und unfreundliche Ansprache der Pflegefachpersonen hin zu gezielter Desinformation durch Ärzt*innen, welche den wahren Grund für die Symptome der Herzinsuffizienz verschleiern und Therapieansätze verschweigen.

Die Autor*innen um Gerlich et al. (2012) und Klindtworth et al. (2015) empfehlen den konsequenten Einbezug pflegender Angehöriger und Kommunikationstrainings für Hausärzt*innen. Ihre Empfehlungen zielen darauf ab, die Therapieplanung und niedrigschwellige Kommunikation über Möglichkeiten und Prognose mittels Advanced Care Planning zu verbessern.

7.3 Kritische Würdigung der recherchierten Erkenntnisse

Die recherchierten Artikel zeichnen ein breites Spektrum an Erkenntnissen zu Fragestellungen zu der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Auch Aspekte und deren Einflüsse zum Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens werden thematisiert. Innerhalb der medizinischen Behandlung geht es um die Problematiken des Einbezugs chronisch erkrankter Menschen in die medizinische Therapie und um deren Selbstorganisation. Die krankheits- und therapiebezogenen Erkenntnisse offenbaren sich vor allem im Bereich der Interaktionen und Bedeutungen: Was bedeutet eine Herzerkrankung für betroffene Menschen und wie beeinflusst diese sowie die damit verbundene Therapie das tägliche Leben? Welche Auswirkungen hat sie zudem auf die Kontinuität der Behandlung und in der Konsequenz für erkrankte Menschen?

Inhaltlich sind die recherchierten Ergebnisse und Ansätze fruchtbar für das bisher skizzierte Forschungsproblem. Gleichwohl liegen zur fachärztlichen Versorgung im Bereich der Kardiologie nur bedingt Ergebnisse vor. Grundsätzlich können die recherchierten Ergebnisse durchweg methodologisch in Frage gestellt werden: Nach Anwendung der Checklisten des JBI (Lockwood et al., 2015; Moola et al., 2020) ist ersichtlich, dass für keinen der Artikel eine erkenntnistheoretische Positionierung der Forscher*innen beschrieben wurde. Dies hat jedoch Auswirkungen auf die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse. Daher ist auch nach der Beurteilung der Studien fragwürdig, wie die Forscher*innen zu ihren Ergebnissen kommen und wie sich deren eigene Vorerfahrung und Prägung in den Ergebnissen wiederfinden. Dies gilt auch dann, wenn die Methodik nachvollziehbar in den Artikeln beschrieben wurde.

Dennoch wurden alle recherchierten Artikel für die Darstellung des aktuellen Wissensstands einbezogen. Ziel dieser Literaturrecherche war, einen Überblick über die aktuellen wissenschaftlichen Befunde zu erhalten und somit das vorliegende Vorwissen zum Forschungsproblem darzustellen. Im folgenden Kapitel über die Forschungslücke werden die theoretischen und recherchierten empirischen Erkenntnisse zusammengefasst. Basierend darauf wird das Forschungsproblem zu einer leitenden Fragestellung mit Unterfragen formuliert.

8 Zusammenfassung und Forschungslücke

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Anteil älterer Menschen ab 65 Jahren in der Bevölkerung durch den demografischen Wandel weiterhin steigen wird (Statistisches Bundesamt, 2019a, 2021a). Ältere Menschen sind häufig von chronischen Herzerkrankungen, Begleiterkrankungen und von Einschränkungen des täglichen Lebens betroffen. Sie benötigen konstante Ansprechpartner*innen und Betreuung, was den medizinisch-pflegerischen Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung betrifft (Deutsche Herzstiftung e. V., 2022; Statistisches Bundesamt, 2017, 2022; Störk et al., 2021). Gleichzeitig herrscht in der ambulanten medizinischen Versorgung ein relativer Mangel an Ärzt*innen und MFA. Dieser resultiert unter anderem aus den Niederlassungsregelungen der KV, der Bevorzugung von Anstellung gegenüber der Niederlassung, der Zunahme von MVZ und der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in ärztlichen Praxen (Verband medizinischer Fachberufe e.V., 2021; Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 2013; Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2021).

Aus der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung ist anhand empirischer Untersuchungen bekannt, dass die angebotene ärztliche Versorgung dem Bedarf und den Erwartungen bestimmter Patient*innengruppen in unterschiedlichem Maße entspricht. Dies betrifft beispielsweise strukturelle Anforderungen wie Wartezeiten auf einen Termin oder in der Praxis selbst sowie Anfahrtswege (Röttger & Busse, 2016). Die Ergebnisse lassen sich weiterhin nach Hausärzt*innen und Fachärzt*innen differenzieren, wobei mehr Aussagen über die hausärztlichen Praxen vorliegen und die befragten Menschen mit der Versorgung durch Hausärzt*innen zufriedener zu sein scheinen als mit der Versorgung durch Fachärzt*innen. Dies betrifft aber insbesondere die in der Praxis erlebten Interaktionen zwischen Ärzt*innen, Praxispersonal und den chronisch herzkranken Menschen. Die Interaktionen beinhalten den Einbezug der Menschen in die Entscheidungsfindung, Kontaktzeiten zwischen Menschen und Ärzt*innen (Irving et al., 2017) sowie die Koordination der Behandlung (Röttger & Busse, 2016). Die Interaktionen haben zweifelsohne eine zentrale Relevanz für das Ausmaß der Einschränkungen durch chronische Erkrankungen. Patient*innen werden insofern nicht befähigt, ein selbstständiges Krankheits- und Medikationsmanagement (Siebolds, 2003) zu verfolgen, weil ihnen dafür die nötigen und zeitlich verfügbaren Ansprechpartner*innen fehlen. Darüber hinaus liegen Hinweise darauf vor, dass ärztliche Termine, Vorsorge- oder andere Untersuchungen unter bestimmten Umständen nicht wahrgenommen werden. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Patient*innen in bestimmten Lebensphasen befinden, Begleiterkrankungen wie Depressionen haben oder schlechte Erfahrungen in der Interaktion mit medizinischen oder pflegerischen Berufsangehörigen gemacht haben.

Vor allem für den fachärztlichen, kardiologischen Bereich der ambulanten Versorgung fehlen Erkenntnisse hinsichtlich der Interaktionen zwischen Ärzt*innen, Praxismitarbeiter*innen und

Patient*innen (Tille, 2019). Wie sich diese vor dem Hintergrund des dargelegten Begründungsrahmens mit seinen Herausforderungen im Setting und der empirischen Befunde gestalten, bleibt ungewiss.

Auch die entsprechenden Managed-Care-Instrumente und die Weiterbildungen für nichtärztliche Mitarbeiter*innen nehmen weiterhin einen eher technischen, krankheitsbezogenen Blickwinkel ein. Technisch und krankheitsbezogen deshalb, weil sie primär auf die Optimierung der Behandlung und auf Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen abzielen (Hajen et al. [2000]/2011). Innerhalb der Weiterbildung nichtärztlicher Mitarbeiter*innen sind die Inhalte entsprechend medizinisch-unterstützend ausgelegt. Facetten der Zwischenmenschlichkeit spielen dabei nur eine Nebenrolle. Im Vordergrund stehen die Erfassung relevanter Parameter sowie die Berichterstattung und Therapiemodifikation nach Maßgabe der behandelnden Ärzt*innen (Ertl et al., 2016; Störk et al., 2021). Dies resultiert vorwiegend daraus, dass die Weiterbildungsformate von Ärzt*innen zur Unterstützung von Ärzt*innen konzipiert wurden. Daher verfolgen sie einen ärztlich-geprägten Zugang zu den Patient*innen und den Anforderungen der Zielgruppe. Aus pflegewissenschaftlicher Perspektive bildet dies jedoch nur einen Ausschnitt dessen ab, was (pflegerisches) Handeln im Rahmen der Beziehungsgestaltung ausmacht. Zudem wird damit nur ansatzweise beleuchtet, inwieweit die theoretischen Implikationen einer pflegerischen Tätigkeit der Betreuung und Begleitung dazu beitragen, dass Menschen mit ihrer chronischen Erkrankung leben und umgehen können (Friesacher, 2008, 2015; Gerlich et al., 2012).

Hier findet sich die Forschungslücke: Menschen als Patient*innen in einer Praxis gehen Interaktionen mit Ärzt*innen, Mitarbeiter*innen und der Praxis als Einrichtung ein. Diese Interaktionen sind geprägt von Bedeutungen, Erfahrungen und Erlebnissen der handelnden Menschen und beeinflussen die weiteren Bedeutungen in Bezug auf die Herzerkrankung und das Erleben ihres Behandlungsprozesses. Der Zugang zu diesen Bedeutungen liegt in den Erfahrungen und Erwartungen der Menschen an die Praxis. Die Forschungsfrage der vorliegenden Ph.D.-Thesis richtet sich daher auf die Herausforderungen in Bezug auf Erwartungen und Erfahrungen älterer Menschen mit chronischen Herzerkrankungen im Kontakt mit der ambulanten kardiologischen Versorgung in Deutschland. Prozesshafte Bedeutungen der Herzerkrankungen und Interaktionen mit den Praxisangehörigen werden aus Sicht der betroffenen Menschen mithilfe eines explorativen, longitudinalen und methodologisch-konstruktivistischen Vorgehens erhoben.

Ziel ist es, eine empirisch fundierte Theorie zu den Herausforderungen der ambulanten kardiologischen Behandlung aus Sicht chronisch herzkranker Menschen zu erarbeiten. Diese Theorie kann durch ihre qualitative Verortung auch Aspekte zu den Spezifika des deutschen Gesundheitswesens enthalten, die durch die recherchierten Studien mit einer quantitativen Basis bisher nicht ausreichend dargestellt werden konnten (Osborn et al., 2014; Tille et al.,

2019). Ein weiterer Grund für die Verortung im deutschen Gesundheitswesen ist die fehlende Übertragbarkeit von Erkenntnissen aus Gesundheitswesen anderer Länder. Ausschlaggebend ist die Unterschiedlichkeit von Zugängen dazu sowie Finanzierungen, Umfang und Ausrichtung der Gesundheitsdienstleistungen und der Aufgabenprofile der beteiligten Berufsgruppen.

9 Fragestellung und Zielsetzung

Basierend auf der im vorigen Kapitel dargestellten Forschungslücke lautet die leitende Forschungsfrage für die vorliegende Ph.D.-Thesis wie folgt:

Inwieweit stellen die Erwartungen und Erfahrungen der 65-plus-jährigen Patient*innen in der kardiologischen fachärztlichen Praxis unter Berücksichtigung ihrer chronischen Herzerkrankungen eine Herausforderung dar?

Die leitende Forschungsfrage wird in drei Unterfragen aufgeteilt, die zusammen eine Antwort auf die Komplexität der leitenden Forschungsfrage geben:

1. Welche Rolle spielen die chronischen Herzerkrankungen von 65-plus-jährigen Patient*innen bei dem Besuch einer kardiologischen fachärztlichen Praxis?
2. Welche Erwartungen werden von 65-plus-jährigen Patient*innen in der kardiologischen fachärztlichen Praxis geäußert und wie verändern sich diese Erwartungen im fortlaufenden Behandlungsprozess?
3. Wie erleben 65-plus-jährigen Patient*innen mit chronischen Herzerkrankungen den Besuch in einer kardiologischen fachärztlichen Praxis und welche Erfahrungen gelten für sie als bedeutsam?

Mit der leitenden Forschungsfrage und den drei aufgestellten Unterfragen sollen die Erwartungen und Erfahrungen von älteren Menschen ab 65 Jahren in der ambulanten kardiologischen Versorgung im Hinblick auf ihre chronische Herzerkrankung und damit verbundenen Herausforderungen beleuchtet werden. Das bedeutet, dass Interaktionen mit den Praxisangehörigen, mit den vorhandenen Strukturen und damit verbundene Bedeutungen aus Sicht der herzkranken Menschen in den Fokus des Interesses rücken. Infolgedessen steht die vorliegende Ph.D.-Thesis unter dem interpretativen Paradigma nach Wilson (1981). Sie fokussiert damit auf die vielfältigen Interaktionen zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft, die von diesen fortlaufend interpretiert und entsprechend verändert werden. Prozesshafte Interaktionen und Bedeutungen erfordern gleichermaßen einen prozesshaften und kommunikativen Ansatz. Dieser spiegelt sich in der vorliegenden Arbeit in der konstruktiven Methodologie und longitudinalen, explorativen Methodik des Forschungsdesigns wider. Prozesshafte Interaktionen werden in den wissenschaftstheoretischen Perspektiven der Ethnomethodologie (Garfinkel, 2018), des Sozialkonstruktivismus (Berger & Luckmann, [1969]/2018) und des Symbolischen Interaktionismus (SI) (Blumer, 1969) betrachtet. Das interpretative Paradigma grenzt sich somit vom normativen Paradigma insofern ab, als Strukturen und Begründungen nicht um ihrer selbst willen erforscht werden, sondern

Interaktionen und Bedeutungen ggf. auch im Umgang mit den vorhandenen Strukturen forschungsleitend sind. Dies wird in Kapitel 10 nochmals näher ausgeführt.

Das Ziel der Ph.D.-Thesis ist die theoretische Erarbeitung eines Konzepts auf Grundlage empirischer Daten zum Versorgungsprozess chronisch herzkranker, älterer Menschen in der ambulanten kardiologischen Versorgung. Dieses Konzept setzt dabei ein besonderes Augenmerk auf die Interaktionen und Bedeutungen innerhalb der medizinisch-pflegerischen Versorgung aus Sicht der befragten Patient*innen. Dabei sollen nicht nur die Erwartungen und das Erlebte zu einem einzigen Zeitpunkt erfragt werden, da dies nicht der Lebenswirklichkeit von chronisch kranken Menschen entspricht: Deshalb wird im Sinne eines Längsschnittansatzes die Versorgung in einer ambulanten Herzpraxis als Prozess aufgefasst, in dem sich Erwartungen und gemachte Erfahrungen über die Zeit verändern (können). Denn in einem von chronischen Krankheitsbildern geprägten Versorgungsbereich existieren langjährige Beziehungen zwischen Patient*innen und Praxispersonal, was auch eine Veränderung der Erwartungen von Patient*innen im Behandlungsprozess mit sich bringt. Der Längsschnittansatz an sich birgt den Vorteil, dass auch die Interaktion zwischen den befragten Patient*innen und dem Autor auf einem Vertrauensverhältnis basiert und von diesem beeinflusst wird. Es ist daher davon auszugehen, dass die Patient*innen im Verlauf der Gespräche weitere Informationen in ihrem Ermessen äußern und dass Erfahrungen und Erwartungen im Hinblick auf die medizinische Versorgung reflektiert und verändert werden. Dadurch wird ein Wandel der prozesshaften Interaktionen und Bedeutungen im Längsschnittansatz darstellbar.

Die Ph.D.-Thesis ist ein erster Anstoß im Themenbereich der deutschen, ambulanten fachärztlich-kardiologischen Versorgung. Mit der empirisch fundierten Konzeptentwicklung generiert sie einen theoretischen Ansatzpunkt über die Erfahrungen und Erwartungen von Patient*innen ab 65 Jahren unter Berücksichtigung ihrer chronischen Herzerkrankung. Maßgeblich im Fokus stehen hier Interaktionen der Menschen mit dem ambulanten fachärztlichen Setting und Bedeutungen, die sich aufgrund dieser Interaktion stetig verändern. Damit steht das Erleben der befragten Menschen im Mittelpunkt, sodass hier ein Sprachrohr für das entsteht, was sie selbst brauchen. Zudem wird ihre Rolle als wichtige Akteur*innen im Gesundheitswesen weiter gestärkt. Ergänzend kann die Ph.D.-Thesis auch den Fachärzt*innen dazu dienen, ihre Dienstleistungen auf die Klientel auszurichten und letztlich neben der Erbringung passfähiger Versorgung auch einen Wettbewerbsvorteil zu erzielen.

Der bisher dargestellte Begründungsrahmen stellte zentrale Gesichtspunkte wie die des demografischen Wandels in Verbindung mit den Strukturen, Entwicklungen und Herausforderungen des deutschen ambulanten medizinischen Versorgungssektors. Auch die Thematik chronischer Erkrankungen, vor allem jene des Herzens, sowie Erwartungen und

Erfahrungen von Patient*innen in der medizinischen Versorgung wurden dargestellt. Das Forschungsproblem zeigte sich darin, dass kaum Erkenntnisse zu den Erfahrungen und Erwartungen von Patient*innen mit chronischen Herzerkrankungen im deutschen ambulanten Gesundheitswesen existieren, welche die Interaktionen und prozesshaften Bedeutungen des Behandlungsprozesses aus Sicht der Betroffenen fokussieren. Mithilfe der durchgeführten Literaturrecherche konnten die empirischen Erkenntnisse das Forschungsproblem weiter spezifizieren. Unter Einbezug der epistemologischen, methodologischen, methodischen und inhaltlichen Aspekte konnte die Forschungslücke formuliert werden. Darauf aufbauend wurden im Anschluss die leitende Forschungsfrage mit den drei Unterfragen sowie das Ziel der Ph.D.-Thesis dargelegt.

In den folgenden Abschnitten liegt das Hauptaugenmerk auf der Epistemologie und Methodologie: Sie leiten den Fokus des empirischen Teils der Ph.D.-Thesis in der Durchführung, Interpretation, Analyse sowie dem forschenden Schreiben innerhalb des Forschungsprozesses. Aufbauend darauf erläutert das folgende Kapitel auch die verwendete Forschungsmethodik und Aspekte zum Forschungsdesign und zur Forschungsethik.

10 Epistemologie, Methodologie und Methodik

In diesem Kapitel wird der Forschungsprozess mit seiner theoretischen Fundierung und seiner praktischen methodischen Ausgestaltung vorgestellt. Dies soll einen Eindruck des Fokus der Datenerhebung und des Umgangs mit dem Verstehen und Verständnis der Gespräche in dieser Arbeit verschaffen. Zudem wird in diesem Kapitel das konkrete Vorgehen im Forschungsprozess dargestellt.

10.1 Epistemologie und Methodologie

Zur epistemologischen und methodologischen Fundierung der Ph.D.-Thesis wird im Folgenden zunächst die Epistemologie beschrieben. Anschließend wird zum einen der SI, zum anderen die Grounded-Theory-Methodologie erläutert. Die in diesem Kapitel vorgestellte theoretische Perspektive begründet den Forschungsprozess in den zugrunde liegenden Annahmen und soll den Fokus der Analyse aufzeigen.

10.1.1 Epistemologie

Zentral und damit leitend für den durchgeführten Forschungsprozess ist die Annahme einer sozialen Wirklichkeit. Das bedeutet, dass das gesamte Wissen und *„(...) therefore all meaningful reality as such, is contingent upon human practices, being constructed in and out of interaction between human beings and their world, and developed and transmitted within an essentially social context.“* (Crotty, 1998, S. 42)

Mit Crotty gesprochen, manifestiert sich die Annahme einer sozialen Wirklichkeit darin, dass sämtliches Wissen, alle Bedeutungen und Zuschreibungen aus sozialen Interaktionen heraus entstehen. Es kann somit nicht von einer zentralen, unveränderlichen Realität ausgegangen werden. Vielmehr erfolgen die Erschließung und die Kommunikation über soziale Wirklichkeiten aus einem konstruktivistisch geprägten Prozess. Dieser speist sich aus sozialen Interaktionen und Kontexten. Kapitel 11.1 beschreibt in angewandter Form, was dies für die durchgeführte Forschung bedeutet.

In Verbindung mit der im Folgenden dargestellten Methodologie konstituiert die Epistemologie damit den Zugang zum Wissen und den Fokus innerhalb der Generierung von Wissensbeständen. Zudem baut die Methodologie mit ihrer theoretischen Position auf die Epistemologie auf.

10.1.2 Methodologie: Der Symbolische Interaktionismus

Der SI hat seine Wurzeln im amerikanischen Pragmatismus und wurde von Herbert Blumer innerhalb der Chicago School of Sociology entwickelt. Er richtet den Blick auf soziale Interaktionen in der Gesellschaft und fragt nach individuellen Bedeutungszuschreibungen sowie dem subjektiven Sinn einer Handlung und Interaktion. Der pragmatistische Aspekt des

SI zeigt sich in der Konzentration auf problemlösende, symbolvermittelnde und wechselseitige Interaktionen, die von allen Beteiligten interpretiert und mit Bedeutung versehen werden (Blumer, 1969; Flick, [1995]/2012).

Blumer beschreibt den SI mittels dreier Prämissen:

Die erste Prämisse besagt, dass Menschen „Dingen“ gegenüber auf der Grundlage von Bedeutungen handeln, die diese Dinge für sie besitzen. (...) Die zweite Prämisse besagt, dass die Bedeutung solcher Dinge aus der sozialen Interaktion, die man mit seinen Mitmenschen eingeht, abgeleitet ist oder aus ihr entsteht. Die dritte Prämisse besagt, dass diese Bedeutungen in einem interpretativen Prozess, den die Person in ihrer Auseinandersetzung mit den ihr begegnenden Dingen benutzt, gehandhabt und abgeändert werden. (Blumer, 1981, S. 81)

Die drei Prämissen Blumers beschreiben den Blickwinkel des SI: Interaktionen zwischen Menschen und Dingen zeichnen sich durch eine Prozesshaftigkeit aus und befinden sich daher in einer konstanten und fluiden Auffassung der Interagierenden. Wird der SI einem Forschungsprozess zugrunde gelegt, gilt es daher, einerseits den subjektiven Sinn einer Interaktion, andererseits auch die damit verbundenen Bedeutungen und Interpretationen der Interaktionsbeteiligten zu untersuchen.

Der SI vollzieht sich im vorliegenden Forschungsprozess nicht nur auf der Ebene der Menschen in der Herzpraxis, sondern ebenso auf der Ebene der Interviews²² zwischen dem Autor und den Gesprächspartner*innen. Auch hier wird bedeutsam, welche Interpretationen einer Interaktion wechselseitig vorgenommen werden, welche Bedeutungen hieraus entstehen und wie dies den subjektiven Sinn für die Teilnehmer*innen konstituiert.

10.1.3 Methodologie: Die Grounded-Theory-Methodologie

Die theoretische Perspektive des SI wird durch die Methodologie der GT ergänzt. Dabei erstreckt sich der methodologische Aspekt auf eine gewisse ‚Kunstfertigkeit‘ innerhalb der Anwendung der GT: Forscher*innen sollten im Forschungsprozess eine große Offenheit aufweisen und die eigene Subjektivität einbeziehen. Dies ist nicht nur in Fragen der Analyse relevant, sondern darüber hinaus auch für den pragmatistischen Aspekt der Interaktion zur Problemlösung. Hier ist die Subjektivität der Beteiligten unabdingbar, um passfähige Lösungen für ein spezifisches Problem erarbeiten zu können (Strübing, [2004]/2014). Auch wenn der Einbezug der eigenen Subjektivität einen individuellen und somit kunstvollen Blickwinkel in eine qualitative Forschungsleistung einbringt, ist der Prozess zum Erkenntnisgewinn dennoch von Prozeduren, Reflexivität und Gütekriterien geprägt (Charmaz, [2006]/2014; Strübing,

22 Im Sinne einer konstruktivistischen Haltung wird der Begriff ‚Interview‘ in dieser Ph.D.-Thesis als Gespräch auf Augenhöhe zwischen zwei Menschen verstanden. Damit möchte der Autor eine möglicherweise entstehende hierarchische Beziehung zwischen Forscher*innen und Studienteilnehmer*innen bewusst reflektieren und somit vermeiden.

[2004]/2014). Anhand dieser wird eine Analyse für andere, nicht beteiligte Forscher*innen und Leser*innen zugänglich und nachvollziehbar.

Zusammenfassend ergänzend sich SI und Grounded-Theory-Methodologie als Methodologie zu jener theoretischen Perspektive, dass der subjektive Sinn einer Interaktion und deren Bedeutung in Bezug auf das zugrunde liegende gesellschaftliche Symbolsystem betrachtet wird. In diese Betrachtung fließen die eigene Subjektivität des Autors als Forscher sowie das Primat größtmöglicher Offenheit im gesamten Forschungsprozess ein. Weiterhin werden die methodischen Aspekte zum Nachvollzug, wie methodisch-geleitete Prozeduren, die Forderung nach Reflexivität sowie geeignete Gütekriterien näher dargestellt. Damit soll ein Überblick über das methodische und praktische Vorgehen innerhalb des Forschungsprozesses geschaffen werden.

10.2 Methodisches Vorgehen

Das Kapitel Methodisches Vorgehen beschreibt das praktisch angelegte Vorgehen in den unterschiedlichen Stadien des Forschungsprozesses. Letzterer ist generell iterativ und in den einzelnen Phasen aufeinander bezogen angelegt. Die einzelnen Aspekte der Unterkapitel greifen somit in ihrer Verortung und Dimension ineinander.

Weiterhin wird in diesem Rahmen auch die konstruktivistische GT nach Charmaz als Methode zur Datenerhebung und -analyse vorgestellt (Charmaz, [2006]/2014). Zunächst liegt der Fokus jedoch auf der Konzeption der durchgeführten Forschung und dem damit verbundenen Feldzugang.

10.2.1 Forschungsdesign

Fragestellung und Zielsetzung leiten über Methodologie und Methodik, wie ein bestimmtes Forschungsdesign geplant und gestaltet werden kann. Für die vorliegende Ph.D.-Thesis wurde eine qualitative, monozentrische und interviewgestützte Längsschnittstudie gewählt²³. Intention dieser Wahl ist es, die Erfahrungen und Erwartungen der befragten Menschen über die Datenerhebungsphase hinaus auch in ihrer Veränderung und Entwicklung im Sinne eines Prozesses zu betrachten. Die Gruppe dieser Personen wird nach Flick (2012) als Einzelfall benannt: *„Bei Fallstudien geht es um die genaue Beschreibung oder Rekonstruktion eines*

23 Ich möchte offen ansprechen, dass ich bei der anfänglichen Konzeption des Forschungsvorhabens eine qualitative Inhaltsanalyse als die passende Methodik angesehen habe. Sie wurde von mir jedoch vor Beginn des eigentlichen Forschungsprozesses zugunsten einer Grounded-Theory-Methodologie verworfen. Damit hat die ursprüngliche Konzeption keinen Einfluss auf die vorliegende Arbeit und soll hier keinen großen Raum einnehmen. Grundlage meines damaligen Umdenkens ist eine Tagung in Weingarten, der ich beiwohnte. In dieser hat Werner Schneider eine so überzeugende Kritik bezüglich einer fehlenden Hintergrundtheorie formuliert, die zumindest in meinem Verständnis bis heute nicht plausibel widerlegt werden konnte. Für eine tiefere Auseinandersetzung mit der Thematik verweise ich auf den Tagungsbericht ‚Qualitative Inhaltsanalyse – and beyond?‘ (Janssen et al., 2017) sowie auf die Artikel von Stamann et al. (2016) und Mayring (2019).

Einzelfalls (...). Zum Fall können Personen, eine Familie, eine Gemeinschaft oder eine Institution werden.“ (Flick, [1995]/2012, S. 177)

Bei der Betrachtung des Einzelfalls wird dieser nicht als konkreter Sonderfall betrachtet. Vielmehr trägt der Einzelfall durch sein Beispiel Eigenschaften in den Forschungsprozess, die das Forschungsproblem aufgreifen. In Verbindung mit den Prämissen der Längsschnittstudie bedeutet dies, dass die Eigenschaften des Einzelfalls zu mehreren Zeitpunkten im Forschungsprozesses zum Tragen kommen: Das erste Interview fand vor dem ersten Untersuchungstermin der Menschen in einer Praxis statt – lediglich die Terminvereinbarung erfolgte bereits durch die Menschen selbst auf telefonischer Basis mit der Praxis. Das zweite Gespräch folgte innerhalb eines Zeitraums von sechs bis neun Monaten nach dem Erstbesuch. Zum zweiten Zeitpunkt befanden sich die befragten Menschen planmäßig in laufender kardiologischer Betreuung und waren bis zum zweiten Gespräch zwischen einem und sechs Mal in der Praxis. Mit diesem Vorgehen lassen sich die mögliche Entwicklung des subjektiven Sinns, die mit der kardiologischen Betreuung verbundenen Interaktionen und deren Bedeutungen betrachten. Erwartungen und Erfahrungen der Menschen fließen so in unterschiedlicher Gewichtung in die beiden Erhebungszeitpunkte ein.

Generell entschied sich der Autor für die Betrachtung älterer Menschen ab 65 Jahren in der Herzpraxis aufgrund ihrer Erfahrungen und Interaktionen im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Diese können Aufschluss darüber geben, inwieweit ihre Erfahrungen und Erwartungen in Verbindung mit einer chronischen Herzerkrankung eine Herausforderung für die ambulante fachärztliche kardiologische Versorgung darstellen. Chronische Herzerkrankungen treten in dieser Lebensphase statistisch gesehen häufiger auf, sodass die Klientel der Herzpraxis oftmals von älteren Menschen ab 65 Jahren konsultiert wird. Für eine gezielte Betrachtung der verschiedenen Gesichtspunkte älterer Menschen ist ein gezieltes Sampling nötig, das im Rahmen des theoretischen Samplings in Kapitel 10.2.6 näher betrachtet wird.

10.2.2 Feldzugang

Der Autor ist in einer ärztlichen Praxis für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie beruflich tätig. Über diese Tätigkeit erhielt er Zugang zu den teilnehmenden Menschen, welche die Herzpraxis als Patient*innen konsultieren möchten. Bemühen sie sich um einen ersten Termin zur kardiologischen Untersuchung, erfragen die Mitarbeiter*innen im Allgemeinen standardisiert konkrete Eckdaten der Lebensbedingungen und Symptomatik. Im Rahmen dieses Vorgehens schulte er die zuständigen Mitarbeiter*innen hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien für potenzielle Teilnehmer*innen an der Studie. Das grundlegende Einschlusskriterium für die Teilnahme war das Lebensalter über 65 Jahre. Ausschlusskriterien

waren Notfall oder Akutsituationen, keine Deutschkenntnisse, schwere kognitive und/oder psychische Erkrankungen und/oder eine geistige Behinderung.

Es galt zu vermeiden, dass sich die Menschen zur Studienteilnahme genötigt fühlen, um einen Behandlungstermin zu erhalten. Deshalb wurden die in Frage kommenden Personen nach erfolgter Terminvergabe von den geschulten Mitarbeiter*innen gefragt, ob sie zur Information bezüglich einer Ph.D.-Studie vom Autor angerufen werden dürfen. Willigten sie in diesen Anruf ein, kontaktierte der Autor sie telefonisch, um ihnen zunächst mündlich sein Forschungsthema zu präsentieren. In diesem Vorgespräch wurden auch die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme nochmals überprüft. Die Menschen wurden gebeten, sich und ihre Rahmenbedingungen kurz vorzustellen. Dies geschah im Hinblick auf das theoretische Sampling (vgl. Kapitel 10.2.6). Bei Interesse an einer Teilnahme erhielten sie im Anschluss die schriftliche Studieninformation und die Unterlagen zur informierten Einwilligung (vgl. Anhang 6). Insgesamt wurden 34 Vorgespräche geführt, 14 Personen erklärten sich zur Teilnahme bereit.

Für das Gespräch zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurde im Anschluss an das Erstgespräch ein Termin vereinbart. Dieser wurde einige Zeit vor dem Gespräch von beiden Seiten nochmals bestätigt, um die Menschen an das Gespräch zu erinnern und das weitere Einverständnis (ongoing consent) auch im Verlauf zu sichern.

10.2.3 Forschungsethik

Bevor der Autor mit der Phase der Datenerhebung begann, ersuchte und erhielt er ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München (vgl. Anhang 5).

Die befragten Menschen sind als Patient*innen durch ein hierarchisch geprägtes Abhängigkeitsverhältnis bezüglich gesundheitlicher und struktureller Informationen eine vulnerable Gruppe. Zum Schutz der potenziellen Teilnehmer*innen wurden die vorliegenden Ein- und Ausschlusskriterien eines Menschen vor dessen Einschluss in die Studie vom Autor nochmals überprüft. Auch im Prozess der Längsschnittstudie wurde wiederholt geprüft, ob die Teilnehmer*innen an ihrem anfangs erteilten Informed Consent festhielten und ob sie in Bezug auf ihr Alter oder ihre Erkrankungen weiterhin einwilligungsfähig waren. Zur Einschätzung des Ongoing Consents wurden in einigen Fällen auch die Angehörigen der zu befragenden Menschen adressiert (Schnell & Dunger, [2006]/2018). Zogen Personen zum Zeitpunkt des zweiten Interviews ihre Einwilligung zurück oder waren aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht mehr zu einem Gespräch in der Lage, fand kein weiteres Interview statt. In solchen Fällen wurde die Ablehnung innerhalb des Datenmanagements erfasst (vgl. Kapitel 10.2.4). Die Datenerhebung fiel teilweise in die Phase der Covid-19-Pandemie. Zum Schutz der Teilnehmer*innen wurden während der Phasen der Kontaktbeschränkungen keine

Interviews geführt und die jeweils geltenden Schutzkonzepte in Phasen niedriger Krankheitsinzidenzen beachtet.

Auch die Gesprächssituationen selbst wurden forschungsethisch reflektiert: Der Autor trat zum einen als Wissenschaftler auf, der eine Ph.D.-Thesis im eigenen Interesse anfertigte und dafür Daten erhob. Zum anderen war er in der Herzpraxis als Mitarbeiter anzutreffen und damit Teil der untersuchten Interaktionen. Aus diesem Grund war es essenziell, den befragten Menschen die Trennung der wissenschaftlichen und beruflichen Tätigkeit zu vermitteln und für Sicherheit zu sorgen: Aussagen der Gesprächspartner*innen über praxisinterne Interaktionen und Abläufe beeinflussten zu keinem Zeitpunkt die Qualität oder das Ausmaß der kardiologischen Betreuung – Gesprächsinhalte der Interviews wurden vom Autor vertraulich gehalten. Auch die jeweiligen Behandlungsakten der Teilnehmer*innen enthielten keinen Hinweis auf eine Teilnahme an der Studie, sodass die Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen der Praxis davon keine Kenntnis hatten. Der Aspekt des möglichen Ausscheidens im Verlauf aus persönlichen Gründen wurde den Teilnehmer*innen immer wieder vermittelt. Dadurch sollte ein etwaiges Verpflichtungsgefühl bei gleichzeitiger Ablehnung des zweiten Interviews vonseiten der Teilnehmer*innen adressiert und den Implikationen des Ongoing Consents Raum verschafft werden. Mit den beschriebenen Maßnahmen wurde ein forschungsethisch verantwortungsvolles Handeln im Forschungsprozess mit den befragten Menschen fundiert. Ein hierarchisches Verhältnis zwischen Autor und Gesprächspartner*innen konnte jedoch nicht in Gänze aufgelöst werden, sodass an dieser Stelle unklar ist, inwieweit dies Auswirkungen auf den Forschungsprozess und die Menschen selbst hatte.

Der forschungsethisch relevante Ablauf der Datenerhebung gestaltete sich nach Unterzeichnung des Informed Consents wie folgt: Die Teilnehmer*innen erstellten nach einem allgemeinen Schema (vgl. Anhang 7) ein Pseudonym, mit dem der Vorab-Fragebogen sowie das Transkript beschriftet wurden. Zudem trugen die Teilnehmenden Vor- und Nachname, Adresse sowie Telefonnummer in ein Kontaktformular ein, um die Organisation der zweiten Interviews zu ermöglichen. Die Kontaktformulare und Teilnahmeerklärungen wurden passwortgeschützt an unterschiedlichen, nur dem Autor bekannten Orten aufbewahrt.

Die anschließenden Gespräche wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zur Vermeidung einer unbemerkten Datenweitergabe kamen keine Apps zum Einsatz. Nach dem Interview wurde die durch das Aufnahmegerät erstellte Tondatei vom Autor abgetippt und anschließend gelöscht. Die Abschrift wurde anonymisiert und unter Beachtung des Datenschutzes elektronisch gespeichert. Daran anschließend wurde das Transkript im Laufe des Forschungsprozesses ausgewertet. Nach Vorliegen einer theoretischen Sättigung und der Beendigung der Datenanalyse wurden die Klarnamen und Kontaktdaten datenschutzrechtlich

korrekt vernichtet. Die in dieser Ph.D.-Thesis genannten Namen und Orte, Berufe und Altersangaben innerhalb der Interviews sind anonymisiert.

Die Transkripte werden nach Beendigung der Ph.D.-Thesis datenschutzkonform vernichtet, die Teilnahmeerklärungen werden gemäß den Datenschutzbestimmungen der DS-GVO (DS-GVO, 2016) für zehn Jahre aufbewahrt und anschließend vernichtet.

10.2.4 Datenmanagement

Bereits aus der Forschungsethik heraus bestehen Anforderungen an das Datenmanagement, die sich insbesondere auf Aspekte des Datenschutzes nach der DS-GVO (DS-GVO, 2016) beziehen. Daten müssen demnach korrekt erhoben, verarbeitet, geschützt und vernichtet werden. Zur Absicherung gegen technische Ausfälle wurden die Daten auf einer externen und verschlüsselten Festplatte gesichert. Für die weitere, eigene Strukturierung und zur Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses kamen unterschiedliche Hilfsmittel zum Einsatz, die nachfolgend beschrieben werden.

Die Software Citavi® 6 der Swiss Academic Software GmbH diene der Verwaltung sämtlicher Literatur im Forschungsprozess und ermöglichte somit eine transparente Quellennutzung. Bezüglich der Erfassung der Teilnehmer*innen- und Interviewdaten entschied sich der Autor für die Nutzung von MaxQDA® Plus 2020 der VERBI GmbH Berlin. Mit dieser Software wurden Audiodateien transkribiert, die Transkripte kodiert, sortiert und Memos angefertigt. Darüber hinaus lässt sich damit ein Kodierparadigma (vgl. Anhang 13) erzeugen, das die analysierten Daten nach Wunsch anordnet. Sämtliche Daten betreffend die Teilnehmer*innen und Interviews lassen sich mit MaxQDA® speichern, verwalten und weiterverarbeiten. Innerhalb der Analyse und Darstellung der Ergebnisse der Gespräche mit den Gesprächspartner*innen wurden Gesprächsauszüge genutzt, die wie folgt dargestellt werden:

*Dies ist ein Beispielzitat. – Pseudonym der Person, Angabe des ersten
oder zweiten Gesprächs, Position als Zeilennummer im Transkript*

Die Transkripte wurden zur Nachvollziehbarkeit und Einheitlichkeit nach den inhaltlich-
semantischen Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl [2011]/2018) erstellt²⁴. Die Regeln
sind im Anhang 12 zu finden. Diese Regeln wurden genutzt, da der Fokus der Interviews
primär auf dem gesprochenen Wort lag: Fand darüber hinaus nonverbale Kommunikation
zwischen den Gesprächspartner*innen statt, welche für die Interpretation unabdingbar ist,

24 Die Transkriptionsregeln wurden für die Arbeit leicht adaptiert. So wurde in Regel 9 das Pausenzeichen '(...)' durch '{...}' ersetzt, um nicht mit dem Zitationsstil der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg in Konflikt zu geraten.

wurde dies im begleitenden Memo zum Gespräch festgehalten. Somit konnte dies ebenfalls in die Interpretation des Transkripts eingehen.

10.2.5 Datenerhebung

Am Tag des erstmaligen Untersuchungstermins empfing der Auto die befragten Menschen an einem separaten Eingangsbereich der Praxis. Damit sollte gewährleistet werden, dass sie vor dem Erstgespräch keinen Eindruck vom eigentlichen Praxisablauf erhalten konnten. Nach dem Gespräch wurden die Menschen durch diesen Eingang wieder hinausbegleitet und für ihren Behandlungstermin zur eigentlichen Anmeldung innerhalb der Praxis gebracht. Als Alternative zu diesem Vorgehen wurde den Gesprächspartner*innen grundsätzlich angeboten, das Gespräch bei ihnen zuhause oder an einem neutralen Ort zu führen. Dies wurde jedoch von keinem der Menschen in Anspruch genommen.

Die Gespräche wurden als problemzentrierte Interviews nach Witzel (2000) geführt. Problemzentrierte Interviews setzen einen Fokus auf subjektive Sichtweisen und individuelle Handlungen der Teilnehmer*innen. Sie knüpfen insofern an die Prämissen der konstruktivistischen GT (Charmaz, [2006]/2014) an, als hier das Vorwissen zur Erarbeitung von Frage-Ideen zur Anwendung kommt. Die in der Methodologie angesprochene Offenheit wiederum zeigt sich vor allem im aktiven Zuhören und dem Anstoßen von Narrationen der befragten Menschen. Im Verlauf des Interviews werden die Nachfragen des Forschers immer stärker auf das Forschungsproblem bezogen – hierin zeigt sich die Problemzentrierung. Weiterhin gelten problemzentrierte Interviews als gegenstands- und prozessorientiert. Das bedeutet, dass sie sich methodisch dem Forschungsgegenstand anpassen und beispielsweise genauso innerhalb einer Gruppendiskussion zur Anwendung kommen können. Auch die Prozessorientierung passt zur Offenheit und Gegenstandsorientierung, indem das gesamte Interview als prozessuales Gespräch gesehen wird – in Abgrenzung zu isolierten Frage-Antwort-Gesprächen. Wird das Gespräch als Prozess wahrgenommen, ergeben sich Wiederholungen, Widersprüchlichkeiten, Spezifizierungen innerhalb des Gesagten und damit auch Ansätze für die Teilnehmer*innen und den Forscher, an spezifischen Stellen nachzufragen, um Missverständnisse zu vermeiden (Witzel, 2000).

Innerhalb der Durchführung eines problemzentrierten Interviews kommt außerdem zur Anwendung: ein Kurzfragebogen zu den sozialen und/oder biografischen Merkmalen der Teilnehmerinnen; eine Tonträgeraufzeichnung, wie vom Autor in Kapitel 10.2.3 beschrieben wurde; ein Leitfaden, welcher sich in Verbindung mit der Methode der GT als veränderlich zeigt; und Postskripte (Witzel, 2000). Postskripte dienen zur Erfassung von Gesprächsatmosphären, weiteren Ideen und Anmerkungen. Sie können innerhalb der GT auch als Memo verstanden werden, welches das theoretische Sampling leitet und informiert. Nach jedem Gespräch wurde ein Memo geschrieben, das zur Reflexion des Besprochenen

diente. Dazu gehörte auch die Erfassung und Beschreibung von Stimmungen und Atmosphären innerhalb des Gesprächs. Auf den Einsatz von Memos allgemein wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit eingegangen.

Grundsätzlich wurde für das problemzentrierte Interview ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt (vgl. Anhang 9 und Anhang 10). Am Anfang des Interviews steht eine erzählgenerierende Einstiegsfrage. Diese ist offengehalten und dient dazu, dass die Teilnehmer*innen ins Erzählen finden. Je nach Dynamik des Gesprächs können einzelne Themenbereiche und Punkte nachgefragt werden. Zudem dient der Leitfaden dazu, selbst die Orientierung im Gespräch zu behalten und keinen Aspekt zu vergessen. Der halbstrukturierte Interviewleitfaden wurde auf Basis von Helfferich [2004]/(2011) entwickelt. Zudem basiert der vorgeschaltete Fragebogen auf einer klassischen medizinischen Anamnese, soziodemografischen Punkten und Fragen zur allgemeinen medizinischen Versorgung. Der Interviewleitfaden fußt auf dem Vorwissen und den Präkonzepten des Autors, die bereits im theoretischen Teil dargestellt wurden. Zudem wurde er supervidiert durch zwei pflegerische und zwei medizinische Fachkräfte, drei Teilnehmer*innen der Interpretationsgruppe sowie zwei ältere und kardial erkrankte Menschen aus dem persönlichen Umfeld des Autors. Anschließend wurde mit zwei Personen ähnlicher Konstitution wie die späteren Teilnehmer*innen aus dem Lebensumfeld des Autors ein Pretest bezüglich der Verständlichkeit und Handhabbarkeit des Leitfadens durchgeführt. Danach folgte eine Überarbeitungsphase und ein erneuter Pretest mit zwei weiteren Personen, bevor die finale Version des Leitfadens festgelegt wurde. Im Forschungsprozess diente der strukturierte Leitfaden immer als Basis für die Gespräche. Gleichzeitig wurden neue Ideen, Hypothesen, Konzepte und Fragen und Fokussierungen in die aufeinander folgenden Interviews im Sinne des theoretischen Samplings einbezogen, um das Konzept und die Kategorien stetig weiterzuentwickeln. Dieser Prozess wurde durch das Schreiben von Memos unterstützt, in denen aufkommende Ideen während der Datenerhebung und -auswertung festgehalten wurden.

Die Datenerhebung erstreckte sich im Zeitraum von Juni 2019 bis Dezember 2021. Durch das longitudinale Design und das theoretische Sampling überlappten sich die jeweiligen Gesprächsintervalle mit den Teilnehmer*innen. Somit wurden teilweise Erst- und Zweitgespräche parallel geführt. Das erste Gespräch orientierte sich an der jeweils aktuellen Entwicklung des Leitfadens entlang des theoretischen Samplings (vgl. Kapitel 10.2.6). Demgegenüber strebte das zweite Gespräch einen Rückblick auf die bisher erlebte und eine Einschätzung der gegenwärtigen Versorgung durch die Teilnehmer*innen an. Das bedeutet, dass sich der Autor an den Inhalten des ersten Gesprächs orientierte und die Menschen im Interview nach der Bedeutung der bisher erlebten Interaktionen und Behandlungen befragte. Insgesamt führte der Autor im gesamten Zeitraum der Datenerhebung 24 Interviews mit 14

Menschen. Davon fielen 14 Interviews auf die ersten Gespräche und 10 Interviews auf die zweiten Gespräche. Vier der 14 Menschen konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht mehr am zweiten Interview teilnehmen: Eine Teilnehmerin verstarb während des Studienzeitraums, zwei weitere konnten wegen ihres mittlerweile schlechten Gesundheitszustands nicht mehr teilnehmen, ein letzter Teilnehmer sagte den Termin für das zweite Gespräch im Verlauf ab und war nicht mehr erreichbar.

10.2.6 Das theoretische Sampling

Die Einzelfallstudie des Autors erforderte ein gezieltes Sampling, welchem mit dem theoretischen Sampling der konstruktivistischen GT Rechnung getragen wird. Theoretisches Sampling beschreibt „(...) *den auf die Generierung von Theorien zielenden Prozess der Datenerhebung, währenddessen der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächste erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind.*“ (Glaser & Strauss, [1998]/2010, S. 61)

Im Rahmen der telefonischen Vorstellung der Ph.D.-Studie erfragte der Autor bereits einige Eckdaten der Menschen: Dazu gehören neben deren Alter, Familienstand, Beruf und Versicherungsstatus auch momentane Symptome der Herzerkrankung und ob sie sich erstmalig kardiologisch untersuchen lassen oder die fachärztliche Praxis wechseln. Auf Grundlage dieser Informationen fiel zu Beginn die Entscheidung auf vier Menschen, mit denen das erste Interview geführt wurde: Diese vier Personen waren Vertreter*innen jeweils einer Altersspanne und zwei Geschlechtern, wie Tabelle 5 aufzeigt.

Name der Person	Altersspanne	Geschlecht
Herr Götz	65–69 Jahre	männlich
Herr Schneider	70–74 Jahre	männlich
Frau Süß	75–79 Jahre	weiblich
Frau Müller	>85 Jahre	weiblich

Tabelle 5: Start des theoretischen Samplings, erstes Set

Diese ersten Interviews sollten einen ersten Eindruck von den Erfahrungen und Erwartungen der Menschen unterschiedlichen Geschlechts und unterschiedlicher Altersklassen vermitteln. Die Auswahl berücksichtigt die geschlechts- und altersspezifischen Unterschiede bezüglich Morbidität und Mortalität der Herzerkrankungen sowie eine mögliche, zunehmende Pflegebedürftigkeit im Alter. Das erste Set des theoretischen Samplings gründet damit auf den Erkenntnissen des theoretischen Rahmens (s. insbesondere Kapitel 4.2 und 4.3). Aufbauend auf den in der Analyse gewonnenen Aspekten wurden dann weitere Menschen für Interviews ausgewählt, die für die jeweilige Phase der Theoriegewinnung fruchtbar erschienen. Die Kriterien zur Auswahl der Menschen bezogen sich auf inhaltliche Informationen aus dem telefonischen Vorgespräch und im Prozess auf komparative und kontrastierende Daten. So

verdichteten sich das theoretische Konzept und die damit verbundenen Kategorien schrittweise und nachvollziehbar. Tabelle 6 zeigt auf der nächsten Seite auf, welche Informationen die Teilnehmer*innen bereits am Telefon gaben, die im theoretischen Sampling auswahlleitend erschienen.

Start theoretisches Sampling		
Name der Person	Altersspanne	Geschlecht
Herr Götz	65–69 Jahre	männlich
Herr Schneider	70–74 Jahre	männlich
Frau Süß	75–79 Jahre	weiblich
Frau Müller	>85 Jahre	weiblich
Memos informieren den Leitfaden		
Name der Person	Merkmale	Themen
Frau Schmidt	verwitwet, alleinlebend	Rahmenbedingungen der Menschen, Familie, Aufgaben
Herr Koch	verheiratet	
Frau Becker	subjektive starke familiäre und berufliche Belastung	
Frau Wolke	pflegende Angehörige	
Memos informieren den Leitfaden		
Name der Person	Merkmale	Themen
Frau Stecher	akute und chronische Phasen	Formen von Erkrankungen, Auswirkungen und Umgang damit
Frau Weber	verschiedene Behandler*innen	
Herr Maier	keine Beschwerden, wurde vom Hausarzt geschickt	
Memos informieren den Leitfaden		
Name der Person	Merkmale	Themen
Frau Fischer	Beruf im Gesundheitswesen, multiple Erkrankungen	Strukturelle Versorgung im Gesundheitswesen
Frau Rudolf	Wechsel der kardiologischen Praxis	
Ausarbeitung theoretisches Konzept		
Name der Person	Merkmale	Themen
Herr Rot	Privatversicherung, Führungskraft	Strukturelle Versorgung, Validierung des theoretischen Konzepts
Ende theoretisches Sampling		

Tabelle 6: Fortgang des theoretischen Samplings

Zuletzt wurde mit Herrn Rot ein zweizeitiges Gespräch geführt, um die theoretische Sättigung zu überprüfen. Er wurde befragt, weil er als ehemalige Führungskraft und privatversicherter Mensch einen weiteren Aspekt zu strukturellen Fragen des Gesundheitswesens einbringen konnte. Abgesehen von der abweichenden Perspektive seiner Erfahrungen deckten sich die

Aussagen mit jenen der bisherigen Interviews. Damit war nach insgesamt 24 Interviews eine theoretische Sättigung erreicht. Die Interviews dauerten zwischen 14 und 68 Minuten.

10.2.7 Datenanalyse

Die Interviewtranskripte wurden im Zuge der Analyse mit der konstruktivistischen GT nach Charmaz [2006]/2014) unter Einbezug des paradigmatischen Modells von Corbin und Strauss [1990]/2008) bearbeitet. Zur Einordnung dieser Methode wird im Folgenden kurz auf deren geschichtlichen Hintergrund eingegangen.

Die Methode der GT wurde ursprünglich im Jahr 1967 von Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt. Sie galt damals als neuartige und revolutionäre Forschungsmethode – insbesondere um Theorien zu entwickeln, die ihr Fundament in empirisch gewonnenen Daten hatten (Glaser & Strauss, [1998]/2010). Aufgrund unterschiedlicher methodologischer und infolgedessen methodischer Ansichten kam es jedoch im Verlauf zu einem Zerwürfnis zwischen Glaser und Strauss – beide entwickelten ihre eigene Auffassung der GT mit Student*innen weiter und veröffentlichten einige Publikationen darüber. So existieren mittlerweile zwei unterschiedliche methodologische und methodische Grundformen der Methodik (Glaser, 1992; Strauss & Corbin, 1996). Durch die wissenschaftliche Entwicklung ihrer Co-Autor*innen und Student*innen entstanden Weiterentwicklungen der GT mit neuen Aspekten und Bezugnahmen (Charmaz, [2006]/2014; Clarke, 2005; Corbin & Strauss, [1990]/2008). Grundsätzlich orientieren sich alle Versionen der GT an ähnlichem ‚Handwerkszeug‘. Zur Reduktion der Komplexität zahlreicher empirischer Daten werden unterschiedliche Kodierprozeduren angewandt. Corbin & Strauss sprechen dabei von offenem, axialem und selektivem Kodieren, Charmaz nennt sie initial und focused coding. Weiterhin werden in allen Versionen Memos erstellt, um die Analyse der theoretischen Konzepte voranzutreiben.

Die anfängliche Kodierarbeit des Initial Codings bezieht sich darauf, die bekannten Sinnzusammenhänge des Gesagten Zeile für Zeile oder Wort für Wort ‚aufzubrechen‘. Ziel ist es, zunächst einen breiteren und interpretativen Zugang zu den Inhalten zu generieren und mit den Codes theoretische Konzepte des empirischen Materials zu entwickeln. Dieser Prozess wird eng begleitet von der Erstellung unterschiedlicher Arten von Memos. Während die Begründer Glaser und Strauss noch verschiedene Formen von Memos als field notes, code notes und theoretical notes beschrieben (Glaser & Strauss, [1998]/2010), werden diese weder von Charmaz noch von Corbin und Strauss weiter unterteilt. Innerhalb der Memos werden diese theoretischen Konzepte festgehalten und weiter ausgearbeitet. Sie dienen damit auch als formulierte Ad-hoc-Hypothesen, die von den Forscher*innen innerhalb des theoretischen Samplings für einen bestimmten Zeitraum mitgeführt, weiter ausgearbeitet oder wieder verworfen werden. Durch dieses Procedere entsteht eine Hierarchie in den Codes, die zur

Formulierung von Kategorien und Subkategorien führt. Mithilfe des Focused Codings werden diese in ihren Eigenschaften fassbar und dimensioniert. Durch die weitergehende Arbeit mit Kategorien und Memos können im Verlauf auch eine oder mehrere Kernkategorien erarbeitet werden, die letztlich durch eine analytische Aussage in der Lage dazu sind, alle Kategorien mit einem Bezug zur Kernkategorie in das theoretische Konzept einzubinden. Fortlaufend wurde in dieser Arbeit mithilfe des Focused Codings und der Memos gearbeitet, um die Kategorien in ihren Eigenschaften zu fassen und die Kernkategorie zu erarbeiten.

Unter den Vertreter*innen der GT gibt es unterschiedliche Herangehensweisen, um diesen Prozess zur Erarbeitung der Kernkategorie(n) zu gestalten. Charmaz befürwortet die manuelle Sortierung und Analyse der Memos und stellt unterschiedliche Fragen an die Daten, um zur theoretischen Verdichtung zu gelangen (Charmaz, [2006]/2014). Denkbar ist für diesen Analyseschritt auch der Einbezug von Maps (Clarke, 2005) im Sinne einer Mindmap mit bestimmter analytischer Ausrichtung. In der vorliegenden Arbeit wurde für diesen Prozess hingegen das paradigmatische Modell von Corbin und Strauss [1990]/2008) genutzt. Dieses Modell fungiert als eine Art Schablone und stellt Fragen an die Daten, um die Verknüpfung und Bezugnahme der einzelnen verbleibenden theoretischen Konzepte zu erarbeiten. Dabei werden die Perspektiven der Ursachen, Kontexte, intervenierenden Bedingungen, Handlungen und Konsequenzen eines Phänomens in den Daten adressiert. Das daraus entstandene Kodierparadigma ist als Anhang 13 einzusehen. Als grafische Aufbereitung der einzelnen Kategorienbezüge zur Kernkategorie ist das Paradigma gut dazu geeignet, um die Kodierarbeit nachvollziehbar und transparent zu gestalten.

Der Forschungsprozess wurde mit einer konstruktivistischen Haltung durchgeführt. Innerhalb der Datenanalyse besuchte der Autor Interpretationsgruppen, um einen zu engen Blickwinkel bei der Auswertung zu vermeiden. Außerdem wurde ein Forschungstagebuch geführt: Breuer et al. (2011) beschreiben das Forschungstagebuch als unverzichtbaren Begleiter von Beginn eines Forschungsprozesses an. Im Forschungstagebuch werden alle Ereignisse, Gedanken, Träume, Wünsche und Emotionen im Zusammenhang mit dem Forschungsprozess festgehalten. Es ist ein intimes Dokument, für das keine sprachlichen und/oder sozialen Konventionen gelten – und die Leseberechtigung gilt allein für den Autor des Tagebuchs. Durch das engmaschige Schreiben im Forschungstagebuch soll ein niedrigschwelliger Einstieg in den Schreibprozess gelingen. Weitere Funktionen des Tagebuchs sind:

- Startsignal und -motivation zu Beginn des Forschungsprozesses, tägliches Schreiben als Hilfe zum ‚Dabeibleiben‘
- Erinnerungshilfe und Chronik des Forschungsprozesses, der eigenen Gedanken
- Ventil für Emotionen, Strukturierung unterschiedlicher Gedanken und Ansätze
- Reflexion der eigenen Person und der eigenen Entwicklung im Prozess

- Ort, an dem Memos gesammelt und analysiert werden (Breuer et al., 2011).

Das Forschungstagebuch des Autors enthält Präkonzepte, Ad-hoc-Hypothesen und Memos hinsichtlich des Verlaufs der Auswertung. Es diente in Phasen der Gesprächsführung und Transkription als Rückblick, in Phasen der Auswertung als Hinweisgeber für das theoretische Sampling. Im Forschungstagebuch wurden unterschiedliche Rollen des Autors, Rückmeldungen der Menschen, erlebte Irritationen und damit verbundene Interpretationen zu Emotionen notiert, sodass eine Distanzierung von zeitweise dominanten Eindrücken möglich war.

10.2.8 Geltungsbegründungen

Um jeden Forschungsprozess kritisch zu evaluieren, ist eine Begründung für die Geltung auszuwählen. Ferner müssen die Stärken und Schwächen der Forschung in Bezug auf dieses Kriterium angesprochen und diskutiert werden. Einige Kriterien der Geltungsbegründungen ergeben sich bereits aus den methodologischen Ansätzen, wie sie in Kapitel 10.1 beschrieben wurden. Dazu zählen die sensitizing concepts des SI, welche den Umgang mit Vorwissen und eigenen Prägungen beschreiben (Blumer, 1969). Auch die Implikationen zur Subjektivität und Reflexivität, hergeleitet aus Epistemologie und der konstruktivistischen GT als Forschungsstil, finden sich beispielsweise im Schreiben unterschiedlicher Memos und im Forschungstagebuch wieder (Breuer et al., 2011; Charmaz, [2006]/2014). Demzufolge sind bereits einige Gütekriterien qualitativer Forschung in der Anwendung des Forschungsprozesses und der Methode nachweisbar. Weiterhin werden in dieser Arbeit jedoch auch die Gütekriterien von Strübing et al. (2018) genutzt, um den Forschungsprozess sowie die gesamte Ph.D.-Thesis auch methodenfern abstrahieren zu können. Diese belaufen sich auf die Kriterien Gegenstandsangemessenheit, Empirische Sättigung, Theoretische Durchdringung, Textuelle Performanz und Originalität und werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Gegenstandsangemessenheit

Gegenstandsangemessenheit beschreibt die Fähigkeit, den Gegenstand der Forschung mit seinen jeweiligen Charakteristika dynamisch abbilden zu können. Dazu sollen einerseits die epistemologische Fundierung und die methodologische und methodische Ausgestaltung des Forschungsdesigns berücksichtigt werden. Andererseits ist die Anpassung der Forscher*innen an Erkenntnisse im Rahmen der Auswertung oder an Erfordernisse des Gegenstands einzubeziehen. Das bedeutet, dass der Forschungsprozess methodisch gesteuert und gleichzeitig dynamisch nachvollziehbar sein soll. Gegenstand und Fragestellung bestimmen, welche Erhebungs- und Auswertungsmethoden für die Forschung im beschriebenen Sinne geeignet sind.

Empirische Sättigung

Die empirische Sättigung beschreibt, inwieweit Forscher*innen in der Lage sind, Daten im Forschungsfeld zu erheben und diese zu einer gesättigten Basis auszuwerten. Für die Erhebung zählt demnach, welcher Zugang ins Forschungsfeld besteht und ob ein Vertrauensverhältnis innerhalb der Datenerhebung zustande kommt. Dies ist wichtig, weil Forscher*innen dann die Möglichkeit haben, verborgene, tabuisierte oder sonstige private Informationen zu erhalten, die sonst nicht an die Öffentlichkeit kommen. Auch der mögliche Einbezug von sogenannten Gatekeepern kann einen solchen Zugang zum Forschungsfeld ermöglichen und bestimmt in vielen Bereichen, ob Forscher*innen bestimmte Einrichtungen überhaupt erst betreten dürfen. Weiterhin beschreibt das Kriterium der empirischen Sättigung, ob es gelingt, analysierte Daten an unterschiedlichen Stellen im Datenmaterial so zu verankern, dass eine solide Datenanalyse nachvollziehbar wird. Grundsätzlich bezweckt die Methode der GT das Erreichen einer empirischen Sättigung, indem das theoretische Sampling, das kontinuierliche Vergleichen und die verschiedenen Kodierprozeduren die Daten bis zur Sättigung auf unterschiedliche Weise befragen und informieren.

Theoretische Durchdringung

Ergänzt wird die empirische Sättigung durch die theoretische Durchdringung. Sie dient dazu, im Vorfeld der durchgeführten Feldforschung einen theoretischen Korpus an Vorwissen zu erarbeiten. Damit ist es möglich, die geplante Feldforschung auf theoretisch ausgereifte Bezüge zu stellen, indem bereits in diesem Stadium die Gegenstandsangemessenheit verfolgt wird. Die theoretischen Bezüge erweisen sich als passfähig zu den strukturellen und epistemologischen Erfordernissen des Gegenstands. Empirische Bezüge verbleiben nicht als singuläre Erkenntnisse, sondern werden in der weiteren Analyse mithilfe der zuvor recherchierten Literatur unter Einbezug der späteren Anwendungsfelder für weitere Forschung zugänglich gemacht. Damit werden analytisch neue und ergänzende Fragestellungen erarbeitet und die durchgeführte Forschung auf eine umrissene Diskussionsgrundlage gestellt.

Textuelle Performanz

Die textuelle Performanz beschreibt als Kriterium, wie im Forschungsprozess unterschiedliche Rollen der Forscher*innen thematisiert werden. Mit diesen Rollen sind verschiedene, teilweise widersprüchliche Aufgaben verbunden, die den Forschungsprozess beeinflussen. So sind Forscher*innen als Privatpersonen mit subjektiven Annahmen vollwertige und beeinflussende Gegenüber in der Datenerhebung und -auswertung. Im weiteren Verlauf der Verschriftlichung agieren sie jedoch als Autor*innen und übernehmen in diesem Sinne Verantwortung: Sie müssen Entscheidungen treffen, wie die Komplexität des Materials so reduziert wird, dass Außenstehende es nachvollziehen können. Die verschriftlichten Daten werden außerdem

durch Belege aus dem Datenkorpus ergänzt und in einem bestimmten Licht oder Tonfall beschrieben. In diesem Prozess gilt es, die an der Forschung teilnehmenden Subjekte zu würdigen und sie nicht bewusst oder unbewusst zu verunglimpfen. Auch eine strukturelle Anforderung ist mit dem Kriterium der textuellen Performanz verbunden. Die Leser*innenschaft muss von der durchgeführten Forschung und ihren Ergebnissen überzeugt werden. Dabei ist zu bedenken, dass diese nicht nur aus Angehörigen der eigenen wissenschaftlichen Profession besteht, sondern auch aus Menschen anderer Professionen oder wissenschaftlichen Laien. Insofern gilt es, den Text für alle Interessierten entsprechend zu gestalten. Dazu gehört beispielsweise die Erläuterung von Fachbegriffen oder die Nennung spezifischer Rollen, die für das Textverständnis wichtig werden.

Originalität

Das Kriterium der Originalität bemisst sich einerseits am Forschungsstand, welcher im Vorfeld der Feldforschung erarbeitet wird. Andererseits existieren ergänzend zum Forschungsstand gesellschaftlich relevante Wissensbestände des Common Sense – implizites Wissen, über das die Mitglieder einer Gesellschaft sozusagen selbstverständlich verfügen –, sowie das Wissen der Angehörigen innerhalb der Forschungsdisziplin. Dies betrifft die Wissenschaftler*innen, aber auch die Praktiker*innen und schließt die Art und Weise ein, mit der über ein Thema gesprochen wird. Der durchgeführte Forschungsprozess orientiert sich zu Beginn an diesen vielfältigen Wissensbeständen und greift diese zur Sicherstellung der Gegenstandsangemessenheit auf. Im Prozess der Forschung und im Rahmen der Evaluierung dieses Kriteriums wird relevant, inwieweit sich die erarbeiteten Erkenntnisse an den Common Sense, den Diskurs innerhalb der Disziplin und an den Forschungsstand anschließen lassen. Erst in der Zusammenschau dieser vier Elemente kann eine Aussage zur Originalität der Forschung gemacht werden (Strübing et al., 2018).

Dieses Kapitel stellte die epistemologischen, methodologischen und methodischen Zugänge zur Forschung dar und lieferte insofern einen Beitrag zur Verzahnung der Aspekte von Theorie, Methode und Empirie. Im weiteren Verlauf werden die empirischen Ergebnisse vorgestellt. Zur Darstellung der konstruktivistischen Haltung wechselt die Benennung des Autors in den nachfolgenden Kapiteln von „Autor“ zu „ich“ und die Aspekte werden in der ersten Person Singular beschrieben. Dies symbolisiert einen Forschungsprozess und Gespräche von Mensch zu Mensch.

11 Analytische Kapitel

Das folgende Kapitel stellt die teilnehmenden Menschen mit ihren Lebenswegen und Erfahrungen hinsichtlich der Herzerkrankung vor. Zudem werden die Rahmenbedingungen, in denen sie leben, aufgezeigt. Zunächst stelle ich mich als Gesprächspartner dieser Menschen vor, um einen Eindruck über meine eigene Prägung, mein Vorwissen und meine Intention zu dieser Forschungsarbeit zu vermitteln.

11.1 Ich als Gesprächspartner

Den Annahmen einer konstruktivistisch geprägten Epistemologie folgend, halte ich es für notwendig, mich selbst vorzustellen und aufzuzeigen, welchen persönlichen Hintergrund ich in meine Interpretationen einbringe und wie dieser Hintergrund mein Verständnis dieser Ph.D.-Thesis prägt: „*Different ways of viewing the world shape different ways of researching the world.*“ (Crotty, 1998, S. 66)

Als Gesundheits- und Krankenpfleger bin ich seit 13 Jahren hauptberuflich in einer Herzpraxis tätig. In dieser Zeit habe ich Entwicklungen dieses Settings und meiner selbst erlebt, die sich für mich in drei Säulen aufzeigen.

Die erste Säule ist die berufliche Tätigkeit an sich. Gemäß der im Setting üblichen Ausdrucksweise arbeitete ich zu Beginn meiner Tätigkeit in erster Linie ‚direkt an den Patient*innen‘ in der Versorgung mit. „An den Patient*innen“, „das Echo in Zimmer 3“ oder ähnliche Aussagen erzeugen einen Eindruck davon, wie ich die Arbeit nach meiner Ausbildung in unterschiedlichen Pflege- und Versorgungssettings kennengelernt habe. Es erfordert Reflexion und den Mut, weiter zu gehen, um sich davon zu lösen. Dies geschah im Lauf meiner Entwicklung und wird nachfolgend weiter beschrieben. In der Herzpraxis selbst veränderte sich mein Aufgabenspektrum zunehmend in Richtung einer Management- und Organisationstätigkeit. Das bedeutet, dass ich kaum noch mit herzkranken Menschen zu tun habe, sondern mitgestalte, in welchem Rahmen die Interaktion zwischen Mensch und Praxis stattfindet. Ziel dessen ist die Vereinbarkeit von menschlichen und betriebswirtschaftlichen Interessen, der Praxis als Unternehmen finanzielle Stabilität und Erfolg auf unterschiedlichen Ebenen zu ermöglichen. Im Lauf der Zeit habe ich als Mitarbeiter viele strukturelle Neuerungen im Setting der ambulanten medizinischen Versorgung auf Unternehmensebene begleitet und nahm in diesem Sinn eine entsprechend managementorientierte Rolle ein.

Ergänzend zur beruflichen Tätigkeit besteht die zweite Säule in meinem akademischen Bildungsweg, in welchem ich mir wissenschaftliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, aber auch ein erweitertes Verständnis von Reflexion angeeignet habe. Multiple Vorstellungen, Wahrnehmungen wahrzunehmen, anzuerkennen und damit zu arbeiten, habe ich ebenso gelernt wie sich und seine Wertvorstellungen zu hinterfragen. Konstrukte wie Macht, Sinn oder

die Frage, was als krank und was als gesund gilt, sind durch meine philosophische und wissenschaftliche Ausbildung immer mehr in meinen Diskurs mit der Praxis eingeflossen. Dies führte auch zu der Frage nach dem Wesen und dem Platz der ‚nichtärztlichen Mitarbeiter*innen‘ einer Praxis: Sind sie, wie die frühere Berufsbezeichnung besagte, ‚Helferinnen der Ärzte‘²⁵ oder tragen sie einen Eigenwert zur Versorgung bei? In welcher Form ließe sich dieser erfassen und benennen? Eine Erfahrung besteht darin, dass es Mitarbeiter*innen gibt, die scheinbar ‚einfach gut mit Menschen können‘. Auch hier war und ist es mir ein Anliegen, diese Kunst zu bestimmen, vielleicht auch zu entzaubern und erlernbar zu machen. Auf diese Weise sollen auch Neuankömmlinge in diesem Beruf dazu befähigt werden, mit anderen und herzkranken Menschen gut umzugehen, sie zu begleiten. Ziel dessen ist es, eine passende Versorgung herzkranker Menschen nicht einer möglicherweise vorhandenen Kunstfertigkeit zu überlassen, sondern empirisch untersucht und theoretisch-konzeptionell zu formulieren. Dies soll auch einen Beitrag zur Professionalisierung der Tätigkeit leisten.

Als dritte Säule prägt mich, dass ich im Sinne dieser Ph.D.-Thesis weder alt noch von schwerwiegenden Herzerkrankungen betroffen bin. Als Nichtbetroffener habe ich kein eigenes Erleben dessen, was mir die befragten Menschen in den Gesprächen erzählen. Im Rahmen einer empathischen Begleitung kann ich mir jedoch ein Fremdbild davon machen, was es bedeutet, ‚herzkrank‘ zu sein. Dieses Bild ist geprägt durch meine Erfahrungen innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit, durch Herzerkrankungen im familiären Umfeld und durch die Gespräche mit den befragten Menschen.

Unter Betrachtung dieser Säulen bin ich kein objektiver Wissenschaftler, sondern Teil des Feldes, das ich beforsche und insofern mitpräge. Deswegen habe ich mich in diesem Kapitel kurz vorgestellt und in der Analyse durch reflexive Memos versucht, meinen Anteil an der Interpretation darzulegen. Charmaz (2014) beschreibt diese Anforderung im folgenden Zitat:

(...) an interview reflects what interviewers and participants bring to the interview, impressions during it, and the relationship constructed through it. Interviewers must remain attuned to how participants perceive them, and how both participants' and interviewers' past and immediate identities may influence the character and content of interaction. (Charmaz, [2006]/2014, S. 27)

11.2 Einführung in die analytischen Kapitel

Zu Beginn dieses Kapitels möchte ich an die bereits in Kapitel 10.2.2 vorgestellten Einschlusskriterien für die Auswahl der befragten Menschen erinnern. Um dem Prädikat ‚ältere Menschen‘ gerecht zu werden, habe ich einen klassischen Meilenstein im Lebenslauf der

25 Zur Verdeutlichung dieser Bedeutung wurde bewusst auf gendersensible Sprache verzichtet.

Menschen unserer Gesellschaft ausgewählt: den beruflichen Ruhestand mit 65 Jahren. Die Menschen sind folglich zum Zeitpunkt des ersten Interviews mit mir bereits berentet oder pensioniert – was jedoch nicht bedeutet, dass sie keiner Tätigkeit oder Lebensaufgabe mehr nachgehen. Dennoch reflektieren die Menschen die Zeit vor ihrem offiziellen Ruhestand und die Veränderungen dieser neuen Lebensphase auch in den Gesprächen mit mir. Im Verlauf dieses Kapitels stehen auch weitere Lebenstätigkeiten und -aufgaben, Familiennetzwerke und Rahmenbedingungen der Gesprächspartner*innen im Zentrum. Für eine allgemeine Übersicht über die Eigenschaften der Menschen sei auf Anhang 11 hingewiesen. Außerdem ist die Wahrnehmung ihrer Herzerkrankung ein bedeutsames Thema für die Menschen. Hiermit soll ein erstes Bild der mitwirkenden Menschen dieser Ph.D.-Thesis skizziert werden. Zum Abschluss dieses Kapitels werden die Erwartungen der Menschen an die Herzpraxis aufgezeigt, um die Interaktion zwischen Mensch und Praxis weiterhin in der Kernkategorie darzustellen.

11.3 Wer ich bin – eine eigene Geschichte haben

Die Kategorie *Wer ich bin* entstand auf Basis der Erzählungen der Menschen über sich selbst, aber auch aufgrund der den Interviews vorgeschalteten Fragebögen. Hier geht es um Erzählungen oder Angaben, welche die Menschen im Gespräch mit mir über sich selbst als Person geäußert haben. Es sind Geschichten, Erlebnisse, Selbstbilder und gewachsene Wertvorstellungen, die oftmals von mir ungefragt und ohne konkreten Zusammenhang nahezu aus den Menschen ‚heraussprudelten‘. Dies geschah entweder gleich am Anfang meiner Gespräche mit den Menschen, als wollten sie etwas loswerden, das sie und das von ihnen Gesprochene elementar einleitet und für mich als Gesprächspartner vorerklärt. Hier geht es aber auch um Erzählungen, die erst spät in den Gesprächen mit den Menschen stattgefunden haben, die scheinbar erst eines Abtastens, gegenseitigen Kennenlernens, Vertrautseins bedurften. Diese Erzählungen bestehen unabhängig von der Herzerkrankung der Menschen. Sie sind aber, wie ich im Folgenden aufzeigen werde, nicht von der Herzerkrankung und ihrer Behandlung zu trennen oder abzuweisen.

Durch die begleitenden Geschichten und Lebenswege der befragten Menschen sowie meine forschende Entwicklung, diese nicht als irrelevantes Beiwerk oder als etwas zu sehen, das keiner Kodierung bedarf, entfernten sie sich in meiner Analyse zunehmend von der bedürftigen Patient*innenrolle. Sie wurden wieder zu dem, was sie eigentlich sind: einzigartige Menschen. Aus dieser Erkenntnis entstanden spezifische Kontexte, Handlungen und Konsequenzen. Gemeinsam mit den in diesem Kapitel vorgestellten Kategorien *Wie ich lebe* und *Etwas am und auf dem Herzen haben* bilden diese die Grundlage für die Interaktion mit der Herzpraxis.

11.3.1 Beruf, Lebenstätigkeiten und Aufgaben

Der im Laufe eines Lebens ausgeübte Beruf und/oder die begleitenden Lebenstätigkeiten und -aufgaben prägen nicht nur die Persönlichkeit, Werte und Einstellungen der befragten Menschen. Sie werden darüber hinaus auch von diesen teilweise als mitursächlich für die kardiale Symptomatik angesehen. Im Folgenden wird der Aspekt aber als einzigartige Prägung für die befragten Menschen thematisiert. Daraus ergeben sich Implikationen für die Interaktion mit der Herzpraxis, wie ich nachfolgend und auch in den geschilderten Erwartungen an die Praxis darstellen werde.

Die Berufe der Menschen lassen sich in ihrer Auswirkung auf die Interaktion mit der Herzpraxis in zwei unterschiedliche Sparten separieren: Berufe mit Bezug zum Gesundheitswesen und Berufe ohne diesen Bezug. Beide Seiten generieren eigene Einstellungen, Voraussetzungen und Zugänge zur Interaktion mit der Herzpraxis. So zum Beispiel Frau Stecher:

(...) ich habe Personalarbeit gemacht. Dreißig Jahre. Da ist alles vorgekommen. (...) Entlassungen, Liebesdramen, sogar mal ein Mord. (...) Und den Leuten vor allem zu sagen: „Wir müssen Sie entlassen.“ Und das gut hinzubekommen. Und denen dann zu helfen. (...) Man hat auch eine gewisse Macht gehabt. Das ist auch ein Argument. Das war ganz interessant. (...) – Frau Stecher 2, Pos. 10

Herr Koch erzählt:

Also ich war viele, viele Jahre im Außendienst. Vertriebsleiter. War bundesweit unterwegs. Auch bei den Großkonzernen. Und da war das gepflegte Auftreten das A und O. Von der Kleidung angefangen, bis hin zu einem ordentlichen Kugelschreiber, eine ordentliche Uhr. Das hat mit dazu gehört. Und mit den Menschen nett reden. Das hat mich geprägt irgendwie. Und ich hatte auch durchaus Erfolg. Es macht so viel aus, wenn man auch nett empfangen wird. (...) Die Freundlichkeit und Höflichkeit. Das habe ich meinen Leuten immer beigebracht. Das gehört mit dazu. – Herr Koch 2, Pos. 18

Und Frau Schmidt berichtet:

Also ich habe mal EinzelhandelskaufMANN gelernt. Mann hat man damals noch gesagt. (...) Lohn- und Buchhaltung. (...) Und wir hatten dann noch, also mein Mann und ich, wir hatten dann noch eine Musikschule. (...) Und da habe ich dann auch noch Unterricht gegeben. Ich war dann den halben Tag bei der Firma (...) und bin dann über die Straße zu unserer Schule und

*habe dann noch Trompetenunterricht gegeben. (...) – Frau Schmidt 1,
Pos. 2*

Alle drei Menschen sind durch ihren Beruf und ihre Tätigkeit geprägt und beziehen sich in ihren Schilderungen im Verlauf entsprechend darauf. So zeigt sich bereits im Zitat von Herrn Koch, dass Freundlichkeit und Ordentlichkeit wichtige Faktoren für ihn darstellen, die er heute in der Interaktion mit anderen erwartet. Frau Stecher und Frau Schmidt beziehen sich an anderer Stelle auf Genauigkeit und einen freundlichen Umgang mit anderen Menschen und verweisen dabei auf ihre beruflichen Erfahrungen. Speziell bei Frau Stecher zeigt sich außerdem eine Art Verständnis von Komplexität und Macht, das sie in ihrem Berufsleben durch herausfordernde Situationen erlebt hat und mir gegenüber erwähnt. Dies scheint sie heute auch auf ihre medizinische Behandlung zu übertragen, indem sie eine Komplexität der gesundheitlichen Zusammenhänge annimmt. Dies wird im Verlauf dieses Kapitels weiterhin aufgezeigt.

Im Kontrast zu diesen gesundheitsfernen Berufen stehen die Beispiele Frau Süß und Frau Fischer, die als Krankenschwester bzw. als Altenpflegerin tätig waren. Eines ist auffällig: Beide Frauen, welche bislang in einem Gesundheitsberuf tätig waren, setzen einen anderen Fokus. Sie können ein entsprechendes Netzwerk rund um die medizinische Behandlung vorweisen – im Gegensatz zu denjenigen, die einen nichtmedizinischen Beruf erlernt haben.

(...) Und die Ärztin, die die Praxis mitbetreut, wo ich bin, die hat mich gefragt, warum ich das will. „Sie kann das doch auch machen, ein EKG und so.“ Ich hatte aber kein gutes Gefühl dabei. Das ist eben auch dem geschuldet, dass ich Krankenschwester bin (...). – Frau Süß 1, Pos. 21

Auch Frau Fischer sieht einen Bezug ihres Handelns zu ihrem früheren Beruf.

***B:** Weil wenn man etwas nicht weiß und die Beschwerden werden schlimmer, dann wird man misstrauisch. Und das sollte ja nicht sein. Vielleicht bin ich da jetzt zu krass. Ich weiß es nicht. Weil ich war ja früher Altenpflegerin. 25 Jahre. Und da weiß ich, wie das läuft.*

***I:** Wie wirkt sich denn Ihr Berufsleben und Ihre Berufserfahrung auf Ihren Umgang mit Ärzten und Arztbesuchen aus?*

***B:** Naja, ich bin halt kein Arztgänger. Ich bleibe lieber zuhause. Man muss mich dann eher schon zum Arzt prügeln. (...)*

Ich habe das Gefühl, dass mich noch viele in den Arztpraxen vom Altersheim kennen. Und dann geben sich manche mehr Mühe. (...) – Frau Fischer 1,

Pos. 18–20 + 22

Frau Süß und Frau Fischer zeigen beide auf ihre Art und Weise, dass sie die Kommunikationsstrukturen und Interaktionen im Gesundheitswesen einschätzen können. Sie selbst waren jahrzehntelang Teil des Netzwerkes und haben sich nicht nur Beziehungen, sondern auch spezifisches Wissen über Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten angeeignet. Sie wissen aber auch um Strukturen, Interessenkonflikte und Begründungshandeln in der medizinischen Versorgung. Diese Kompetenzen und Errungenschaften wirken damit bis heute nach. Zum Beispiel können sie gegenüber dem heutigen Gesundheitspersonal auf einer anderen Ebene argumentieren als diejenigen, die einem nichtmedizinischen Beruf nachgegangen sind. In den Gesprächen zeigt sich außerdem, dass sie die Interaktion innerhalb der medizinischen Behandlung kritisch reflektieren. Sie ziehen eigene, fachlich versierte Schlüsse zu ihrem Gesundheitszustand.

Weiterhin gehen die befragten Menschen spezifischen Lebenstätigkeiten und -aufgaben nach, die sie dauerhaft oder zumindest zeitweise prägen. Dazu gehören beispielsweise ehrenamtliche Tätigkeiten, die Pflege und Betreuung von hilfebedürftigen Angehörigen oder banal klingende hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie das Rasenmähen. Aber auch die in den Paarbeziehungen ausgehandelten Rollen- und Aufgabenverteilungen des Alltags prägen die Persönlichkeiten der Menschen und wirken auf ihre lebensgeschichtliche Entwicklung.

Ich bin schon zufrieden, wenn sie die Wäsche macht und kocht. Und staubsaugen und so weiter kann ich ja auch. – Herr Maier 1, Pos. 39

Frau Becker spricht von familiären Verpflichtungen:

(...) wenn es mich da umhaut. Das wäre katastrophal. Ich kann da meiner Tochter nicht mich auch noch um den Hals binden. Ich suche ja jetzt eine Wohnung in der Nähe meiner Tochter, damit ich mich etwas mehr um mein Enkelkind kümmern kann. Aber wenn es mich umhauen würde. Im schlimmsten Fall ein Pflegefall oder ich könnte nicht mehr so, wie ich jetzt kann. Das wäre schlimm, arg schlimm. Weil die kann sich nicht um zwei behinderte Kinder [kümmern], da eine Kranke, da eine Kranke. – Frau Becker 2, Pos. 10

Herr Rot ergänzt um kommunalpolitische Aufgaben:

Die Sitzungen habe ich noch in meinem Ehrenamt, aber diese täglichen Sitzungen und Besprechungen nicht mehr. (...) – Herr Rot 1, Pos. 10

Allen drei Gesprächspartner*innen ist gemein, dass sie mit ihren Tätigkeiten einer Aufgabe im Rentenleben nachgehen, welche sie dauerhaft begleitet und in die Herzerkrankung eingedacht werden muss. Es kann zu Angst vor dem eigenen Versagen führen, wenn diese Tätigkeiten

durch Alter und Krankheit nicht mehr ausgeübt werden können. Die Menschen haben deshalb ein Interesse daran, dass diese Lebenstätigkeiten und Aufgaben auch mit einer Herzerkrankung weiterhin gelingen und haben dies in der Interaktion mit der Herzpraxis für sich präsent. Diese persönlichen Angelegenheiten existieren unabhängig davon, ob sie vor den Beschäftigten der Herzpraxis ausgesprochen werden oder unausgesprochen bleiben.

11.3.2 Alter und Begleiterkrankungen

Neben beruflichen und aufgabenspezifischen Prägungen berichten die befragten Menschen auch von Annahmen über Alter(n) und von möglicherweise existierenden Begleiterkrankungen. Solche persönliche Ansichten und Gegebenheiten prägen die Wahrnehmung der Herzerkrankung und den Umgang damit.

Naja. Ich vertrage einfach auch vieles nicht mehr. Keine Hitze. Keine Kälte. Und im Winter wird das dann mit der Arthrose schlimmer. Arthrose braucht ja Wärme. Und wenn es dann zu kalt ist, versteift man kolossal und dann geht es auch nicht. (...) – Frau Fischer 1, Pos. 22

Dies kann wie bei Frau Fischer ganz basal das Wetter sein, das für sie spürbare Auswirkungen auf Herz- und andere Erkrankungen nimmt und sie in ihrer Alltagsgestaltung wesentlich prägt. Neben Auswirkungen auf den Alltag produzieren Begleiterkrankungen auch Unsicherheit, indem die oft unspezifischen Symptome der Herzerkrankung als mögliche Langzeitfolgen der Begleiterkrankung eingeschätzt werden.

(...) Und das habe ich halt eben alles auf meine Hepatitis geschoben. Und das hängt bestimmt auch damit zusammen. Ob das wirklich dann auch vom Herz herkommen kann? (...) Ich habe noch nie etwas am Herzen gehabt. Ich habe früher sehr viel Sport getrieben. (...) – Herr Koch 1, Pos. 18

Herr Koch bezieht seine Symptomatik zwar auf seine ihn schon lange begleitende Hepatitis, jedoch ist ein leichtes Zögern aus seiner Aussage herauszuhören: Kann es vielleicht doch vom Herzen kommen und was könnte der Auslöser dafür sein, wenn nicht die Hepatitis? Gerade in Bezugnahme auf seinen früheren, aktiv-gesunden Lebensstil, den er auch heute noch zu pflegen versucht, ist eine Herzerkrankung für ihn kaum vorstellbar. Solche Ambivalenzen zeigen sich in den Interpretationen der Gesprächspartner*innen an mehreren Stellen. Sie versuchen damit, das eigene Krankheitserleben in einem für sie sinnhaften Kontext zu verorten. Für mich deuten diese Ambivalenzen außerdem darauf hin, dass die Menschen gerade bei unkontrollierbarer und/oder unbekannter Symptomatik die eigenen Grenzen ihres Wissens und der krankheitsbezogenen Zusammenhänge wahrnehmen. Die sonst helfenden,

bekannten Strategien und Theorien können dieses für die Menschen Spürbare weder erklären noch eine Möglichkeit zur Bewältigung schaffen. Stattdessen hinterlassen sie Ratlosigkeit.

Nein, das ist einfach da. (...) Kommt eben dann immer wieder in unvorhersehbaren Zeitabständen. Nicht einordenbar. Ob das jetzt von wichtigen Sitzungen im Ehrenamt war, die mich umgetrieben haben. Oder ob das von einem anderen Anlass war, was mich umgetrieben hat, kann ich nicht genau zuordnen. Unkontrolliert. – Herr Rot 2, Pos. 6

Ambivalenz wird für mich in den Gesprächen mit den Menschen vorwiegend dann spürbar, wenn sie sich auf ihr Lebensalter beziehen. Zum einen verorten manche einen Zusammenhang zwischen abnehmender Herzgesundheit und steigendem Lebensalter im Sinne einer natürlichen Abnutzung einer Motor-Maschine mit endlicher Funktion. Zum anderen scheinen sie sich hoffnungsvoll auf die Möglichkeiten der modernen Medizin innerhalb des biomedizinischen Reparatur- und Heilungsverständnisses zu beziehen und das Alter nicht als gegebenen, leistungsmindernden Faktor zu akzeptieren.

(...) Also ich merke das schon manchmal. Dann muss ich schon kräftig Luft holen. Das war früher nicht der Fall. Gut, ich bin jetzt 78. Also im Prinzip ist das für mich noch KEIN Alter. Ich fühle mich noch nicht so (lacht). Absolut nicht. (...) – Herr Koch 1, Pos. 4

Frau Stecher hingegen bemerkt in ihrem Bezug auf das Alter eine ihr bisher unbekannte Seite an sich, die sie aus der Beobachtung ihrer Mutter im Alter wiedererkennt.

(...) das Nachlassen der Nervenstärke ist eine Alterserscheinung, behaupte ich. Das habe ich an meiner Mutter beobachtet. (...) Und die ist mit dem Alter immer empfindlicher geworden. Da habe ich das gemerkt. Und das habe ich jetzt auch, aber vielleicht ist das auch übertrieben. Aber ich merke, dass ich nicht mehr so robust bin, nervlich. Und ich vermute, dass das auch damit zusammenhängt. (...) Dieses Sensibilisieren und das hat mein Herz mitgenommen. – Frau Stecher 1, Pos. 2

Trotzdem scheint auch für sie nicht eindeutig zu sein, inwieweit ihre eigene Selbstbeobachtung mit der nachlassenden Nervenstärke, der Entwicklung ihrer Mutter und ihrer kardialen Symptomatik zusammenhängt: „vielleicht ist das auch übertrieben.“ Frau Stechers – ihrer Auffassung nach altersbedingte – nachlassende Nervenstärke bedeutet für sie eine zunehmende Sensibilisierung für äußere Reize, die ihr Herz nachhaltig geschädigt hat. Für sie äußert sich dies in einer spezifischen Symptomatik, hier ihren Rhythmusstörungen. Für mich zeigt sich hier, dass das Alter und die Wahrnehmung der unkalkulierbaren Symptomatik

bewirken können, dass die eigene Persönlichkeit mit der Veränderung des bekannten Seins und Erlebens reflektierbar oder als veränderlich wahrgenommen wird.

Das Alter(n) wirkt sich darüber hinaus auf die Wahrnehmung der eigenen Lebenszeit aus. Auch hieraus ergeben sich Konsequenzen für die Interaktion mit der Herzpraxis:

(...) Ich werde jetzt 75, da denkt man dann schon mal darüber nach, wie viele Jahre man noch hat. (...) Man ist ja nicht ewig forever young. (...) Als junger Mensch lacht man da vielleicht ein bisschen. Aber das ist so. (...) – Frau Stecher 2, Pos. 12

Herr Rot beschreibt ein mit der Endlichkeit verbundenes Gefühl:

Also mir ist das früher eigentlich egal gewesen, wie das beim Doktor abgelaufen ist. Man ist halt beim Doktor gewesen, wenn man irgendwas hatte. Da hat er etwas verschrieben. Jetzt eher so der Herzpatient, der hat eine andere Gefühlslage. Eine andere Erwartungslage: Angst, Sorgen. Das ist viel mehr ausgeprägt. Weil es eben auch dem Ende zugeht. – Herr Rot 2, Pos. 30

Herr Rot und Frau Stecher reflektieren in Bezug auf das Alter eine unterschiedliche Wahrnehmung der eigenen Endlichkeit. Beide beziehen sich auf den Vergleich mit sich selbst als jüngerer Mensch. Vor allem in Herrn Rots Aussage wird die Konsequenz dessen deutlich. Aber auch in Frau Stechers Erzählung interpretiere ich: Ältere Menschen haben aufgrund ihrer wahrgenommenen begrenzten restlichen Lebenszeit womöglich eine andere Anspruchshaltung in der Herzpraxis als jüngere Menschen und müssen oder wollen dahingehend entsprechend begleitet werden. Dies konstituiert weiterhin, wer diese Menschen in ihrer jeweiligen Lebensphase sind und wie sich dies im Verlauf eines Lebens ändern kann, worauf die beiden folgenden Zitate verweisen:

Metastasen habe ich gehabt. (...) Aber damals hat die Ärztin im Krankenhaus gesagt: „In Ihrem Alter macht man keine Chemo.“ Das war nach der Operation. (...) Und dann habe ich gesagt: „Nein, das mache ich auch nicht mehr. Weil wenn ich gehen muss, dann will ich nicht noch vorher alles Mögliche machen lassen und mitmachen. (...)“ Und ich habe es bis jetzt noch nicht bereut. (...) – Frau Rudolf 1, Pos. 54

Und Frau Wolke betont den Aspekt, Vergangenes ruhen zu lassen:

(...) ich habe zuhause von meinem alten Hausarzt noch so viele Unterlagen. Die müsste ich auch einmal alle sortieren. Aber ich glaube, das

mache ich nicht. Man muss auch einen Schlusstrich ziehen unter das, was mal war. (...) Jetzt muss ich an Jetzt denken. Und das, was du jetzt hast, das muss behandelt werden und sonst nichts. So denke ich eben. Und man ist froh, wenn [ich] jeden Morgen aufstehen kann, um meine Arbeit zu machen. (...) – Frau Wolke 1, Pos. 49

So ändern sich Prioritäten und Annahmen hinsichtlich fälliger Entscheidungen im Alter. Für manche der Befragten bedeutet dies, eine Konsequenz im Hinblick auf medizinische Behandlungen und Möglichkeiten zu ziehen. Andere versuchen, die Gegebenheit zu akzeptieren und einen neuen Lebensabschnitt zu wagen, der ihrer aktuellen Selbstwahrnehmung im Hinblick auf Alter und Krankheit entspricht. Dies fließt in die Erwartungen der befragten Menschen an die Interaktion in der Herzpraxis mit ein.

11.3.3 Erwartungen an die Herzpraxis: Zwischenmenschlicher Umgang

Die Menschen äußern im Gespräch mit mir Erwartungen bezüglich der Personalkompetenz innerhalb der Herzpraxis sowie zum allgemeinen Umgang zwischen Praxisangehörigen und Patient*innen. Sie separieren in ihren Äußerungen zwischen Erwartungen, welche sie an die Ärzt*innen stellen, und Erwartungen an die Mitarbeiter*innen der Praxis. Dabei betrachte ich zunächst die Äußerungen zu den Mitarbeiter*innen.

Grundsätzlich wird von den Mitarbeiter*innen Freundlichkeit erwartet.

Also zuerst müssen sie eben freundlich sein. Sie müssen mit einem nett sprechen. (...) Ich habe selbst Einzelhandelskaufmann gelernt. (...) Ich habe eine sehr nette Kollegin gehabt und eine, die war so, SO miserabel. Ich kenne das, wie das ist. Aber man schätzt das, wenn dann eine wirklich nett und freundlich ist. (...) – Frau Wolke 1, Pos. 39

Die Erwartung von Freundlichkeit ist folglich auch in der eigenen Geschichte der Menschen begründet. Es ist ihnen persönlich wichtig, anderen gegenüber mit Respekt und Freundlichkeit aufzutreten, und sie erwarten dies auch im Umgang mit ihnen. Einige der Menschen relativieren diese Erwartung aber auch und machen Zugeständnisse: Die Mitarbeiter*innen dürfen auch einmal einen ‚schlechten Tag‘ haben und Herr Götz reflektiert, dass Freundlichkeit nicht bedingungslos erwartet werden kann, sondern in Abhängigkeit vom Handeln der Patient*innen entsteht:

(...) Aber da tun manche Patienten auch was dafür, dass sie schlecht behandelt werden. (...) Da sind viele selbst auch daran schuld. (...) – Herr Götz 2, Pos. 10

Neben der Freundlichkeit beziehen sich die Menschen auf zwischenmenschliche Kompetenzen der Mitarbeiter*innen, welche sie von diesen erwarten.

Also ich denke, bei einer Arzthelferin ist schon wichtig, dass sie etwas kann. Sie ist ja die erste Person vor dem Arzt. Und wenn sie dann schon wahrnimmt, wie die Stimmung ist, wie der Patient drauf ist, was so grundsätzlich los ist, das ist ja schon die halbe Miete. Es gibt da auch welche, die denken sich: „Rede doch, was du willst. Ist mir egal.“ Solche kennt man natürlich auch. – Frau Fischer 1, Pos. 22

Die erwartete Kompetenz der Mitarbeiter*innen bezieht sich auf eine Fachlichkeit und Aufmerksamkeit gegenüber den befragten Menschen im Hinblick auf deren aktuellen Zustand. Frau Fischer inkludiert zudem atmosphärische Aspekte in ihren Äußerungen: Sie bescheinigt den Mitarbeiter*innen ein Einfühlungsvermögen, ein Erkennen der zugrunde liegenden, aber versteckten Komplexität im Umgang mit älteren Menschen oder allgemein der jeweiligen Stimmungslage der Patient*innen.

Die Erwartungen an die Ärzt*innen der Praxis gestalten sich analog zu den Erwartungen an die Mitarbeiter*innen. Es wird Freundlichkeit erwartet, Akzeptanz und Kompetenz. Zusätzlich betonen einige Personen, dass sie etwa bei Beschwerden ernst genommen werden wollen:

(...) Wissen Sie, ich bin auch schonmal bei einem Arzt gewesen und bin dann einfach wieder gegangen. Der hat mir einen Blödsinn erzählt. Da hatte ich ganz arg Husten. War total verschleimt. Dann sagt er doch zu mir, ich solle mich nicht so anstellen. Dann bin ich aufgestanden und gegangen. Sowas lasse ich mir dann nicht gefallen. (...) Der sieht ja, dass ich nur einmal im Jahr oder noch seltener komme. Dann muss er doch wissen, dass, wenn ich komme, auch wirklich etwas ist. Das hat mich total geärgert, dass er das so lapidar zu mir gesagt hat. Sich nicht mit mir auseinandergesetzt hat. – Herr Schneider 1, Pos. 34

Sich nicht ernst genommen zu fühlen, resultiert auch aus dem Gefühl, dass etwas verheimlicht wird:

(...) Der Herzspezialist von damals, der hat mir nicht so gefallen. Da hatte ich klar das Gefühl, dass er mir etwas verheimlicht. Ja, dass er mich nicht ernst nimmt. Er war nicht herablassend oder so. (...) – Frau Müller 1, Pos. 16

Auch hier steht Freundlichkeit in Verbindung mit Klarheit, Offenheit und Gesprächsbereitschaft als zentrales Moment der Interaktion, welches von den befragten Menschen im Hinblick auf

die Ärzt*innen einer Praxis erwartet wird. Darüber hinaus gehende Elemente meiner Interpretation weisen auch eine Verknüpfung mit der gewachsenen Persönlichkeit der Menschen auf: Sie erwarten, als vollwertiges Gegenüber mit einem bestimmten Alter und ihren möglicherweise damit verbundenen Einschränkungen behandelt zu werden, und fühlen sich nur dann ernst genommen. Dies steht im Gegensatz zu einer Reduktion dieser Menschen auf die besagten Einschränkungen. Frau Süß fühlte sich sogar als „alt und dumm“ behandelt.

(...) Auch der alte Patient hat ein Recht. Der ist mündig. Man kommt manchmal wo hin und wird gar nicht für voll genommen. Man kann mit mir doch normal sprechen. Aber manchmal wird man von vorneherein angeschrien, weil die Leute denken: „Die hört schlecht. Alt und dumm.“ (...)

– Frau Süß 1, Pos. 41

Im Gespräch mit Frau Süß wurde nicht verbalisiert, was genau zu diesem Empfinden geführt hat. Zentral erscheint jedoch, dass sie nicht per se als defizitäres Wesen aufgrund ihres offensichtlichen Alters gesehen werden möchte – als müsse mit allen alten Menschen laut gesprochen werden, weil diese schwerhörig sind. Sie möchte unabhängig von Gesundheit und Krankheit als normaler Mensch behandelt werden. Gleichzeitig wird in diesem Kontext deutlich, wie ein vermeintlich gut und professionell gemeintes Verhalten anderer Menschen (mit älteren Menschen laut und deutlich zu sprechen) zu einer von Frau Süß empfundenen Diskriminierung ihrer Person führt.

Zusammenfassend wird für mich deutlich, dass Beruf, Lebenstätigkeiten und Aufgaben die befragten Menschen prägen. Diese Aufgaben verändern sich im Verlauf eines Lebens und die Gesprächspartner*innen empfinden durch sie eine gewisse Verbindlichkeit. Sie möchten und/oder müssen sie trotz Erkrankung erfüllen. Hier spielen das Alter(n) sowie etwaige Vorerkrankungen insofern eine Rolle, als sie von den Menschen in die Begründungszusammenhänge der Herzerkrankung eingearbeitet und auch davon abgegrenzt werden. Dies zeigt, dass eigene Interpretationen zur Herzerkrankung bestehen, wachsen und in den jeweiligen aktuellen Lebenskontext integriert werden. Das folgende Kapitel beschäftigt sich demnach weiterhin mit der einzigartigen Art und Weise, wie die befragten Menschen in ihrem Umfeld leben.

Die Erwartungen an die Herzpraxis lassen sich mithilfe der persönlichen Prägung der Menschen auf einer zwischenmenschlichen Ebene beschreiben. Hier stehen primär Freundlichkeit und Kompetenz im Sinne einer aufmerksamen Haltung gegenüber der Befindlichkeit der Patient*innen im Vordergrund. Auf Seiten der Ärzt*innen geht es auch um ein Gefühl des Ernst-genommen-Werdens und, trotz des offensichtlichen Alters, um den Einbezug ihrer jeweiligen Persönlichkeiten.

11.4 Wie ich lebe – in einem eigenen Umfeld sein

Die Kategorie *Wie ich lebe* fokussiert auf die begleitenden Rahmenbedingungen, von denen die Menschen im Gespräch mit mir berichten. Sie bestimmen die Lebensspanne, in welcher sich die Menschen befinden. Zudem beeinflussen sie die Inanspruchnahme und die Möglichkeiten der ambulanten medizinischen Versorgung für die Menschen. Gemeinsam mit den im vorherigen Abschnitt dargestellten Persönlichkeitsaspekten prägen sie die Erwartungen an die kardiologische Versorgung auf struktureller Ebene. Damit beeinflussen sie die Bedingungen in den Interaktionen mit der Herzpraxis.

11.4.1 (Infra-)Strukturelle Rahmenbedingungen des Alltags

Die befragten Menschen beziehen sich in ihren Schilderungen der Thematik ihrer Lebensweise vorrangig auf ihren Alltag mit seinen Auswirkungen und strukturellen Rahmenbedingungen. Dazu gehören etwa der Wohnort und dessen infrastrukturelle Anbindung an die (medizinische) Versorgungslandschaft sowie der Besitz eines Autos und eines Führerscheins. Andere berichten von eigenen körperlichen Einschränkungen und/oder Pflegeverpflichtungen gegenüber Angehörigen.

(...) Muss ja meinen Mann vorher versorgen und alles richten. Das ist dann schon etwas schwierig. Deshalb mache ich immer so um 10 oder 11 [Uhr] Termine aus. Vorher nicht mehr. Dann habe ich noch drei Haustiere. Die muss ich auch noch versorgen. – Frau Wolke 1, Pos. 27

Frau Wolke ist in ihrer wahrgenommenen Flexibilität eingeschränkt, was im Hinblick auf die Interaktion mit der Herzpraxis sowohl für sie selbst als auch für die Akteur*innen der Praxis relevant wird. Sie kann nicht jeden angebotenen Termin annehmen, da sie einen Versorgungsauftrag (Mann, Haustiere) hat, der eine Auswahl einschränkt.

Einige der Gesprächspartner*innen nehmen unterschiedliche Medikamente ein und müssen ihren Alltag mit den Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikation bestreiten.

Und vorher habe ich eine Wassertablette genommen und jetzt muss ich zwei mehr nehmen. Jetzt nehme ich also drei. (...) Jetzt sind es insgesamt 11 Stück am Tag. (...) Manchmal schaffe ich es nicht, die Tabletten alle einzunehmen. Das muss ich Ihnen so jetzt einfach sagen. – Frau Rudolf 1, Pos. 54

Auch wenn Frau Rudolf es nicht benennt: Aus der fachlichen Perspektive wird für mich deutlich, dass eine Steigerung von einer auf drei Wassertabletten am Morgen zu einer massiven Beeinträchtigung ihres Alltags führen kann. Mutmaßlich sorgt die morgendliche

Einnahme der Diuretika für einen gesteigerten Harndrang, welcher wiederum die Einhaltung von Terminen und die Mobilität außer Haus erschweren kann. Es verändert demzufolge möglicherweise das, was sie eigentlich tun möchte. Fraglich ist, inwieweit sie dies in der Interaktion mit der Herzpraxis ansprechen würde – zumal hier für mich mit den Worten „das muss ich Ihnen so jetzt einfach sagen“ auch ein Tabu hörbar wird: Über die Nichteinnahme der Medikation scheint sonst nicht gesprochen zu werden. Auf diesen Gesichtspunkt werde ich in der Diskussion weiter eingehen.

Auch die Tatsache, dass sich der Großteil der fachärztlichen Praxen eher in den Städten als im ländlichen Umfeld befindet, stellt manche der Menschen vor eine Herausforderung. Sie sind mit ihren körperlichen, psychischen oder geistigen Einschränkungen auf öffentliche Verkehrsmittel oder andere Menschen angewiesen und müssen ihren Alltag daran ausrichten.

(...) Vielleicht kann mein Mann länger Autofahren als ich. Dann müsste er immer mitkommen. Das Problem ist, dass er nicht gerne in die Stadt geht.

(...) Er sitzt dann eine oder zwei Stunden ins Wartezimmer und ist dann ganz ungeduldig und nahezu beleidigt. Das kann ich nicht gebrauchen. Ich bin froh, dass ich noch selbst fahren kann zu den Ärzten. Dass er nicht mitmuss. – Frau Weber 1, Pos. 20

Problematisch wird aber auch die Stadt für die Menschen, die, wie oben bereits kurz erwähnt, in vielen Fällen auf das Auto als Transportmittel angewiesen sind. Dann wird der innerstädtische Verkehr und/oder eine schwierige Parkplatzsuche zum Problem. Hält die Herzpraxis darüber hinaus nicht genügend eigene Parkplätze für Patient*innen bereit, muss zusätzlich ein Fußweg vom Parkplatz zur Praxis bestritten werden, welcher eine weitere Herausforderung für mobilitätseingeschränkte Menschen darstellen kann. Wie Frau Webers Zitat über die Begleitung durch ihren Mann in der Praxis zeigt, ergeben sich gerade im Bereich der infrastrukturellen Rahmenbedingungen und dem Vorhandensein eines privaten Netzwerkes Überschneidungen hinsichtlich der damit möglicherweise verbundenen Konflikte für die befragten Menschen. Ich interpretierte in Frau Webers hoffnungsvoller Aussage, noch selbst fahren zu können, auch Unsicherheit und Befürchtungen im Hinblick auf den Fall, dass sich dies irgendwann ändern könnte. Auch in den Gesprächen mit anderen Menschen habe ich dieses Abwägen und diese Unsicherheit vernommen und interpretiert. Hier zeigt sich, dass die Menschen um ihre Unabhängigkeit bangen, die sie einen großen Teil ihres Lebens genossen haben. Viele sind zwar noch (weitgehend) unabhängig. Sie machen sich aber auch Sorgen über das „Kommende“ und wie ihr Leben dann aussehen wird.

11.4.2 Das private Netzwerk

Das von den Menschen in den Gesprächen erwähnte Netzwerk kann als weitgefasster Begriff interpretiert werden. So subsumiere ich darunter zum einen die sich um die befragten Menschen kümmernden Angehörigen: Sie leisten hauptsächlich Unterstützung im Hinblick auf die oftmals eingeschränkte Mobilität zum Erreichen der Praxis, aber auch Entscheidungshilfen rund um die medizinische Versorgung der Menschen sowie Hilfe und Betreuung im Notfall. Zum anderen benennen die befragten Menschen Nachbarn und Bekannte als Netzwerk, das sie bei Bedarf in die Bewältigung ihrer Herzerkrankung einbeziehen.

Meine Tochter macht für mich alles. Weil ich bin jetzt an dem Punkt, wo ich nicht mehr kann. Ich bin fertig. Und sie macht halt für mich die ganzen Termine und das Schriftliche. – Frau Becker 1, Pos. 12

Insbesondere in den Fällen, in denen die Menschen nicht oder nur erschwert auf ein solches unterstützendes Netzwerk zurückgreifen können, kann die Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung je nach eigener Mobilität erschwert sein.

(...) Meine Kinder wohnen ja nicht in der Nähe und sind berufstätig. Das ist dann schon ein großes Problem. Und wenn die Tochter Feierabend hat, dann sind die Praxen zu. (...) – Frau Müller 1, Pos. 24

In den Gesprächen zeigt sich weiterhin, dass die Menschen ihr Netzwerk auch im Vorfeld einer medizinischen Behandlung nutzen. Teilweise haben die älteren Menschen keinen Zugang zu relevanten Informationen über bestehende kardiologische Praxen, in welchen sie Termine vereinbaren könnten. Entweder fehlt im Haushalt ein Computer mit Internetanschluss oder die Menschen wissen schlichtweg nicht, wie sie mit dem Computer umgehen und an für sie relevante Informationen gelangen können. Gleichzeitig berichten die Menschen, dass Gesundheitseinrichtungen oft nicht mehr in früher relevanten Medien wie dem Branchenbuch verzeichnet sind. Insofern unterstützt ein Netzwerk die Menschen auch bei der Entscheidungsfindung für mögliche Praxen.

Und jetzt war ich immer beim Doktor Maier und jetzt habe ich zu meiner Tochter gesagt: „Mensch, ich würde gerne auch mal woanders hingehen.“ Und dann hat sie gesagt: „Probiere es doch mal bei mir. Die Ärztin ist nett.“ Und die Tochter ist zufrieden. Und dann habe ich gesagt: „Also gut, dann gehe ich da hin.“ (...) – Frau Rudolf 1, Pos. 52

Auch wenn es darum geht, Behandlungsmethoden gegeneinander abzuwägen oder eine Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Behandlung zu finden, wird das Netzwerk eingeschaltet und auf Basis der gesammelten Erfahrungen eine Lösung gesucht.

Ich habe mit Bekannten gesprochen aus meinem Wohnort. Da gibt es eine Gruppe sechzig plus, früher auch Jungsenioren genannt. (...) Und da spricht man untereinander. Da sind ganz tolle Leute dabei. Auch eine Ärztin ist da dabei. (...) Und da habe ich das erfahren. – Herr Koch 1, Pos. 32

Herr Koch informiert sich beispielsweise in der Gruppe der Jungsenioren über bestimmte Behandlungsmethoden und deren Alternativen. Für manche der befragten Menschen ist es außerdem wichtig, für sich eine Grenze des Einbezugs anderer zu setzen.

Ich möchte auch keine Tipps von anderen. Das habe ich noch nie gemacht. Ich gehe da ganz offen rein. Das habe ich schon immer so gemacht. Weil dann wird man nicht glücklich, wenn man sich schon ein Vorurteil macht über eine Sache. – Herr Schneider 1, Pos. 22

Herr Schneider ist zum Zeitpunkt des Interviews sowohl in seinen Entscheidungen als auch hinsichtlich seiner bis dahin noch nicht einschränkenden Rahmenbedingungen autark. Er lehnt Tipps von anderen und den Einbezug in sein (Krankheits-)Leben bewusst ab. Die beiden Aussagen im Zitat „das habe ich noch nie gemacht“ bzw. „das habe ich schon immer so gemacht“ zeigen für mich, dass sich Herr Schneider hier zumindest stringent an Handlungen orientiert, die in seinem bisherigen Leben für ihn gut funktioniert haben. Sie erinnern an Grundsätze des Handelns, an welchen er sich zur Entscheidungsfindung orientiert. Bei anderen befragten Menschen wird deutlich, dass zwar ein unterstützendes Netzwerk vorhanden zu sein scheint, die Menschen jedoch genau abwägen, welche Fragen und Anliegen sie an dieses adressieren. Sie sind sich des Aufwands bewusst, welchen sie ihren Angehörigen neben Beruf und Familie zumuten. Zentral besteht die Hoffnung, dass dieses Netzwerk dann engagiert eingreift, wenn sie es tatsächlich benötigen und es nicht mehr anders geht. Dies ist für die Interaktion mit der Herzpraxis insofern relevant, als auch Menschen mit vorhandenem und unterstützendem Netzwerk nicht in jeder Situation ohne weitere oder intensivere kommunikative Betreuung durch die Herzpraxis auskommen. Aus meiner beruflichen Erfahrung bewirkt die gefühlte Schnelllebigkeit (Stichwort: Kontaktzeit von 7,6 Min. nach Irving et al. (2017)) in einer Praxis oftmals, dass die Patient*innen nicht alle Informationen aufnehmen und verarbeiten können, die sie bei diesem Termin von den unterschiedlichen Akteur*innen erhalten. Insofern ist es ein Trugschluss, davon auszugehen, dass Menschen durch ihre sozialen Bezüge stets gesicherte Ansprechpartner*innen haben. Manchmal fehlt es trotz Netzwerk an Unterstützung bei relevanten und strittigen Fragen. Dies ist etwa der Fall, wenn Personen des Netzwerks nicht bei jeder Behandlung anwesend sein können oder bewusst nicht um Unterstützung gebeten werden.

In den Gesprächen mit den befragten Menschen zeigt sich außerdem immer wieder: Das Netzwerk ist ebenfalls ein ausschlaggebender Faktor für das Aufsuchen einer Herzpraxis, obwohl die Menschen ihren Beschwerden bisher keine oder kaum Relevanz zugeordnet hatten. Zunächst wecken die Erfahrungen und Krankheitsgeschichten der begleitenden Menschen leise Zweifel, ob man nicht selbst von einer Herzerkrankung betroffen sein könnte.

Zunächst mal die Erfahrung, dass meine Frau Probleme mit dem Herzen hatte aufgrund von ärztlicher Feststellung und das war dann für mich sozusagen der Anlass zu sagen: „Okay, jetzt lässt dich auch mal untersuchen.“ – Herr Rot 1, Pos. 2

Darüber hinaus beeinflusst das Netzwerk, wie oft und in welchem Ort die Herzpraxis konsultiert wird.

Also meine Freundin, die fährt zu einem Herzdoktor etwas weiter entfernt. Die möchte jetzt auch selbst nicht mehr fahren. Jetzt wird sie von ihrer Tochter gefahren. Die Tochter hat aber jetzt bestimmt, dass sie zu einem Herzarzt in der Nähe gehen. Die muss ja auch arbeiten. Eigentlich will sie das nicht. Aber da muss sie eben machen, wie es die Tochter will. (...) – Frau Weber 1, Pos. 24

Während meiner Analyse der Erzählung von Frau Weber war ich im ersten Moment getroffen. Mich bestürzte, dass die beschriebene Tochter eine so elementare Entscheidung für ihre Mutter trifft, indem sie ein mutmaßlich seit langem bestehendes Betreuungsverhältnis ‚einfach‘ beendet und die Mutter in eine neue Betreuungssituation überführt. Ich unterstellte eine gewisse Rücksichtslosigkeit, ihre Mutter nicht mehr dorthin zu bringen, weil es nicht in ihren Terminkalender, in ihr Leben passt. Schnell ist diese Tochter verurteilt. Demgegenüber fragte ich mich, wie ich es organisieren würde: ich als berufstätiger Mensch in einem Netzwerk, als Sohn einer Mutter und eines Vaters. Wie würde ich in dieser Situation reagieren? Wäre ich konkret bereit, Zeit und Kilometer auf mich zu nehmen, um meine Mutter zu ihrem vertrauten Kardiologen zu fahren, wenn es aus meiner Sicht einen ebenso guten um die Ecke gäbe? In der weiteren Analyse fiel mir auf, dass hier eine essenzielle Perspektive fehlt: die der Mutter selbst. Und: Hat sie über diesen Verlust mit ihrer Tochter gesprochen? Was bedeutet es für Menschen und deren Behandlung, nicht mehr selbst entscheiden zu können, wo sie medizinisch behandelt werden?

Das Netzwerk ist darüber hinaus ein bedeutsamer Erfahrungsfaktor und Entscheidungsfaktor: Die befragten Menschen können sich ein Bild von dem Erfolg der medizinischen Behandlungen ihrer Angehörigen machen.

(...) Meine Frau hat dann auch einen Katheter bekommen. (...) Der Arzt, wo meine Frau in der Praxis betreut, hat den Katheter dann auch gemacht. Das war gut. Und der Arzt war dann auch sehr zufrieden mit ihr. Dann konnte man auch gleich zwei Tabletten absetzen danach. (...) Und ich merke nicht, dass es bei ihr jetzt schlechter ist. Dann braucht sie das wohl nicht mehr. – Herr Maier 1, Pos. 27

Diese Erfahrung prägt die Bedeutung medizinischer Behandlungen auch dann, wenn die befragten Menschen die Behandlung selbst noch nicht in Anspruch genommen haben, wie es bei Herrn Maier zum Zeitpunkt des ersten Interviews der Fall ist. Daher ist im Rückbezug auf den SI davon auszugehen, dass diese Symbolik und Bedeutungsbeimessung seine Interpretation und seine Einstellung zum Thema Herzkatheterisierung positiv beeinflusst und die folgenden Interaktionen mit der Herzpraxis entsprechend bedingt.

Zusammenfassend hilft das private Netzwerk den befragten Menschen bei der Entscheidung, ob Herzärzt*innen konsultiert werden – und wenn ja, wo und welche Praxis. Weitere Unterstützung wird beispielsweise in Anspruch genommen, wenn unterschiedliche Behandlungen gegeneinander abgewogen werden müssen. Hier werden vor allem Informationen und Erfahrungen aus dem privaten Netzwerk eingeholt. Weiterhin zeigt Frau Webers Beispiel, inwieweit die befragten Menschen den Entscheidungen ihrer eingebundenen Angehörigen aufgrund deren Rahmenbedingungen teilweise ausgeliefert sind. Neben einem privaten Netzwerk verfügen die Gesprächspartner*innen teilweise über professionelle Unterstützer*innen, welche sie auf unterschiedliche Weise bei bestimmten Anliegen konsultieren und damit im Umgang mit ihrer Herzerkrankung beeinflussen.

11.4.3 Professionelle Unterstützende

Als weiteren Aspekt eines unterstützenden Netzwerks erkenne ich in den Gesprächen mit den Menschen auch professionelle Dienstleister*innen. Diese handeln entsprechend ihrem Wirkungskreis und beeinflussen damit den Umgang mit der Herzerkrankung und die Interaktion der Menschen mit der Herzpraxis. Ein Beispiel dafür ist Herr Rot, der eine bedeutungsvolle Beziehung zu seinem früheren Hausarzt pflegte. Letzterer war nach Aussage von Herrn Rot mit den Attributen eines „Landarztes“ tätig. Dies spiegelte sich in einer ständigen Ansprech- und Erreichbarkeit sowie einer hohen Würdigung und Wertschätzung durch die Bewohner*innen der Region wider. Zum Zeitpunkt des ersten Interviews hatte dieser Hausarzt seine Tätigkeit aus Altersgründen bereits beendet.

Ich hatte immer so eine gewisse Sicherheit durch meinen Hausarzt. Wenn etwas war, konnte ich ihn anrufen, das war egal, wann. (...) Das fehlt nun. Ich muss in gewisser Weise allein klarkommen. Notarzt rufen oder

Ähnliches. Wobei die mich dann nicht kennen und nicht wissen, wie das bei mir so ist. Und dann ist das immer ein Riesen-Tamtam. 24 Stunden liegen in der Notaufnahme. Sie werden das kennen. Da überlegt man natürlich auch, ob das jetzt wirklich notwendig ist. Das musste ich früher nicht. Das wühlt mich schon sehr auf. – Herr Rot 1, Pos. 6

Professionelle Unterstützer*innen können Hausärzt*innen sein, welchen die befragten Menschen Vertrauen schenken und bei welchen sie sich gut aufgehoben fühlen. Darüber hinaus werden auch andere Berufsgruppen benannt, beispielsweise ein Heilpraktiker oder auch nichtärztliche Mitarbeiter*innen, die in anderen Praxen tätig sind.

Wissen Sie, ich bin damals zum Heilpraktiker zum ersten Mal, weil ich eine Zahnzusatzversicherung abgeschlossen habe. Und da war der Heilpraktiker mit dabei. (...) Und der kennt mich jetzt auch schon so lange. Und er sagt auch immer, er würde etwas von mir lernen. (...) Da habe ich eine gute Zeit, da bekomme ich immer einen guten Rat oder Tipp. Und ich denke, ich brauche beide. Meinen Hausarzt und meinen Heilpraktiker. – Frau Weber 2, Pos. 1

Herr Koch benennt den Kontakt zu einer Mitarbeiterin in einer Praxis:

Und da habe ich eine Bekannte, die bei dem Doktor Rudolf arbeitet und die hat gesagt, ich solle doch mal in die Praxis kommen. Die hat das in die Wege geleitet, dass ich da einen Termin bekomme. – Herr Koch 1, Pos. 38

Während Herr Rot und Frau Weber Sicherheit und Kraft aus dem Kontakt zu ihren professionellen Dienstleistern schöpfen, profitiert Herr Koch mit seiner Bekannten von einem niedrigschwelligen Zugang zu einem Termin in einer ärztlichen Praxis. Herrn Rots private Beziehung zu seinem früheren Hausarzt interpretiere ich als individuellen und kontextuellen Faktor, welcher die Interaktion mit der Herzpraxis maßgeblich beeinflusst: Aufgrund dessen konnte damals ein niedrigschwelliges Beratungsangebot im von Herrn Rot erlebten kardialen Not- oder Unsicherheitsfall wahrgenommen werden. Das Ausfallen dieses Angebotes des früheren Hausarztes lässt ihn Unsicherheit spüren und veranlasst ihn, einen Kardiologen anzurufen, der dieses Loch an Sicherheit schließen kann. Auch die Kontakte von Frau Weber und Herrn Koch scheinen ihnen bei der Suche nach Sicherheit und dem richtigen Umgang mit ihrer Erkrankung zu helfen.

In den Gesprächen mit mir betonen die Menschen mit professionellen Unterstützer*innen an der Seite immer wieder, dass diese bestimmte Bereiche auffangen, welche sie in der Herzpraxis nicht platzieren könnten.

Also von meinem Hausarzt erwarte ich, dass der dann wirklich mehr mit einem redet, was er auch tut. Das ist toll. Der klärt mich auch über alles auf. Wenn ich jetzt zum Facharzt komme, dann kann ich diese Zeit nicht in Anspruch nehmen, dass ich ihm dann von Wunder und Wasser erzähle.

Das geht nicht. (...) – Frau Schmidt 2, Pos. 14

Das Vorhandensein und Nichtvorhandensein eines unterstützenden Netzwerkes beeinflusst die Erwartungen der Menschen an die Herzpraxis mittelbar, indem diese Rahmenbedingungen in unterschiedlicher Weise in die Versorgung der Menschen einfließen und von der Praxis unterschiedlich aufgefangen werden (müssen). Ein Beispiel dazu: Ich erinnerte mich in dieser Situation an einen Einsatz in der ambulanten Pflege während meiner Ausbildung. Eines Tages begleitete ich eine Pflegefachperson, die mir erzählte, dass sie Bankkauffrau gelernt habe und erst mit 50 Jahren die Ausbildung zur Pflegefachperson begonnen hatte – um ihr Helfersyndrom auszuleben, wie sie mir lächelnd sagte. Wir gingen zur gleichen Familie wie jeden Morgen, nur nahm diese Kollegin im Gegensatz zu anderen Kolleg*innen nicht die Zeitung vor der Tür mit ins Haus. In der Pflegesituation führte sie die Pflege durch und wurde danach gebeten, den nun vollen Müllsack bitte zusammenzudrehen und gleich mit hinauszunehmen. Darauf angesprochen sagte sie nur: „Das nehme ich nicht mit, das müssen Sie selbst tun.“ Es folgte eine Diskussion, dass die anderen Kolleg*innen dies aber täten, und auch die Zeitung mit hineinbrächten. Sie wies freundlich darauf hin, dass das nicht im Leistungsportfolio sei und man das gerne aufnehmen könne. Das müsste die Dame aber mit der Pflegedienstleitung besprechen. Im Auto danach sagte sie lediglich zu mir: „Ich bin eine gute Pflegekraft und keine Müllabfuhr.“

Während meiner beruflichen Laufbahn erinnerte ich mich viele Male an diese Situation. Es symbolisiert für mich einerseits einen gewissen Berufsstolz, buchstabiert für mich aber auch eine Grauzone aus, die ich oftmals erlebe. Dieses Beispiel zeigt auf, inwieweit Menschen in der Gesundheitsversorgung nicht gedeckte Bedarfe an professionelle Unterstützer*innen adressieren und wie unterschiedlich diese damit umgehen. Es zeigt weiterhin, dass selbst bei Vorliegen eines Leistungsportfolios keineswegs festgeschrieben ist, welche Leistungen innerhalb der Versorgung erbracht werden. Stattdessen liegt es immer im Ermessen der professionellen Unterstützer*innen, inwieweit sie den Menschen in ihren Bedarfen (zusätzlich) entgegenkommen. Auch wenn die Berufsangehörigen professionelle Akteur*innen sind, bringen sie alle ihre persönliche Prägung, ihre Erfahrungen und ihre Einstellungen in die Versorgung der Menschen mit ein. Und nicht nur das: Auch unternehmensinterne Regularien und die strukturellen Rahmenbedingungen, in welchen sich eine Praxis befindet, beeinflussen das Handeln und die Kommunikation aller professionellen Akteur*innen. Insofern zeigt sich hier ein Spagat der Versorgung, der aus unterschiedlichen, oft unausgesprochenen

Beweggründen entsteht. Gleichzeitig entscheiden diese Beweggründe jedoch über die Kontinuität der Versorgung.

In den Gesprächen mit den befragten Menschen äußern diese auch immer wieder, wie sie sich selbst zu dem von ihnen empfundenen Lauf der Zeit positionieren. Dieser hat Auswirkungen hinsichtlich des gesellschaftlichen Wandels, technischen Fortschritts und des Alterns der Menschen im Umfeld. Das private und professionelle Netzwerk ist vor allem vom Altersaspekt betroffen, wie Herrn Rots Beispiel mit seinem bekannten Hausarzt zeigt. Aber auch die anderen beiden Faktoren drängen sich den Menschen heutzutage in der Herzpraxis auf: Sie zeigen, dass die Art, wie die befragten Personen heute leben, auch von der gesellschaftlichen und wertebezogenen Prägung abhängt, welche die Menschen im Laufe eines Lebens erfahren haben.

11.4.4 Mensch und Versorgung im Wandel

Der Wandel innerhalb der Versorgung manifestiert sich zum einen darin, dass den Menschen bekannte Ärzt*innen in Rente gehen und ihre Praxen an Nachfolger*innen übergeben. Diese wiederum bevorzugen möglicherweise eine andere Art der Praxisorganisation. Für die Menschen kann sich diese als neue und unkalkulierbare Praxisstruktur darstellen, mit der sie zukünftig zurechtkommen müssen.

Mein Hausarzt ist jetzt auch schon lange mein Hausarzt. Der ist jetzt auch in Rente gegangen neulich. Jetzt hat die Praxis sein Sohn übernommen. Das ist ein Junger. (...) Das ist schon anders. Wissen Sie, bei dem alten Hausarzt, das war ein Seelendoktor. (...) Das ist bei den jungen Ärzten nicht mehr so. Das ist anders. (...) Der alte Hausarzt, den konnte man teilweise auch noch nachts anrufen. Das ist jetzt bei dem jungen Hausarzt nicht mehr so. – Frau Weber 2, Pos. 1

Frau Weber äußert dahingehend im Verlauf außerdem, dass sie nun bei Problemen von ihrem Hausarzt an den Rettungsdienst verwiesen wird. Insofern zeigen sich die veränderten Praxisstrukturen, die dem Gewohnten entgegenstehen. Es bleibt allerdings nicht bei der Notwendigkeit, ein neues Beziehungs- und Betreuungsverhältnis aufzubauen und die Beziehung zu einem neuen Hausarzt in der Praxisinteraktion neu auszuloten. Bei Frau Weber und ebenso bei Herrn Rot muss ein neuer Umgang mit der eigenen Erkrankung erlernt werden. Darüber hinaus spiegeln sich der gesellschaftliche Wandel und technische Veränderungen in den Äußerungen der Menschen zum Lauf der Zeit wider.

Ja, beim Hausarzt da tut sich ja auch vieles. Vieles ist nicht mehr so wie früher. Auch das mit dem Handy mag ich nicht so. – Frau Becker 1, Pos. 2

Oder eine Aussage zu Wandlungen im Wartezimmer:

Auch im Wartezimmer selbst. Da wird teilweise kein Wort mehr gesprochen. (...) Aber in dieser Welt sind wir halt jetzt. Das ist etwas, wo ich nicht begreife. (...) Das ist dann etwas, wo fehlt. (...) – Frau Schmidt 2, Pos. 12

Die Erzählungen von Frau Becker und Frau Schmidt verdeutlichen, dass sich gesellschaftliche Veränderungen für sie innerhalb der Arbeitsorganisation in den Praxen, aber auch in der Interaktion in den Wartezimmern unter den dort wartenden Menschen manifestieren. Bei beiden erkenne ich eine negative Wertung dieser Entwicklungen. Deswegen gehe ich in meiner Interpretation dieser Passagen davon aus, dass die beiden Frauen eine davon abweichende Erwartungshaltung an die Interaktion der Praxis mit ihnen selbst haben: Sie erwarten einen stärker zugewandten und kommunikativeren Umgang, als sie ihn von außen bei anderen beobachten. Im Vergleich dazu:

Was ich natürlich immer interessant finde, ist, wie das bei meinem Arzt so organisiert ist. (...) Und da ist in den letzten Jahren in den Arztpraxen ganz viel passiert. (...) Man hat relativ viel Personal. Man MACHT aber auch viel. Wie bei meinem Hausarzt, da habe ich mitbekommen, dass es im Büro zwei Damen gibt, die EKGs studieren oder sonst etwas machen. (...) Die Organisation hat sich gewaltig geändert. Das gab es früher nicht. Da war die Sprechstundenhilfe, die das EKG geschrieben hat und der Arzt. (...) Die Qualität ist deutlich gestiegen. Wobei ich weiß, dass das nicht in JEDER Hausarztpraxis oder Facharztpraxis so ist. (...) – Frau Stecher 1, Pos. 8

Herr Maier referiert auf neue Behandlungsmöglichkeiten:

Ja, das war wegen meiner Prostata. Und da habe ich mal in der Zeitung gelesen, dass es da eine neue Methode gibt. (...) Und dann gibt es einen Professor Meier im Krankenhaus, der macht diese Behandlung. (...) Da war ich dann drei Nächte im Krankenhaus. (...) Das dauert ungefähr eine halbe Stunde im MRT. (...) Das wird ja bei vollem Bewusstsein durchgeführt. Da spürt man ja nichts. (...) Und die Untersuchung war erfolgreich. Ich muss nun viel seltener auf das Klo nachts als davor. Das ist toll. – Herr Maier 1, Pos. 17

Frau Stecher und Herr Maier zeigen mit ihren Äußerungen auf, dass die Entwicklungen in den ärztlichen Praxen bei den befragten Menschen nicht nur negativ behaftet sind, sondern auch als den Menschen dienlich wahrgenommen werden. Dennoch zeigt sich ein Unterschied in der Dimension der letzten vier Zitate: Frau Becker und Frau Schmidt beziehen sich auf

zwischenmenschliche Aspekte, wohingegen Frau Stecher und Herr Maier organisatorische und technische Aspekte benennen. Doch in welchem Verhältnis stehen diese Aspekte zueinander? Bedeutet dies, dass Zwischenmenschlichkeit für die Menschen weniger Relevanz genießt, wenn sie die technische und organisatorische Weiterentwicklung der Medizin spüren?

Der Wandel zeigt sich auch in Ereignissen, die oft mit fortschreitendem Alter auftreten, und welche die Menschen dazu bringen, über ihre bisherige und bevorstehende Entwicklung zu reflektieren.

(...) Ich habe jetzt einen Heimtrainer. Vielleicht sollte ich öfters hochgehen in das Zimmer. Ich weiß es nicht. Da bin ich eben etwas faul. Aber ich hoffe, ich bleibe eben fit. (...) – Frau Weber 1, Pos. 20

Und Herr Koch zieht einen Vergleich zu anderen bekannten Menschen:

(...) Wissen Sie, meine Frau und ich haben eine gute Freundin. (...) Da waren wir vor einer Woche, sind draußen gesessen auf der Terrasse und haben in der Sonne Kaffee getrunken. (...) Und gestern kam die Nachricht, dass sie gestorben ist. Einen Tag später. (...) Die Frau, die war pudelwohl, hat nach den Enkeln geschaut, gekocht. (...) Und auf einmal ist sie tot. (...) Wenn ich manche sehe von meinen Schulkameraden. (...) Wie die so dahinsterben. (...) Oder herkommen, mit 65 Jahren, wie alte Männer. (...) Von daher bin ich noch spitze dran. Muss in die Berge, mich bewegen. Wanderungen. (...) – Herr Koch 2, Pos. 22

Einige der Gesprächspartner*innen erkennen eine Notwendigkeit, sich fit zu halten, sich zu belasten, einen aktiven Lebensstil zu führen und teilweise an die eigenen körperlichen Grenzen zu gehen. Andere wiederum scheinen einen Verdacht zu haben, dass dies sinnvoll sein könnte, arrangieren sich jedoch eher mit ihren Einschränkungen und hoffen, von weiteren Einschränkungen verschont zu bleiben. Diese Personen äußern in den Gesprächen mit mir immer wieder, dass sie jemanden benötigen, der sie zu Bewegung motiviert oder ihnen empfiehlt, sich trotz Einschränkungen zu bewegen. Beide Gruppen ziehen im Gespräch einen Vergleich zu kränkeren, pflegebedürftigen oder eingeschränkten Menschen, wie um sich auf einem unaufhaltsamen Kontinuum zu verorten. Der Fokus auf die anderen Menschen ist jedoch ein anderer: Während die aktiven Menschen froh sind, selbst etwas für den Erhalt ihrer Selbstständigkeit tun zu können, und insofern Verantwortung für sich übernehmen, bangt die andere Gruppe auf teilweise hilflos anmutende Art und Weise um ihren zukünftigen Zustand. Es ist nachvollziehbar, dass beide Gruppen unterschiedliche Kommunikations- und Interaktionsstrukturen benötigen, um weiterhin für sich zu sorgen.

Insofern äußert sich der Wandel als Versorgungswandel in gesellschaftlichen und technischen Entwicklungen, welche die Praxen direkt und indirekt als unbeherrschbare strukturelle Komponente der ambulanten medizinischen Versorgung verändern und prägen. Darüber hinaus zeigt er sich als menschlicher Wandel, von dem die Ärzt*innen, aber auch die Menschen im Alter betroffen sind. Beides beeinflusst die Interaktion mit der Herzpraxis bezüglich des weiteren Umgangs mit der Herzerkrankung. Nach den bisher vorgestellten Aspekten zur Kategorie *Wie ich lebe* folgen nun die Erwartungen an die Herzpraxis, die sich an den Kriterien der Zugänglichkeit, der Infrastruktur und der Kompetenz innerhalb der Praxis orientieren.

11.4.5 Erwartungen an die Herzpraxis: Zugänglichkeit, Infrastrukturen und Kompetenz

Die Erwartungen der Menschen, welche sich für mich aus der Interpretation der Kategorie *Wie ich lebe* ergeben, lassen sich hier in unterschiedliche Strukturen der Herzpraxis unterteilen. So ist ein Aspekt die Zugänglichkeit zur Praxis. Dieser beschreibt das von den Menschen wahrgenommene Procedere, um einen Behandlungstermin in der Praxis zu erhalten. Weiterhin kommen Äußerungen zur Infrastruktur der Praxis zur Sprache. Ein dritter struktureller Aspekt, welcher sich auf die gewünschte Interaktion mit den Praxismitarbeiter*innen bezieht und sich aus den Darstellungen zum Wandel von Mensch und Versorgung speist, adressiert Fragen der Kompetenz des Personals.

Terminerhalt

Die Persönlichkeit der Menschen und deren alltägliche Rahmenbedingungen beeinflussen ihre Interpretationen der Rechte und Pflichten jeder Seite im Behandlungsprozess. Für einige der Gesprächspartner*innen scheint ein Recht auf eine zügige Behandlung im Sinne einer Dienstleistung zu bestehen. Dies spiegelt sich auch in ihren Vorstellungen zur Terminvergabe durch die Praxis wider.

Also ich fand das nicht in Ordnung. Denn wenn ich massive Probleme habe, dann wehre ich mich. Dann werde ich radikal. Also ich habe mein ganzes Leben geschafft. Mein ganzes Leben seit dem Ende der Hauptschule. Und habe immer einbezahlt. Und dann kann es nicht sein, dass ich keinen Termin bekomme, wenn es mir wirklich schlecht geht. Das geht nicht. – Herr Koch 1, Pos. 16

Herr Koch bezieht sich hier auf ein Vorrecht, einen nach seiner Einschätzung dringenden Termin auch zeitnah von den Praxismitarbeiter*innen zu erhalten und begründet dies mit seinem subjektiv empfundenen aktuellen Befinden. Dieses Vorrecht scheint er in dieser Situation durch das Entrichten der Sozialversicherungsabgaben über den langen Zeitraum

seiner Berufstätigkeit als selbstverständlich anzusehen. Er erfährt jedoch durch die Interaktion mit den Praxismitarbeiter*innen, dass dieses von ihm aus gedachte Argument im Praxisalltag keine Rolle zu spielen scheint. Auch andere Menschen beziehen sich im Gespräch mit mir auf ihre Sozialversicherungsabgaben und erwarten im Hinblick darauf eine serviceorientierte Behandlung durch die Herzpraxis.

*Dann hat mich der Hausarzt zum Kardiologen geschickt. „Unbedingt Termin ausmachen.“ Das hat jetzt natürlich vier Monate gedauert, bis ich einen Termin hatte. Ich habe dann zu der Dame am Telefon gesagt: „Ja Sie, das geht nicht, bis dahin könnte ich gestorben sein.“ Dann war sie ganz ruhig. Eine ganze Zeit lang. Dann habe ich gesagt: „Hallo, sind Sie noch da?“ Dann hat sie gesagt: „Ja, ja.“ Die Dame war ganz perplex. –
Herr Koch 1, Pos. 4*

Die von Herrn Koch geäußerte perplexen Reaktion der Mitarbeiterin ist möglicherweise eine Besinnung auf die ihr verbleibenden Möglichkeiten: Die vorgegebenen und getakteten Rahmenbedingungen einer Praxis und der eigene, vermutlich begrenzte Spielraum, diese zu verändern, können das Schweigen der Mitarbeiterin erklären. Die Praxis steht als unternehmerisches Konstrukt mit begrenzter Kapazität, mit bürokratischen Regeln und Zwängen und wirtschaftlichen Interessen von Praxisinhaber*innen allen partizipierenden Subjekten nur in den Sprechstundenzeiten zur Verfügung.

Praxisinfrastruktur

Weiterhin zeigen sich für mich infrastrukturelle Erwartungen an die Herzpraxis, welche sich aus den alltäglichen, mobilitätsbezogenen Rahmenbedingungen der befragten Menschen ergeben.

*(...) Ein Aufzug ist wichtig, wenn man Treppen überwinden muss. (...) Wichtig wäre natürlich auch, dass es eine Möglichkeit gibt, den Arzt überhaupt zu erreichen. Bei uns im Dorf fährt der Bus nur noch sehr selten. Nachmittags gar nicht mehr. (...) Da wird oft nicht dran gedacht. – Frau
Becker 1, Pos. 30 + 36*

Viele der befragten Menschen beziehen sich auf lange Wege und begründen damit Entscheidungen, ob sie Ärzt*innen konsultieren oder nicht. Aus dem Gespräch mit Frau Becker wird zudem nicht deutlich, wen sie mit ihrer Bemerkung, „da würde oft nicht daran gedacht“, meint. Möglicherweise erwartet sie eine Interaktion in der Herzpraxis, die ihre Rahmenbedingungen bei der Terminfindung einbezieht.

Ein weiterer infrastruktureller Aspekt wird von Herrn Schneider genannt:

(...) Naja, ich kann das nur von meiner Mutter erzählen. Die hat dann immer ihren Mantel ausgezogen und konnte den dann nicht an die Garderobenstange hängen, weil sie nicht mehr so hoch greifen konnte zum Einhängen. Das war immer das Einzige, was sie erzählt hat vom Arzt. Dass es ihr so peinlich war, dass sie manchmal gar nicht dem Arzt zuhören konnte. Da könnte man ja auch eine Stange tiefer montieren für solche Leute. So kleine Sachen. Aber die sind wichtig. – Herr Schneider 1, Pos. 24

Diese Erzählung zeigt, inwieweit angenommene Nebensächlichkeiten wie die Höhe einer Garderobenstange die Interaktion in der Praxis zentral beeinflussen oder gar stören. Wenn Herr Schneiders Mutter aufgrund dieser empfundenen Peinlichkeit dem Arzt nicht zuhören konnte, stellt sich die Frage, ob eine sinnvolle medizinische Behandlung so überhaupt möglich ist.

Infrastrukturelle Aspekte zeigen sich weiterhin in den Erwartungen an die Organisation innerhalb der Patient*innenversorgung sowie an die Einrichtung und Ausstattung der Räumlichkeiten:

(...) Wie ist die Organisation in dem Unternehmen? Funktioniert die oder funktioniert die nicht? (...) – Herr Rot 1, Pos. 20

Frau Weber spricht über die Praxisräume:

Also ich finde, eine Herarztpraxis muss groß und weit sein. (...) Ich bin zwar alt (lacht), aber Ansprüche habe ich schon noch. Eine ordentliche Ausstattung und Einrichtung gehören auch dazu. – Frau Weber 1, Pos. 20

Herr Rot und Frau Weber nennen ihre persönlichen Präferenzen. Andere Gesprächspartner*innen beziehen sich auf andere Gesichtspunkte, die aus ihrer persönlichen und beruflichen Prägung resultieren. Hier geht es beispielsweise um Ordentlichkeit oder Schnelligkeit der Vorgänge. Damit ist die Erwartung an die Infrastruktur einer Praxis das Resultat der eigenen Lebensgeschichte. Die Erwartung trägt dazu bei, ob Menschen sich dort wohlfühlen oder nicht – und daran anschließend, ob sie in Interaktion treten können oder nicht.

Kompetenz

Weitere von den befragten Menschen geäußerte Erwartungen beziehen sich auf strukturelle Gesichtspunkte zur Kompetenz der Mitarbeiter*innen einer Praxis. Diese sind für mich insofern strukturell, als die Praxisinhaber*innen im Einstellungsprozess maßgeblich entscheiden, welche Qualifikationen, Weiterbildungen und Ausrichtungen die Mitarbeiter*innen innerhalb der Patient*innenversorgung einbringen. Auch deren direkte organisationale Aufgaben und Tätigkeitsgebiete werden bestenfalls von den Inhaber*innen einer Praxis bestimmt. Damit ist sichergestellt, dass die Praxis ein bewusstes und reflektiertes Spektrum der ambulanten medizinischen Versorgung anbietet und nicht zufällig und willfährig handelt.

Ja, das wäre natürlich ein Qualitätsmerkmal für eine Herarztpraxis, wenn man nach so Typen wie mir schaut. Dass man sich bei mir meldet. Mir so etwas Druck macht, hilft, mal wieder vorbeizukommen. (...) Da würde ich denken: „Ah, da ist jemand, der hat mich noch im Visier. Der hat mich nicht vergessen.“ (...) – Herr Schneider 1, Pos. 38

Herr Götz bezieht sich explizit auf die Relevanz der MFA:

Eine gute Arzthelferin? Egal, wann ich komme, die weiß alles über mich. Meine Krankheiten. Wenn ich Fragen habe, weiß sie alles. Und bevor der Kunde in die Praxis kommt, schaut sie in den Computer, um sich über den Kunden zu informieren. Die weiß sogar mehr als der Arzt. Also der Arzt ohne die Arzthelferin ist wie ohne eine rechte Hand. Junge Arzthelferinnen, die sich auskennen, das gefällt mir. – Herr Götz 1, Pos. 20

So treten die Arzthelferinnen aus Sicht von Herrn Götz in meiner Interpretation als allwissende und serviceorientierte, begründet handelnde und mutmaßlich auch schöne Wesen auf. Ohne sie wäre der männliche Arzt handlungsunfähig, weil sie „sogar mehr wissen als der Arzt.“ Herr Schneider wünscht sich eine differenzierte und kompetente Nachverfolgung durch die Praxismitarbeiter*innen; möglicherweise, weil er um seine eigenen Versäumnisse bezüglich der Termintreue weiß. Insbesondere im letzten Satz des Zitats schwingt auch eine erotische Komponente mit.

Auch zu den spezifischen und sinnvollen Arbeitsbereichen dieser Mitarbeiter*innen haben die befragten Menschen eine Erwartungshaltung:

Freundlichkeit. Zuwendung. Also wenn ich jetzt als alter Mensch zum Herarzt gehe, (...) Dass man mir Bescheid sagt, wo ich mich dann hinsetzen kann. – Frau Stecher 1, Pos. 10

Frau Müller berichtet von Erfordernissen rund um das Hören:

Weil man automatisch in meinem Alter merkt, dass manches eben nachlässt. Zum Beispiel mit dem Sehen und dem Hören. Das ist nicht mehr gut. Das muss aber auch ein Arzt wissen. Das muss seine Arzthelferin wissen. Und dann muss man etwas tun, dass die Alten so einen Praxisbesuch überstehen. Manchmal ist es beim Arzt schon an der Anmeldung so laut, dass ich nichts mehr verstehe. Da würde ich mir jemanden wünschen, der das bemerkt, der danach schaut. Der Informationen auch für einen alten Menschen übersetzt. – Frau Müller 1, Pos. 16

Frau Müller und Frau Stecher sprechen eine Orientierungsaufgabe der Mitarbeiter*innen an und begründen diese mit den Einschränkungen des Alters. Die Orientierungsaufgabe bezieht sich zum einen auf strukturierende Tätigkeiten und Informationsweitergabe. Zum anderen bezieht sie sich auf das aufmerksame und proaktive Eingehen auf einen bis dahin unbekannten Menschen, welcher zum ersten Mal die Praxis betritt und sich daher nicht auskennt oder aufgrund Sinneseinschränkungen besonders betreut werden muss. Frau Becker wird in ihrer Erwartungshaltung noch konkreter und zieht ihre Schlüsse aus ihrer Berufserfahrung:

Ich finde, das müsste eine Mitarbeiterin sein, die sich mit älteren Menschen auskennt und sich dann in der Praxis um diese Älteren kümmert. Vielleicht ab fünfzig plus aufwärts. Das wäre optimal. Bei uns im Betrieb war es doch auch so, dass die, wo mehr Erfahrung haben, sich um komplexere Aufgaben gekümmert haben. – Frau Becker 1, Pos. 28

Die Äußerung Frau Beckers zeigt, dass sie sich inhaltlich mit der erlebten Problematik bereits dezidiert auseinandergesetzt haben muss, weil sie einen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung innovativen Aspekt benennt: Aus meiner beruflichen Erfahrung ist mir zumindest nicht bekannt, dass solche nichtärztlichen Praxismitarbeiter*innen mit Orientierungsaufgabe und einer derartigen Sensibilität für die potenziellen Bedürfnisse älterer Menschen regelhaft zum Einsatz kämen.

Rückblickend auf die Aussage von Herrn Götz, der sich, vielleicht sogar in einem erotischen Sinne, junge versierte Arzthelferinnen wünscht, wird die Bandbreite unterschiedlicher Erwartungen an die Mitarbeiter*innen und deren Aufgaben deutlich.

Die Kompetenz der Mitarbeiter*innen betrifft aus meiner Sicht einen weiteren, analytischeren Aspekt, welcher von Frau Stecher in einem anderen Zusammenhang benannt wird:

Natürlich schaut jeder heute im Internet. Wobei ich sehr wohl weiß, dass das oft nur die Halbwahrheiten sind, oder subjektive Darstellungen. (...) Also da bin ich schon auch vorsichtig. Weil ich mittlerweile auch gelernt habe, wie viele Zusammenhänge so eine Herzkrankheit hat. (...) – Frau Stecher 2, Pos. 14

Während die Patient*innen heute überwiegend in der Lage sind, sich weiterführende Informationen über ihre Herzerkrankung im Sinne eines Rechtes anzueignen, stellen sie gleichermaßen die Angehörigen der Herzpraxis in eine implizite Pflicht. Die Pflicht besteht darin, das meist unvollständige und fehlerhafte medizinische Laienwissen in die Behandlung des Menschen einerseits miteinzubeziehen und andererseits zu korrigieren, ohne das Selbstverständnis der Menschen im Sinne ihrer empfundenen Integrität zu verletzen. Einzig Frau Stecher äußert im Gespräch, dass dieses Recht zur Information auch eine Pflicht für den sich informierenden Menschen mit sich bringt: Es gilt, irreführende Quellen eigenständig zu identifizieren und zu berichtigen, ohne dass die Herzpraxis damit zusätzlich belangt wird. Dennoch haben die Praxismitarbeiter*innen einen verstärkten Kontakt zu den Patient*innen und kommen in dessen Rahmen in Berührung mit all diesen gefilterten oder ungefilterten Informationen. Dementsprechend müssen sie auch einen Umgang damit finden.

Zusammenfassend wurde im Rahmen der Kategorie *Wie ich lebe* beschrieben, inwieweit die alltäglichen Rahmenbedingungen und Einschränkungen, die vorhandenen und professionellen Netzwerke sowie das Erleben des Wandels von Mensch und Versorgung die Menschen in ihrer Interaktion mit der Praxis beeinflussen und deren Erwartungshaltung an die Praxis mitbestimmen. Die Bandbreite dessen wird besonders deutlich anhand von Herrn Götz' Skizze einer guten MFA und im Vergleich dazu anhand von Frau Beckers Vorstellung. Auf der einen Seite steht Herrn Götz' erotische gefärbte Vorstellung einer jungen Arzthelferin, die sich auskennt und alles weiß. Dies erinnert an die klassische Arzthelferin in Groschenromanen und älteren Fernsehserien und hat möglicherweise auch hier seinen Ursprung. In meinem Gespräch mit Herrn Götz hat sich aber auch an mehreren Stellen – insbesondere wenn er über seine Frau sprach – für mich ein Frauenbild ergeben, das diese Erwartung sinnvoll ergänzt. Demgegenüber steht, fast schon diametral, Frau Beckers Vorstellung einer älteren und im Umgang mit älteren Menschen erfahrenen Mitarbeiterin, die in erster Linie komplexe Aufgaben erfüllt. Auch dies ist eine konsequente Erwartung aus ihren Rahmenbedingungen heraus: Frau Becker bewältigt selbst die Pflege und Versorgung mehrerer Angehöriger und durchlief in ihrer eigenen Krankheitsgeschichte bereits einige Operationen. Damit wird deutlich, dass die Erwartungen an die Herzpraxis von den Lebensumständen der Menschen abhängig ist. Es lohnt sich demnach, die Einzigartigkeit der Menschen und deren Lebenswege im Behandlungsprozess einzudenken. So wird nachvollziehbar, welche Art von

Ansprechpartner*innen und Mitarbeiter*innen einen Zugang zu den Menschen finden. Für den weiteren Verlauf werde ich das Feld der kardialen Symptomatik betrachten, wie es die befragten Menschen im Gespräch mit mir schildern. Es wird sich zeigen, dass die Gesprächspartner*innen nicht nur etwas am Herzen, sondern auch etwas auf dem Herzen haben, was die Interaktion mit der Herzpraxis maßgeblich beeinflusst.

11.5 Etwas am und auf dem Herzen haben

Neben den Erzählungen rund um Persönlichkeit und Lebensalltag schildern die befragten Menschen weiterhin eine kardiale Symptomatik, die für sie im Alltag spürbar wird. Dieses Phänomen bezeichne ich als *Etwas am Herzen haben*. Die Symptome der Herzerkrankung und das Herz an sich haben für die befragten Personen außerdem eine Bedeutung. Diese Bedeutung ist leitend dafür, wie sich das Handeln der Menschen im Regelfall und auch im Notfall gestaltet. Durch die unterschiedlichen Handlungsmuster versuchen die Menschen, Kontrolle über die Symptome und deren Auswirkungen zu erlangen. Aus diesem Erleben erwachsen Reflexionen sowie Erwartungen an die kardiologische Praxis zu Informationen und zum Einbezug in die medizinische Therapie.

In den Aspekten dieser Kategorie lassen sich neben Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge im Sinne des biomedizinischen Modells auch wieder Verknüpfungen zur Persönlichkeit der befragten Menschen entdecken. So zeigt sich für mich in weiterer Analyse der Textstellen, dass *Etwas am Herzen haben* auch zu *Etwas auf dem Herzen haben* wird. Die erlebte Symptomatik und die damit verbundene Interaktion wird dann in einen größeren Bedeutungszusammenhang eingebettet. Dies wiederum beeinflusst die Wahrnehmung der zugrunde liegenden Symptomatik und hat entscheidenden Einfluss auf die Erwartungen an die kardiologische Praxis.

Zunächst werden die geschilderten Symptome und Beschwerden – *Etwas am Herzen haben* – und die Interpretationen aus den Gesprächen mit den Menschen zu den angenommenen Ursachen dargestellt. Weiterhin wird das entsprechende Handeln der Menschen im Regelfall und im Notfall betrachtet, gefolgt von den daraus erwachsenden Erwartungen an die Interaktion in der Herzpraxis.

11.5.1 Erlebte Symptome und deren Ursachen

Viele der befragten Menschen beziehen sich in ihren Schilderungen rund um die von ihnen erlebte kardiale Symptomatik auf spezifische Lebensabschnitte, die sie als (mit-)ursächlich für ihre Beschwerden erleben. In einigen Gesprächen spielt die Phase der Erwerbstätigkeit eine große Rolle. Relevant sind aber auch weitere, durch besondere Tätigkeiten geprägte Lebensabschnitte, wie ehrenamtliches Engagement oder die (pflegerische) Betreuung von

Familienangehörigen. Im Rückblick werden diese Phasen von den befragten Menschen als eine Herausforderung mit Auswirkungen auf ‚deren Herz‘ beschrieben.

Ja, da war ich berufstätig, Personalwesen in einer großen Firma und da hatte ich einen schwierigen Fall vor dem Arbeitsgericht. Das war wirklich eine schwierige Arbeit, das alles aufzuarbeiten. Und da habe ich mich halt reingehängt. Und dann irgendwann in der Ruhephase, am Wochenende, habe ich mein erstes Herzrasen bekommen. (...) – Frau Stecher 1, Pos. 2

Herr Rot identifizierte Stress als Ursache für seinen kardialen Zustand:

(...) Und ich merke auch, dass die beruflichen Anspannungen und Stresssituationen, die ich jetzt nicht mehr habe, schon auch Auswirkungen hatten auf meinen Blutdruck. (...) Das hat mein Herz auch in Mitleidenschaft gezogen, die ganzen Jahre. So würde ich das jetzt mal einordnen. – Herr Rot 1, Pos. 8

Frau Stecher und Herr Rot beziehen sich in ihren Äußerungen auf fordernde Situationen des Arbeitslebens, die dazu führten, dass Ruhe- und Erholungszeiten nicht eingehalten wurden. Herr Rot war früher als Führungskraft tätig und ist noch heute ehrenamtlich in der Kommunalpolitik aktiv. Er erwähnt beispielsweise, dass er nachts aufgrund der zurückliegenden beruflichen Belastung, aber auch durch seine aktuelle ehrenamtliche Tätigkeit Schlafprobleme entwickelt hat.

Also meine ehrenamtliche Tätigkeit, die hat mich schon in der letzten Zeit sehr umgetrieben. Dass ich nachts einfach mit den Gedanken umgegangen bin. – Herr Rot 2, Pos. 4

Vor allem diese Schlafproblematik führte für ihn dazu, dass sich sein Herz nachts in der Ruhezeit nicht mehr erholen konnte und eine pathologische Symptomatik entwickelte. Auch Frau Stecher betont in ihrer Aussage, wie intensiv sie sich in den als schwierig erlebten Fall vor dem Arbeitsgericht eingearbeitet hat. Sie konnte sich nicht mehr adäquat erholen und die Beschwerden traten infolgedessen gerade in der Ruhezeit spürbar auf.

Andere der befragten Menschen erleben oder erlebten herausfordernde Lebensphasen, wenn sie sich im Alltag beispielsweise zusätzlich um Angehörige kümmern oder gekümmert haben. Frau Becker reflektiert im folgenden Auszug die gleichzeitigen Belastungen vergangener Zeiten:

(...) aber das war vielleicht auch alles ein bisschen viel. Mein Mann ist in kürzester Zeit verstorben. Und er war dreißig Jahre lang krank. Herzkrank.

Und Zucker hatte er auch. Er war ein Pflegefall. Und ich pflege auch meinen Bruder jetzt. Und irgendwann kommt halt der Punkt, wo es aus ist. (...)

Früher war es eigentlich noch schlimmer. Da habe ich nebenher noch gearbeitet. (...) Fünfundzwanzig Jahre. Und irgendwann ist dann der Zeitpunkt, dass es NICHT mehr geht. (...) – Frau Becker 1, Pos. 6

So vereinte Frau Becker ihre eigene Berufstätigkeit als Hausmeisterin an einer Schule über eine lange Lebenszeit mit der Pflege ihres Ehemannes und im Verlauf mit der steigenden Betreuungsintensität ihres Bruders. Für sie führte dies zu einer langanhaltenden Belastung des Herzens, wie sie auch im zeitlichen Verlauf der beiden Interviews für sich reflektiert:

Seit dem schnellen Tod von meinem Mann geht es mir sehr schlecht. Ich denke, dass das auch ein Auslöser dafür ist. Das hängt ja nervlich mit dem Herz zusammen. Dass die Nerven da mitgespielt haben. – Frau Becker 1, Pos. 22

(...) Aber wie gesagt, seit dem Tod von meinem Mann komme ich mehr zu Ruhe. Und ich glaube, das war auch der Auslöser. Der Stress und alles. Dass das irgendwie mitgewirkt hat. Und seit ich das nicht mehr habe, geht es mir besser. (...) – Frau Becker 2, Pos. 10

Aus den beiden Zitaten von Frau Becker wird erkennbar, dass der Tod ihres pflegebedürftigen Mannes im Verlauf der Zeit für sie eine andere Bedeutung erhält. Im ersten Interview, welches wohl ungefähr ein Jahr nach seinem Tod geführt wurde, wirkt sie belastet – durch die Pflege ihres Mannes, durch seine Leidensgeschichte, durch den erlittenen Verlust selbst. Im zweiten Interview hingegen bewertet sie die Jahre nach seinem Tod als kontinuierliche Verbesserung ihres eigenen Gesundheitszustandes. Sie fühlt sich nervlich stärker, was sie wiederum als Zugewinn in Bezug auf ihre Herzgesundheit bewertet. Aus dieser Entwicklung lässt sich auch schließen, dass die dahintersteckende Bedeutung der Menschen für Außenstehende zunächst widersprüchlich erscheinen mag, aber dennoch ihren Ursprung und ihre Berechtigung hat. Erst in der Interaktion und Kommunikation mit den Menschen wird manches offenkundig und verständlich, was vorher konzeptlos oder zusammenhanglos erschien.

Auch andere Gesprächspartner*innen sehen einen Zusammenhang zwischen einer subjektiv empfundenen Nervenstärke und der für sie damit verbundenen Herzgesundheit. Frau Stechers Interpretation der nachlassenden Nervenstärke wurde bereits in Kapitel 11.3.2 in Verbindung mit dem Alter(n) beschrieben, nimmt jedoch auch Auswirkungen auf ihre Herzgesundheit. Herr Rot bezieht sich in seinen Schilderungen ebenfalls auf eine

Interpretation des Nervenkonstrukts und bemerkt vor allem nachts Auswirkungen auf sein Herz.

Ich habe dann ganz stark immer Nervosität gespürt. Nervosität. Und dann das Angstgefühl, ich bekomme einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall eher. Das war da bei mir immer die Denke, was das bei mir so psychisch ausgelöst hat. – Herr Rot 1, Pos. 8

In diesem Sinne zeigt sich bereits der Zusammenhang zwischen dem, was die Menschen *am Herzen haben* und was sie *auf dem Herzen haben*. Die Symptomatik des erhöhten Blutdrucks, der Gedankenkreisläufe sowie der entstandenen Nervosität führen zu einer für Herrn Rot unbeherrschbaren Situation, in der er Angst empfindet. Seine Angst, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, liegt im Spüren oder Messen für ihn damit zusammenhängender Anzeichen begründet und scheint ihn dauerhaft zu belasten sowie einzuschränken. Wie im weiteren Verlauf noch dargestellt wird, ist es diese Angst, welche die Interaktion mit der Herzpraxis zentral beeinflusst.

11.5.2 Wahrnehmung und Bedeutung des Herzens und der Herzerkrankung

In den Gesprächen mit den Menschen zeigt sich auf unterschiedliche Art und Weise, wie die Herzerkrankung im Alltag erscheint und was das Herz für die befragten Menschen bedeutet.

Garnichts. Garnichts. GARNICHTS. Ab und zu denke ich, dass ich einen schnelleren Herzschlag spüre. Kurz. Dann ist es wieder weg. Das ist eigentlich alles. – Frau Wolke 1, Pos. 51

Herr Rot bezieht sich auf den Blutdruck:

(...) und dieses Hin und Her dieses Blutdrucks war dann halt so vor sechs oder sieben Jahren. (...) – Herr Rot 1, Pos. 4

Während Frau Wolke ihrer Symptomatik keine große Bedeutung beimisst, sensibilisieren die Blutdruckschwankungen Herrn Rot zumindest für das potenzielle Vorliegen eines abklärungswürdigen Befunds, wie er im Gesprächsverlauf mit mir beschreibt. Andere der befragten Menschen schildern ihre Symptomatik in eindringlicher und teilweise auch verängstigter Art und Weise.

Da konnte ich meine Arbeit schon nicht zu 100 Prozent richtig machen. Das war vielleicht vor zehn Jahren. Und es hat von Jahr zu Jahr abgenommen. Es geht bergab, bergab, bergab. Bald kann ich nichts mehr machen. Essen geht noch. Das macht mir Sorgen. Alles andere nicht. Und das Wetter macht mir auch zu schaffen. Bei so einem heißen Wetter kann

ich eigentlich nicht raus. (...) Aber schlafen kann ich gut. Ich bin so schnell müde. Und dann schwitze ich so dermaßen viel. – Herr Götz 2, Pos. 12

Frau Fischer spricht darüber, nicht genügend Luft zu bekommen:

Also meine Beschwerden, die werden immer stärker, habe ich das Gefühl. Ich habe Schwierigkeiten mit dem Treppenlaufen. Und etwas Schweres hochtragen. Das geht schonmal gar nicht. Da bekomme ich kaum Luft. – Frau Fischer 1, Pos. 6

Schnelle Ermüdbarkeit, Leistungsabfall, starkes Schwitzen, Atemnot bei Belastung, aber auch ein Druckgefühl, Schmerzen oder Stechen auf dem Brustkorb sind Symptome, welche die Menschen zu ihrer Herzerkrankung schildern. Die Wahrnehmung der Symptome und ihrer Begleiterscheinungen sowie die Situation, dass die Menschen die Herzerkrankung als belastenden Faktor auch *auf dem Herzen* haben, führen zu bestimmten Erwartungen. Diese Erwartungen an die Herzpraxis bringen sie auch in die Interaktionen zwischen ihnen und dem Praxispersonal ein.

Eng verwandt mit der Wahrnehmung der spezifischen Symptomatik und etwaiger weiterer Einschränkungen ist darüber hinaus die Bedeutung des Herzens an sich für die Menschen. Welcher Wert wird diesem Organ im direkten Vergleich mit anderen Organen beigemessen?

Vielleicht bekomme ich irgendwann einen kurzen Herzschlag und aus ist es. Das wäre am allerbesten. Haja. Lang liegen und leiden, das ist Wahnsinn. Lieber kurz und schmerzlos. So denke ich eben. (...) – Frau Wolke 1, Pos. 51

Herr Rot führt die Bedeutung des Herzens aus:

Es ist im Grunde genommen, neben dem Hirn, die Schaltzentrale meines Seins. (...) Beim Herz ist halt die Unsicherheit da, dass sich urplötzlich sozusagen etwas einstellt, das nicht medizinisch kurzfristig behandelt werden kann oder auch das Ende meines Lebens ist, dass das für mich natürlich eine weitaus größere Bedeutung hat wie ein Knie zum Beispiel, im Verhältnis. (...) Mein Körper, mein Sein, das kann dann von einem Moment auf den anderen zu Ende sein. (...) – Herr Rot 1, Pos. 12

Die Aussagen vereint, dass die Bedeutung des Herzens für die Menschen eine zentrale Rolle einnimmt – ein Charakteristikum, das von allen Menschen beschrieben wurde. Vom Schlagen des Herzens hängt alles andere ab und die Unsicherheit bei Herzerkrankungen wird als zusätzlich belastendes Moment wahrgenommen. Gleichmaßen scheint das Herz und sein

Versagen auch sinnbildlich für einen schnellen, angenehmen Tod zu stehen. Es birgt damit gewisse Hoffnungen, langes Leiden am Lebensende zu ersparen. Wohingegen Herr Rot auch die Konsequenz benennt, dass dieser mögliche schnelle Tod gleichsam alle Chancen und Aufgaben des Lebens für den Menschen abrupt beendet. Die von den Menschen geschilderte Bedeutung und Wahrnehmung der Herzerkrankung bestimmt somit als ein weiterer Faktor unter den bereits genannten die Erwartungen an die medizinische Behandlung und die Interaktion mit der Herzpraxis.

Im Laufe ihres Lebens bewegen sich die befragten Personen auch durch andere Erkrankungen im Kontext des Gesundheitswesens und machen dort prägende Vorerfahrungen, was im Folgenden betrachtet wird.

11.5.3 Medizinische (Vor-)Erfahrungen

Die bereits gemachten Erfahrungen im Gesundheitswesen prägen die Menschen in ihrem Sein und in ihren heutigen Interaktionen mit der Herzpraxis, weil sich entlang dieser Erfahrungen verinnerlichte Bedeutungen und Symboliken herausbilden, verändern oder bestehen bleiben.

Medizinische Vorerfahrungen im Rahmen anderer Erkrankungen

Zum einen schöpfen die befragten Menschen Erfahrungswissen aus den eigenen, bereits durchlaufenen Erkrankungen und aus den Erkrankungen anderer Menschen, mit denen sie in Interaktion getreten sind.

Wissen Sie, wenn man ein paar Mal jetzt im Krankenhaus war, dann bekommt man von anderen etwas mit. Da habe ich gemerkt, also wenn der Blutdruck die Niere schädigt oder ein Diabetiker, was da alles zusammenhängt. – Frau Stecher 2, Pos. 14

Auch Frau Becker sammelte bereits Erfahrungen:

(...) Und dann kann ich vielleicht aufgeregt sein, wenn etwas Schlimmes ist oder rauskommt. Aber nicht vorher. Das habe ich gelernt im Krankenhaus. Ich habe bereits 17 Operationen hinter mir. Weil ich kann mich nicht schon vorher verrückt machen. (...) Dann stimmt von vorneherein wegen der Aufregung der Blutdruck und alles nicht. Dann denkt der Arzt, „um Gottes Willen, was ist denn mit der los?“ Und dabei ist es nur die Aufregung, der Stress. (...) – Frau Becker 2, Pos. 14

In anderen Fällen berichten die Menschen von lebensbedrohlichen Erkrankungen in der Vergangenheit, die sie in ihrer Erwartungshaltung und auch in ihrer Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen heute beeinflussen. In Kapitel 11.3.2 wurde bereits Herrn Kochs

Hepatitis als Erkrankung genannt, die ihn über eine lange Zeit mit unterschiedlichen Therapieansätzen begleitet hat, wie er berichtet:

(...) Also die [erste] Therapie war ganz, ganz schlimm. Fast genau ein Jahr lang war ich da zuhause und krank. Und dann musste ich es wegen Erfolgslosigkeit abbrechen. Und dann hat damals der Arzt im Krankenhaus gesagt: „So geht das nicht weiter. Es gibt eine neue Therapie, ganz, ganz neu aus Amerika.“ (...) Ich war der Erste bei uns im Landkreis, wo das überhaupt bekommen hat. (...) Aber es hat geholfen. Nach drei Monaten war ich fertig. (...) – Herr Koch 1, Pos. 16

Ein weiteres Beispiel kommt von Frau Fischer:

(...) Also dann bin ich in die Klinik gekommen. (...) Da hat der Oberarzt zu mir gesagt, dass ich Glück gehabt habe, dass ich das überlebt habe. (...) Jetzt sage ich eben, jetzt lasse ich keine Operation mehr an mich ran. (...) – Frau Fischer 1, Pos. 14

Beide Menschen berichten von überraschenden und spektakulären Heilungen potenziell tödlicher Erkrankungen. Bei beiden hat das Erlebte aber unterschiedliche Folgen. Herr Koch scheint aus dieser Erfahrung gestärkt hervorzugehen und berichtet stolz und zuversichtlich von dem Privileg, eine kostenintensiven und damals einzigartige Therapie in Anspruch nehmen zu dürfen. Frau Fischer hingegen leitet für sich einen Verzicht auf weitere operative Maßnahmen ab, um sich nicht unnötig in Lebensgefahr zu bringen. Sie bezieht dabei im Gespräch mit mir auch ihre Wohn- und Rahmenbedingungen (zwei erwachsene, berufstätige Kinder) in ihre Überlegungen mit ein.

Frau Weber berichtet über eine erlebte Situation im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes nach einem synkopalen Ereignis:

(...) Vielleicht war das ja mit dem Sturz ein kleiner Aussetzer. Weil damals vor drei Jahren (...) habe ich ja schwarzgesehen. Da muss ja eine Ohnmacht da gewesen sein. Diesmal habe ich aber nicht schwarzgesehen, da war ich einfach weg. Und damals vor drei Jahren, da hat mich keiner groß untersucht, woher die Ohnmacht kam. Wissen Sie, wenn man ins Krankenhaus kommt, dann wird ja dort nur der Bruch behandelt. (...) Sonst hat man mich nicht viel gefragt. – Frau Weber 1, Pos. 14

Für mich wird in dieser Aussage deutlich, dass für Frau Weber als Patientin damals eine Ursache für den Sturz interessant war, die hätte behandelt werden müssen. Sie ringt um ein eigenes sinnhaftes Verstehen der beiden Ereignisse, die sich in Details unterschiedlich gezeigt

haben, und verwendet Begriffe der Laiensprache („kleiner Aussetzer“, „Ohnmacht“), um für sich eine Differenzierung ihrer Symptome zu diskutieren. Innerhalb ihrer stationären Behandlung der Fraktur fanden dieser Zusammenhang und auch ihre Meinung dazu jedoch kein Gehör, was für ein heutiges Unverständnis der medizinischen Behandlung bei ihr sorgt.

Während hier vor allem die Krankheiten und deren Heilung im Fokus stehen, berichten andere der befragten Menschen von den damals interagierenden Personen und ziehen daraus ihre Schlüsse.

Interaktionen im Rahmen des Gesundheitswesens

Die befragten Personen erzählen über Interaktionen mit Menschen im Gesundheitswesen, welche für sie prägend waren. Zunächst sollen Interaktionen aus dem ambulanten medizinischen Setting betrachtet werden. Frau Stecher liefert ein Beispiel zur Versorgungssteuerung beim Hausarzt.

I: Warum war denn Ihr Hausarzt nicht so begeistert, dass Sie zum Kardiologen möchten?

B: Ach. Weil ich das selbst entschieden habe (lacht). (...) Damals habe ich einfach angerufen. Und das hat er halt nicht so gut gefunden. Verstehe ich auch. (...) Er hat gedacht, er kann das mit seinen Mitteln lösen. (...) Mir hat es aber nicht genügt. Ich wollte Klarheit. Ich wollte vom Fachmann wissen, wie es aussieht. – Frau Stecher 1, Pos. 5-6

Viele der befragten Menschen haben ähnliche Erfahrungen wie Frau Stecher gemacht. Sie berichten in unterschiedlicher Weise, wie sie sich im Rahmen ihrer Behandlungssteuerung mit den Hausärzt*innen darüber auseinandergesetzt haben, ob und zu welchen Fachärzt*innen sie eine Überweisung erhalten. Dabei scheint es jedoch nicht nur um den bloßen Zugang zu dieser Überweisung und Weiterbehandlung zu gehen, sondern auch darum, ob sich der Mensch von den Hausärzt*innen ernst genommen fühlt. Die eigene Persönlichkeit und die Wünsche für sich selbst scheinen hier durch das Verhalten der Hausärzt*innen in Gefahr zu geraten, weswegen sie von den Gesprächspartner*innen entsprechend verteidigt werden. Umgekehrt scheinen sich auch die Hausärzt*innen nicht wertgeschätzt zu fühlen, wenn sie von den befragten Menschen in ihrer empfundenen Fachkompetenz übergangen werden und diese vehement eine Weiterbehandlung durch Fachärzt*innen einfordern. Eine ähnliche Thematik bringt Frau Rudolf ein, welche davon berichtet, dass sie von ihrem Hausarzt keine über die Medikation weiterführende Therapie erhält. Sie zieht möglicherweise aus dieser Handlung einen Rückschluss auf ihre Wertigkeit und Wichtigkeit für die Gesellschaft im Hinblick auf unterschiedliche vorherrschende Altersbilder.

(...) wenn ich ganz ehrlich bin und Ihnen sage, was der Hausarzt sagt? Der sagt zu mir: „[Frau Rudolf], wie alt sind Sie?“ (...) Dann weiß man alles. Der sagt zu mir: „Sie sind halt auch keine Zwanzig mehr.“ (...) Was soll man denn dazu sagen? (...) Er gibt mir halt meine Medikamente. Er untersucht mich halt ab und zu. Es ist immer alles okay. Aber. (...) Wahrscheinlich muss man im Alter wohl damit leben. (...) Ich weiß es nicht. – Frau Rudolf 1, Pos. 56

Frau Rudolfs Aussage interpretiere ich so, dass sie sich vom behandelnden Hausarzt aufgegeben sowie in ihrer menschlichen Wertigkeit herabgesetzt fühlt und dies zentral *auf ihrem Herzen hat*. Im Gesprächskontext lässt sich jedoch nicht eruieren, ob der Hausarzt diese Aussage tatsächlich unter dem Fokus getroffen hat, dass man in Frau Rudolfs Alter eine über die reguläre Kontrolle und Medikation hinausgehende Therapie nicht mehr durchführen sollte. Eine alternative Interpretation bezieht sich auf die Annahme des alternden Körpers, dessen Funktionen im Lauf der Zeit nachlassen. Frau Rudolf scheint diese Annahme des Hausarztes für sich jedoch nicht zu akzeptieren, wenn sie konstatiert: „Was soll man denn dazu sagen?“ In diesem Satz sehe ich die Enttäuschung Frau Rudolfs darüber, dass der Hausarzt keine weitergehende Maßnahmen zur Behebung des kardialen Problems vorschlägt. Sie fühlt sich in ihrer Krankheitsvermutung von ihm nicht ernstgenommen. Die Suche nach Ärzt*innen, welche die Menschen ernst nehmen, kam im Verlauf bereits mehrmals zur Sprache und bewirkt auch, dass weiterführende oder alternative Untersuchungen in Anspruch genommen werden. Daher sucht sie die weitere Behandlung bei der Herzpraxis: Über eine alternative Therapie und Einschätzung ihrer Beschwerden erfährt sie ein Gefühl der Würdigung, indem sie mit ihrer Annahme zur Erkrankung ernst genommen und in die Behandlung einbezogen wird.

Nicht nur der mögliche Zwiespalt hinsichtlich einer zu erhaltenden Überweisung oder Therapie sorgt für Erfahrungen in der Interaktionen mit Hausärzt*innen, sondern auch die Einhaltung der von ihnen verordneten medizinischen Therapie anderer Erkrankungen. So verhalten sich die befragten Menschen diesbezüglich unterschiedlich und begründen ihr Handeln mir gegenüber.

Und zu meinem Hausarzt habe ich auch gesagt: „Ich vertrage das Medikament nicht.“ Und ich habe ihm dann auch gesagt, dass ich das nicht mehr schlucke. Weil was bringt mir das, wenn das nicht hilft, sondern Nebenwirkungen zeigt. Und da hatte ich dann ein komisches Gefühl, als ich ihm das gesagt habe. Dann hat er sehr komisch reagiert. Ich hatte das Gefühl, dass die Ärzte untereinander sich nicht mögen und das auf meinem Rücken ausgetragen wird. Also ich will ja niemandem auf die

*Ferse treten. Aber mir muss man auch Glauben schenken. – Frau
Fischer 1, Pos. 8*

Frau Süß beschreibt eine Erfahrung mit einer Medikationsverordnung:

*(...) Der Hausarzt möchte mich unbedingt vergewohltätigen, dass ich einen
Fettsenker einnehme. Und ich habe ihm gesagt, dass ich die nicht
vertrage. Ich war in den Achtzigern so oft beim Arzt und wir haben dort
ALLE Statine ausprobiert, die es damals gab. Und am Schluss hatte ich
fast Lähmungserscheinungen. So stark haben meine Muskeln rebelliert,
dass ich in den Rollstuhl sollte. Da habe ich gesagt, „DAS KOMMT NICHT
IN FRAGE.“ Ich lass mich in diesem Alter nicht im Rollstuhl herumfahren.*

(...) – Frau Süß 1, Pos. 25

Interessanterweise sind es wieder die beiden Frauen mit einer früheren beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen, die die verordnete Medikation deutlich begründet ablehnen. Im Zuge dessen erlebt Frau Fischer eine Reaktion des damaligen Hausarztes, welche sie jedoch nicht abschließend einordnen kann. Für mich zeigt dieser Abschnitt einen Teil ihres beruflich erlangten Wissens auf – eine Art Insiderwissen, dass es eben nicht immer nur um die Patient*innen geht, sondern um Größeres – in welchem sie möglicherweise nur eine Patientin unter vielen ist.

Frau Müller beschreibt eine Interaktionssituation, aus der Unsicherheit für sie resultierte. Sie machte die Erfahrung, dass sowohl die Hausärztin als auch der damals behandelnde Kardiologe keine Einschätzung ihres Krankheitsbefundes tätigten und sie in Unwissenheit über den Zustand ihrer Herzklappe gelassen wurde. Hier schildert sie das Erlebte beim Kardiologen:

*(...) Und der saß dann die ganze Zeit vor seinem Gerät und hat etwas vor
sich hingeprochen. Ich habe ja kein Wort verstanden. Da wusste ich nicht
einmal, dass etwas an der Herzklappe nicht stimmt. Erst als ich ein Jahr
später dann nochmal zu ihm gegangen bin, da hat er dann gesagt: „Ah, ja,
das geht eigentlich, es ist gar nicht so schlecht. Da lasse ich Sie wieder
springen.“ Und dann habe ich gefragt: „Was ist überhaupt das Problem?“
Dann habe ich erst mitbekommen, dass da etwas mit der Herzklappe ist.*

(...) – Frau Müller 1, Pos. 6

Frau Müller berichtet im Gespräch, dass sie keine Symptome dieser Herzklappenerkrankung bemerkt hat. Bezüglich einer von außen kommenden Empfehlung zur Herzklappenoperation kann sie mangels Beschwerden keine Entscheidung treffen – und erhält auch keine

Einschätzung von ihrer Hausärztin. Unsicherheit wird in diesem Fall durch unkonkrete Interaktion verstärkt. Es ist für mich daher denkbar, dass Frau Müller diese Erkrankung der Herzklappe nicht nur *am Herzen*, sondern als unkalkulierbares Element auch *auf dem Herzen* hat.

Andere Menschen berichten von Erlebnissen aus dem stationären Setting. Herr Maier erzählt von einem stationären Krankenhausaufenthalt seiner Frau:

Dann bin ich zum Stationsarzt und habe gefragt, ob man das nicht veranlassen kann, dass meine Frau unter Aufsicht die Medikamente einnimmt. Der Arzt hat dann gesagt, dass er sich darum kümmert. Am nächsten Tag bin ich dann wieder ins Krankenhaus, dann waren alle Medikamente noch in dem Medikamentenschieber drin.

(...) Also das mit dem Krankenhaus, das war nicht in Ordnung. (...) Wahrscheinlich hat er das zu den Schwestern gesagt, die haben das wohl dann einfach nicht gemacht. – Herr Maier 1, Pos. 23 + 25

Interessant ist, wie Herr Maier konstruiert, dass sich diese Situation mutmaßlich so zugetragen haben muss. Die Annahme, dass der Berufsstand der Pflege an dem Versäumnis Schuld trägt, wird durch eine weitere Geschichte aus seinen medizinischen Vorerfahrungen jedoch nachvollziehbar.

Ich war ja auch mal ein ganzes Jahr lang am Stück im Krankenhaus wegen meiner Kinderlähmung. (...) Und dann ist man da ja isoliert gelegen. (...) Man konnte nur zum Fenster hineinschauen. Das war Wahnsinn. Da hat mir der Pfarrer die letzte Ölung geben wollen. Dann habe ich den zum Teufel gejagt. Und dann ist der Doktor Müller gekommen und hat mich gefragt, was los ist. Dann habe ich zu ihm gesagt: „Der Dackel da will mir die letzte Ölung geben.“ Dann hat der Doktor zu mir gesagt: „Der Pfarrer kommt nicht mehr rein“, das verspricht er mir. Und die Schwester, die war zutiefst beleidigt. Die hatte schon den Altar aufgebaut und so weiter. Dass ich den Herrn Pfarrer fortschicke. (...) – Herr Maier 1, Pos. 23

In dieser Geschichte gibt es einen positiv und zwei negativ besetzte Akteur*innen. Der Pfarrer und die Schwester, mehr Gehilfin des Pfarrers als eine an ihm und seiner Gesundheit interessierte Angehörige eines professionellen Berufsstandes, gaben ihn auf. Schließlich erscheint jedoch als positiver Akteur der die beiden verscheuchende und letztlich lebensrettende Arzt. Herr Maier verinnerlichte möglicherweise durch die genannte Erfahrung, dass männliche Ärzte Partei für Patient*innen ergreifen, sich engagiert und kommunikativ um Patient*innen bemühen, eifrig und sorgfältig arbeiten. Weibliche „Schwestern“ stellen für ihn

die natürlichen Gegenspielerinnen dazu dar – sie tun etwas nicht, obwohl sie es sollen und der Arzt es ihnen anweist.

Mit diesen Gesprächsausschnitten und Beispielen wurden unterschiedliche Interaktionserfahrungen nachgezeichnet, welche die Menschen in ihren bisherigen ambulanten und stationären Behandlungen erlebt haben. Jede dieser Interaktionen führt dazu, dass sich die Menschen unterschiedlich stark in das Wissen um die Erkrankung und deren Behandlung einbezogen fühlen. Daraus können auch Unsicherheit und eine Unfähigkeit zur Entscheidungsfindung entstehen. Sie verknüpfen diese Erfahrungen mit ihrer Lebensgeschichte und erweitern ihre eigenen Theorien und Annahmen zur Herzerkrankung auf Basis dieser Interaktionen.

Skepsis als Konsequenz divergierender Interaktionen und Erfahrungen

Die erlebten Interaktionen rund um Krankheit können dazu führen, dass die Menschen von unterschiedlichen professionellen Akteur*innen verschiedene Aussagen zu unterschiedlichen Erkrankungen und Zusammenhängen hören. All diese Aussagen werden von den Menschen zu ihrer eigenen subjektiven Theorie weiterentwickelt und an ihre Lebenssituation angepasst. Bei Hinzukommen neuer Informationen können Unsicherheit und Skepsis entstehen, weil die Menschen diese Information nicht in den Gesamtzusammenhang einfügen können – oder weil sie den Befund anders wahrnehmen. In den Gesprächen mit den Menschen fällt mir an einigen Stellen auf, dass sie die Aussagen der Ärzt*innen anzweifeln und skeptisch auf den Behandlungsplan reagieren. Dennoch ist das hierarchische Verhältnis der Menschen zu den Ärzt*innen dadurch gekennzeichnet, dass diese Zweifel nicht kommuniziert werden können – zumindest nicht auf Augenhöhe mit den direkt beteiligten Ärzt*innen. Weiterhin kann die entstandene Skepsis in letzter Konsequenz auch nicht von den eher vertrauten Hausärzt*innen aufgelöst werden.

Die eigenen Erfahrungen mit einer Therapie fließen bei Bemerken von Unstimmigkeiten in das Leitmotiv der Skepsis ein:

*Und dann heißt es immer, es sei alles in Ordnung. Es ist aber trotzdem nicht in Ordnung. (...) Finde ICH. Weil ich bilde mir das Ganze nicht ein. –
Frau Fischer 1, Pos. 4*

Gerade Frau Fischer scheint für diese gespürten Unstimmigkeiten durch diese Erfahrungen geradezu sensibilisiert worden zu sein, denn im Verlauf des Gesprächs bringt sie noch weitere Erlebnisse diesbezüglich ein.

Also grundsätzlich frage ich mich ja schon, wenn mir immer gesagt wird, es ist alles in Ordnung, warum muss ich dann überhaupt noch regelmäßig zu meinem Herzarzt? Das hat mir so richtig auch noch niemand erklären können. Entweder ich habe etwas und muss zum Herzarzt oder ich habe nichts. Dann bleibe ich zuhause. – Frau Fischer 1, Pos. 8

Frau Fischer hat in meiner Interpretation möglicherweise in ihrem Leben bereits die Erfahrung gemacht, von den Ärzt*innen in ihrem Empfinden und ihrer eigenen Einschätzung nach nicht ernst genommen zu werden. Diese Einschätzung formuliert sie deutlich. Im weiteren Gesprächsverlauf zeigt sich bei ihr in Verbindung zu ihrem Beruf als Altenpflegerin, aber auch bei Frau Süß als ehemaliger Krankenschwester, eine Art besonderer Blickwinkel oder auch Insiderwissen hinsichtlich Krankheit und Gesundheit sowie Akteur*innen im Gesundheitswesen, was in Kapitel 11.3.1 bereits beschrieben wurde. Skepsis lässt sich aber auch bei gesundheitsdienstfernen Menschen wie Herrn Götz beobachten, der im Gespräch mit mir von seiner damaligen Lungenembolie berichtet.

(...) Ich komme dann ins Krankenhaus, musste mich auf die Liege legen und durfte nicht mehr aufstehen. (...) Am zweiten Tag kommt dann eine Krankenpflegerin und will mich runterbringen zu einer Untersuchung und setzt mich in einen Rollstuhl. (...) Der Arzt hat das dann gesehen und ist sofort ausgerastet. „Wer hat Sie hier so runtergebracht?“ Ich habe dann gesagt: „Ja, mir ist gesagt worden, ich soll im Rollstuhl runter.“ Ich musste dann sofort auf die Liege. Ich hätte nicht mit dem Rollstuhl runterfahren dürfen. (...) – Herr Götz 1, Pos. 10

Am Beispiel von Herrn Götz zeigt sich Skepsis anhand seiner Erfahrung, wie lapidar und wenig stringent die Kommunikation zum einen ihm gegenüber, zum anderen aber auch innerhalb der Gesundheitsprofessionen zu verlaufen scheint. Zudem realisiert er im Rückblick, was dies für sein Leben hätte bedeuten können. Insofern bewirkt Skepsis hier auch einen generellen Zweifel an der Professionalität der Gesundheitsberufe.

Skepsis entsteht auch durch Merkmale der Persönlichkeit. So steht beispielsweise Frau Wolke für eine Person, welche aus ihrem Glauben zusätzliche Ressourcen zieht. Diese scheinen ihr auch zu helfen, Unverständliches anzunehmen. So zeigt sich im Verlauf des Gesprächs eine Skepsis im Hinblick auf die Entstehung oder Entwicklung von Gesundheit und Krankheit, da der Glaube auch in jegliche ärztliche Diagnosestellung und Therapie einbezogen wird:

(...) Ich war früher bei einem Arzt wegen dem Asthma. Da habe ich früher viele Mittel nehmen müssen. Jetzt brauche ich gar nichts mehr. Es ist alles weg. Ich verstehe das gar nicht. Gibt es denn sowas? Bin ich geheilt

worden. Geheilt. Gibt es doch (lacht). Wissen Sie, ich bin Christin, und im christlichen Glauben verankert. Und ich glaube und mein Glaube hilft mir auch. Das hilft mir viel im Leben, auch mit der Krankheit. Und manche sagen dann, wenn du das und das nicht mehr hast, dann bist du geheilt worden. So sehe ich das fast auch. – Frau Wolke 1, Pos. 47

Im letzten Satz dieses Abschnittes drückt sie diese Skepsis aus. Andere sagen, sie sei geheilt – sie sieht es *fast* auch so. Die Möglichkeit der göttlichen Heilung scheint damit für sie nicht ganz abwegig zu sein und ist einerseits eine eigene Erfahrung, andererseits das Produkt der Interaktionen mit anderen. Hier steht eine Frage im Raum, die Frau Wolke zu bewegen scheint: Was ist göttliche Heilung oder göttliche Krankheit – wo kann und muss ich als Geschöpf aktiv werden, etwas für meine Gesundheit oder Krankheit tun und wo ist es Gott oder das Schicksal, das alles bestimmt? Dies bedeutet, dass auch höchstpersönliche Vorstellungen von Spiritualität, Glaube und Übernatürlichkeit in die medizinische Behandlung und in von außen kommende Befunde über Gesundheit und Krankheit interpretiert werden. Diese können möglicherweise den ärztlichen Befund ergänzen oder zu einem Konkurrenzmodell werden.

Skepsis kann aber auch bearbeitet werden, wenn die befragten Menschen für sich eine Erklärung für die divergierenden Erfahrungen und Interaktionen finden. Frau Weber berichtet über ihre langjährige zusätzliche Behandlung durch einen Heilpraktiker, bei welchem sie weitere, auch von den ärztlichen Befunden abweichende Informationen über unterschiedliche Gesundheitsprobleme und persönliche Ansprache bei krisenhaften Ereignissen erhält. Sie weiß die Verantwortungsbereiche des Heilpraktikers und ihrer Ärzt*innen jedoch voneinander abzugrenzen und gemeinsam zu nutzen.

Manchmal gibt er mir auch Tipps, wie ich was machen kann bei meinen Wehwehchen. Aber da bleib ich dabei. Ich bin da ganz klarer Meinung, dass ich den Ärzten nichts wegnehme, wenn ich zu einem Heilpraktiker gehe. Ich bleibe ganz klar bei meinem Hausarzt. – Frau Weber 1, Pos. 18

Sie scheint für sich aufgrund ihrer Erfahrungen eine Art gleichberechtigte Verantwortungsteilung definiert zu haben. Sie hat für sich einen Plan, was sie von welchen Akteur*innen erwarten kann und wann sie wen in Anspruch nimmt. Hier zeigt sich, dass auch die Herzerkrankung von Frau Weber und das, was sie bezüglich dieser *auf dem Herzen hat*, von einem anderen Akteur – hier dem Heilpraktiker – mitbeeinflusst wird. Ihr Plan wird in die Interaktion in und mit der Herzpraxis rund um das Phänomen der Herzerkrankung in diesem Zusammenhang und Kontext einfließen.

Im Verlauf wurde dargestellt, inwieweit sich die befragten Menschen ihre Herzerkrankung erklären, welche Bedeutung das Herz und die Herzerkrankung für sie haben und wie bisherige Erfahrungen und Interaktionen die Bedeutung der Herzerkrankung beeinflussen. Im nun folgenden Abschnitt wird aufgezeigt, wie die Menschen im Rahmen ihrer Symptomatik handeln. Dabei zeigt sich in den Gesprächen wieder, dass die Menschen sowohl *etwas am Herzen* als auch *etwas auf dem Herzen haben*, das sie belastet. Weiterhin wird deutlich, wie sie versuchen, durch unterschiedliche Handlungen über beides Herr zu werden.

11.5.4 Das Handeln im Alltag und Notfall

Ich unterscheide im Folgenden zwischen Handlungen, die sich auf den Regelfall beziehen, und Handlungen, die konkret in einem von den Menschen als bedrohlich empfundenem Notfall ergriffen werden.

Handeln im Regelfall – bewährte Rezepte und Ansätze

Ganz basal ist zu sagen, dass die Menschen sich und ihren Lebenswandel kennen und grundsätzlich einschätzen können, was ihrem Herzen gut- und schlecht tut. Infolgedessen handeln sie, insbesondere bei erstmaligem und schwachem Auftreten von Symptomen, nach diesem Wissen.

Wenn mir jetzt in den letzten drei Jahren der Blutdruck mal gestiegen ist, muss ich ehrlich sagen, wenn ich mal bei Veranstaltungen mehr als zwei Viertel Wein getrunken hab. (...) – Herr Rot 1, Pos. 10

Er führt weiter aus:

*(...) Ich habe früher Schlagzeug gespielt, laute Musik. Und seit einigen Jahren höre ich klassische Musik. Weil ich merke, das führt bei mir zu einer herzlichen Entspannung. Zu einer Beruhigung. Die Musik wirkt auf mich.
(...) – Herr Rot 1, Pos. 14*

Auch Frau Stecher berichtet von Maßnahmen zur Beruhigung:

Und versuche aber trotzdem immer, mich nicht verrückt zu machen. Und nehme jetzt auch so Lavendel-Pastillen. (...) Damit ich in Ruhe schlafen kann. (...) – Frau Stecher 1, Pos. 2

Während Frau Stecher bei ihren Schlafproblemen ansetzt, beobachtet Herr Rot die Auswirkungen seines Lebenswandels. Ergänzend dazu haben die befragten Menschen bereits Erfahrungswissen zu ihren immer wieder auftretenden Symptomen gesammelt und können weitere Schritte planen.

Also vor kurzem, vielleicht so vor einem halben Jahr, da war ich mal wieder im Krankenhaus wegen Rhythmusstörungen. Und dann habe ich gesagt, jetzt musst du zum Kardiologen. Regelmäßig. Da war mein Hausarzt etwas pikiert, weil ich den Wunsch geäußert hatte, zum Kardiologen zu gehen. Weil ich habe irgendwie gedacht: Ich muss das jetzt tun. – Frau Stecher 1, Pos. 4

Frau Fischer berichtet über einen Erfahrungswert hinsichtlich ihres Blutdrucks:

Ich meine, meinen Blutdruck, den habe ich schon seit langer Zeit. Der geht eben hoch und runter. (...) Das habe ich eigentlich ganz gut selbst im Griff. Das mache ich anhand der Symptome. (...) – Frau Fischer 1, Pos. 24

Durch diese gemachten Erfahrungen zeigen die beiden befragten Frauen eine Sensibilität für ihr Befinden, dem sie individuell unterschiedlich nachgegangen sind. So erkannte Frau Stecher, dass sie eine langfristig begleitende, medikamentöse Therapie und kardiologische Ansprechpartner*innen benötigt und forderte dies bei ihrem Hausarzt ein. Frau Fischer reagiert anhand der Symptome auf ihre Blutdrucksituation. Bei beiden resultiert aus diesen Erfahrungen ein Stück Expertentum in Bezug auf ihre Krankheitsgeschichte.

Ähnlich ist es auch bei Herrn Rots Kuraufenthalt, in welchem er in Seminaren zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelernt hat, inwieweit er durch seinen Lebensstil sein Befinden beeinflussen kann. Auch diesen Punkt sehe ich unter dem Handeln im Regelfall, das aufgrund eigener Erfahrungen und erlerntem Wissen durchgeführt wird, wie es auch bei Frau Stecher und Frau Fischer der Fall ist.

Und Bewegung natürlich auch. Das habe ich natürlich auch gelernt im Kuraufenthalt. Da wurden bei mir von einem Moment auf den anderen sämtliche Medikamente abgesetzt, (...) und ich habe dann etwa ein Jahr ohne Medikamente nach dieser Kur gelebt, aber dann ist das Ding wieder angelaufen. Dann ist der Blutdruck wieder gestiegen, aber das war eine interessante Erfahrung, dass in dieser Kur, in der habe ich keine Medikamente genommen, ich habe viel Bewegung gehabt und entsprechende Versorgung und Verpflegung im Sinne, dass ich ein paar Kilos abgespeckt hab, das war damit verbunden, (...) und ich war natürlich fern vom Beruf. Sozusagen allein für mich auf einer Insel. (...) – Herr Rot 1, Pos. 14

Hier zeigt sich für mich, dass die befragten Menschen unterschiedliche Ansätze verfolgen, um zu einem für sich sinnhaften Handeln im Regelfall zu kommen. Dieses ist zunächst losgelöst von einer ärztlichen Behandlung und bezieht sich auf die Erfahrungen anderer Menschen, auf

Lebensstiländerungen und erworbenes Wissen über die Beeinflussung der Symptome. Anders gestaltet es sich, wenn das Handeln im empfundenen Notfall betrachtet wird.

Handeln im Notfall

Die Menschen berichten hier von Situationen, die sich für sie abweichend vom Regelfall darstellen. Beispielsweise tritt eine andere, unbekannte oder heftigere Symptomatik auf oder die bewährten Strategien zur Kompensation der Symptomatik erweisen sich als nicht ausreichend.

Wobei zwei, drei Mal ging der Blutdruck dann nicht runter, dann habe ich den Hausarzt informiert und der hat dann gesagt, ich soll eine Tablette von der Blutdrucktablette, die ich da nehme, noch eine zusätzliche nehmen, das wäre okay, das könnte ich schon machen, um den Blutdruck zu stabilisieren. Das habe ich dann auch ein paar Mal gemacht so. – Herr

Rot 1, Pos. 8

Obwohl Herr Rot im zweiten Interview bereits Besuche bei einem Herzarzt absolviert hat, fehlen ihm in seiner gespürten Notlage passende Handlungsmöglichkeiten und er greift auf Strategien der zusätzlichen Medikationseinnahme zurück. Diese kennt er noch aus der Zeit seiner nahen Beziehung zu seinem Hausarzt. Dies macht er, auch wenn er vom aktuellen Herzarzt diesbezüglich keine Empfehlung dafür haben zu scheint und kombiniert es mit Bewegung und frischer Luft, was ihm anscheinend hilft:

Ich stehe auf, gehe zum Balkon. Versuche irgendwie frische Luft einzuatmen. Das hat mich dann wieder etwas beruhigt. Zwei Mal habe ich dann auch einfach zwei Tabletten mehr genommen von den Tabletten, die ich vom Herzarzt bekommen habe. – Herr Rot 2, Pos. 8

Frau Weber wiederum berichtet nach 15 Minuten im Gespräch mit mir völlig unvermittelt:

Jetzt fällt mir ein, gestern war es mir total komisch. Da hat es so richtig gestochen in meinem Brustkorb und hinten am Rücken. Mein Mann hat gesagt, ich soll das unbedingt dem Herzarzt sagen. Da konnte ich nichts mehr machen. Mein Mann hat gesagt, ich soll mich hinlegen. Dann hat mein Mann mir ein Glas Wasser gebracht. Und dann bin ich hin gelegen. Dann hat mir mein Mann einen Melissengeist gebracht. Einen verdünnten Melissengeist. Und dann hat er mir angeboten, dass ich sein Spray nehme. So ein Notfallspray. Das hat er mal von einem Herzarzt bekommen. Das wollte ich dann aber nicht. Und dann ist das aber auch bald wieder gut

*geworden. Aber mein Mann hat gesagt, das soll ich unbedingt dem
Herzarzt sagen. – Frau Weber 1, Pos. 20*

Ich erinnere mich an diese Gesprächssituation und wie sie mich damals, aber auch in der weiteren Arbeit mit dem Text immer wieder irritiert hat, denn ich bin selbst der Sohn einer herzkranken Mutter. Bei Symptomen eines Notfalls wägt sie ab, ob sich der Aufwand, zu Ärzt*innen oder in die Notaufnahme zu fahren, überhaupt lohnt. Sie machte bereits die Erfahrung, als Diabetikerin nichts zu essen zu bekommen oder die Nacht in der Notaufnahme allein auf einer Liege verbringen zu müssen und dabei Angst zu haben, vergessen zu werden. In meiner Rolle als Wissenschaftler sehe ich, zu welchem Ausmaß die persönlichen Befindlichkeiten, Ängste, Routinen und Selbst-Beschwichtigungen in ein solches Krankheitserleben der Patient*innen münden. Zudem erschließe ich, dass die befragten Menschen möglicherweise auch erahnen, welche Reaktionen sie mit ihren Geschichten bei den Berufsangehörigen erzeugen. Ebendiese Reaktionen wiederum kenne ich aus meiner Rolle als Berufsangehöriger: Derart handelnde Menschen werden im Setting, in welchem ich tätig bin, immer wieder als unwissende, inkompliante oder sogar dumme Patient*innen wahrgenommen. Dies kann dazu führen, dass sowohl die Geschichte von Frau Weber als auch die vielen kleinen nebensächlichen Erwähnungen meiner Mutter von den Menschen so kommuniziert werden, wie es der Fall ist.

In der Zusammenschau ergibt sich für mich damit zum einen die Erkenntnis, dass die Berufsangehörigen auf den Aspekt fixiert sind, dass ein Mensch *etwas am Herzen hat*. Wenig Beachtung findet dabei der Aspekt, dass dies auch dazu führen kann, dass jemand *etwas auf dem Herzen hat*: Wie viel Aufmerksamkeit schenke ich den aus professioneller Sicht sinnlosen, nicht nachvollziehbaren oder widersprüchlichen Handlungen der Menschen, wenn sie nicht in meine eigene Vorstellung von adäquater und sinnhafter Handlung passen? Weiterhin veranschaulicht dies die Flüchtigkeit dieser Eindrücke und Gefühle der Menschen. Dass sich ein anderer Mensch mir gegenüber öffnen kann, etwas von sich und seinen Ängsten, Erlebnissen und Bedürfnissen preisgibt, kann in einer Interaktion Zeit beanspruchen. Hätte ich im Gespräch mit Frau Weber keine Zeit gehabt, dann hätte ich die relevante Symptomatik im Sinne von *etwas am Herzen haben* vielleicht nicht erfahren. Wie wahrscheinlich ist es, dass ein Herzarzt mit einer durchschnittlichen Kontaktzeit von wenigen Minuten dies erfahren hätte? Nichtwissen oder Wissen hat demnach eine zentrale Bedeutung und Relevanz für die ärztliche und pflegerische Behandlung. Es stellt sich die Frage, inwieweit die medizinische Behandlung unter den vorgefundenen Umständen überhaupt sinnvoll betrieben werden kann, wenn dem individuellen Aspekt der Menschen keine Aufmerksamkeit zugesprochen wird.

Die befragten Menschen orientieren sich in ihrem Handeln auch an ihren Erfahrungen, welche sie in Notfallsituationen gemacht haben. Diese vergleichen sie mit den aktuellen Beschwerden, um eine Einschätzung für sich vornehmen zu können.

*(...) Ich wollte einen Termin beim Herzarzt, weil ich mich nicht wohlfühlte.
Weil sich das jetzt so angefühlt hat wie damals, als ich diese Stents
bekommen habe. Und dann habe ich gedacht, womöglich muss ich
nochmal welche haben. Das ist ja nicht ungewöhnlich, dass man mehrmals
Stents setzt, oder? – Frau Süß 1, Pos. 12*

In fast allen Gesprächen wird deutlich, dass die Menschen auch im Notfall zunächst versuchen, die Situation mit altbewährten Hausmittel zu kontrollieren: Sie versuchen, sich durch frische Luft, Bewegung oder Ruhe zu beruhigen. Sie trinken Wasser und von der Werbung und Mundpropaganda beworbene alkoholhaltige „Stärkungsmittel“ wie Melissengeist, Doppelherz und anderes. Allein Frau Süß scheint sich in ihren Beschwerden auf gesichertes medizinisches Wissen zu beziehen – mit ihrem beruflichen Hintergrund als Krankenschwester ist dies nachvollziehbar. Auch hier zeigt sich zunächst blitzlichtartig, wie sich die persönliche und berufliche Prägung eines Menschen auf die Wahrnehmung einer Herzerkrankung auswirkt, und im zweiten Schritt auch darauf, wie bedrohlich eine Situation eingeschätzt wird.

Für mich wird aber auch eine gewisse Hilflosigkeit in diesen Schilderungen erkennbar. Dies zeigt sich in der Unwissenheit, mit der die Menschen ihren Symptomen begegnen. Sie versuchen, etwas zu tun, aber sie tun es aus einem Automatismus heraus, denn sie können sich die Situation selbst nicht erklären. Ist diese Situation vorüber, bleiben die Menschen hilflos zurück und entwickeln möglicherweise eine Angst davor, eine solche Symptomatik beim nächsten Mal wieder erleben zu müssen.

*Ich muss immer damit rechnen. (...) es dauert immer eine Weile, bis mein
Selbstbewusstsein wieder aufgebaut ist. Bis ich mir wieder vertraue. (...) –
Frau Stecher 1, Pos. 2*

In dieser Kategorie machte ich deutlich, inwiefern die befragten Menschen spüren und erklären, was sie *am Herzen haben* und welche Bedeutung diese Symptomatik für sie hat. Unterschiedliche Erfahrungen und Interaktionen mit dem Gesundheitswesen führen zu subjektivem Wissen oder Theorien, bei fehlender Passung teilweise auch zu Skepsis gegenüber den Aussagen der Ärzt*innen. Weiterhin konnte das Handeln im Regelfall und im Notfall beleuchtet werden. Die Menschen bringen ihre gespürten Symptome und deren Auswirkungen mit ihrer Persönlichkeit und ihren Rahmenbedingungen in Verbindung. Damit haben sie nicht nur *etwas am Herzen*, sondern auch *etwas auf dem Herzen*, weil sich daraus

zusätzlich das Erleben einer Bedrohung ergibt. Der Faktor, dass der Mensch als Ganzes – mit Symptomen, einer Geschichte und damit verbundenen Emotionen – in die kardiologische Behandlung eintritt, bildet die Grundlage für die Interaktion in der Herzpraxis.

11.5.5 Erwartungen an die Herzpraxis: Informationen, Therapie und Einbezug

Aus der Tatsache, dass die befragten Menschen unter kardialer Symptomatik leiden, dass sie *etwas am Herzen haben*, ergeben sich Erwartungen bezüglich Informationserhalt und therapeutischen Ansätzen. Diese Erwartungen sind eng verbunden mit den Bedeutungen aus *Wer ich bin* und *Wie ich lebe*, da eine potenzielle Linderung bzw. Heilung der Symptome und der Herzerkrankung Auswirkungen auf die Lebensaufgaben und die alltäglichen Rahmenbedingungen hat. Weiterhin werden jedoch auch Erwartungen beschrieben, welche daraus resultieren, dass die Gesprächspartner*innen *etwas auf dem Herzen haben*: so zeigen sich hieraus vor allem Erwartungen zum Einbezug in die medizinische Behandlung. Zunächst werden die Erwartungen hinsichtlich der Informationen und der Therapie betrachtet, gefolgt von der Erwartung des Einbezogenwerdens.

Informationen und Therapie

Grundsätzlich ist für die Menschen wichtig, Informationen über den eigenen Zustand zu erhalten. Vor allem geht es um eine Abgrenzung zu den volksläufig angenommenen Abnutzungserscheinungen im Alter. Darüber wollen sie adressatengerecht informiert werden.

Ja, und dann sollte man natürlich mich untersuchen und mir sagen, ob ich etwas habe oder nicht. Das ist natürlich wichtig. Deswegen komme ich ja.

Wenn man nichts findet, ist es wunderbar. – Herr Götz 1, Pos. 24

Herr Koch bezieht sich explizit auf das Alter, das für ihn Einschränkungen mit sich bringt.

(...) Also ob das vom Alter herkommt. Dass man halt sagt, der ist achtzig, da ist das halt normal. – Herr Koch 2, Pos. 14

In diesen Erwartungen sehe ich die Unsicherheit der befragten Menschen, ihre Symptomatik für sich zu verorten. Aus dieser Unsicherheit folgt die Sehnsucht nach jemandem, der ihnen mitteilt, ‚was hier Sache ist‘.

Diese Sehnsucht habe ich in meiner beruflichen Tätigkeit in der Begleitung von herzkranken Menschen oft erlebt und sie wird im Behandlungszimmer häufig konkret formuliert: der Wunsch der Patient*innen, dass ihnen die Ärzt*innen universell gültig sagen können, ob das von ihnen Gefürte eine Alterserscheinung ist oder als krankhaft zu bewerten ist. Dabei bildet diese Erwartung maßgeblich die Interaktion mit der Herzpraxis. Werden die Beschwerden als krankhaft eingeordnet, so ergibt sich konsequenterweise die Frage nach dem Umgang mit der

Krankheit. Möglichkeiten der Behandlung stehen im Raum, für oder gegen welche sich die Menschen entscheiden müssen. Damit kann auch eine Erwartungshaltung der Herzpraxis verbunden sein: Warum eine Krankheit erdulden, wenn sie behandelbar ist – selbst, wenn die älteren Menschen dafür ein höheres Operationsrisiko in Kauf nehmen müssen? Zugleich bedeutet diese Einordnung, das Tun einer Herzpraxis in ein für den Menschen spürbares Kontinuum zu übertragen. Wenn die Symptome krankheitsbedingt sind, so muss eine Herzpraxis diese Krankheit auch zu einer ‚Besserung‘ führen können. Gleichermaßen bestimmt die Einordnung als altersbedingte Erscheinung den Umgang damit. Es entlässt die Herzärzt*innen von dem Anspruch, für eine spürbare Verbesserung sorgen zu müssen – und bedeutet ebenfalls, dass es die Herzärzt*innen in deren Handlungs- und Entscheidungsmacht in Bezug auf Leben und Tod, Krankheit und Gesundheit begrenzt. Die von den Menschen getroffene Entscheidung, wie sie mit dieser Einordnung und dem ärztlichen Befund umgehen möchten, stellt die Weichen für die weitere Interaktion und medizinische Behandlung in der Herzpraxis.

Die Informationen von Praxisseite sollten darüber hinaus für die befragten Menschen verstehbar sein:

Ich habe gedacht, dass er mir erklärt, was man da so machen kann. Aber er hat nur gesagt, dass es verkalkt ist. Das sagt mir als normaler Mensch gar nichts. (...). – Frau Müller 1, Pos. 16

Klarheit und Offenheit prägen die Interaktion mit den Ärzt*innen dahingehend, dass Befunde zeitnah, konkret und in verständlicher Sprache an die Menschen kommuniziert werden. Darüber hinaus erwarten letztere in Bezug auf diesen Befund unterschiedliche Handlungsoptionen, aus welchen sie bestenfalls wählen können. Dies ist auch der zentrale Punkt, welchen die befragten Menschen mit Einholung einer Zweitmeinung verfolgen: Sie sind möglicherweise bereits durch die Hausärzt*innen oder andere Kardiolog*innen mit einer kardiologisch wirksamen Therapie in Berührung gekommen. Sie möchten diese jedoch aufgrund ihres Alltagswissens, ihrer Regelbezüge, Interaktionen mit anderen oder aufgrund des Gefühls der beschriebenen Skepsis noch einmal überprüfen lassen.

Also, ich würde gerne schon wissen, ob das stimmt, was der Doktor Maier zu mir gesagt hat. Ich sage natürlich der Ärztin jetzt nicht, was der Doktor Maier zu mir immer gesagt hat. Ich will jetzt von der Ärztin wissen, was los ist. (...) – Frau Rudolf 1, Pos. 54

Frau Becker hingegen möchte, dass ihre Medikation überprüft wird:

(...) Ich war vor zwei Jahren bei einem Kardiologen etwas weiter entfernt von hier. Und der hat mir damals Tabletten verschrieben und seitdem ist nichts mehr passiert. Ich möchte mal, dass das alles überprüft wird. (...) –

Frau Becker 1, Pos. 6

Die Erwartungen hinsichtlich der Information zum eigenen Zustand beziehen sich jedoch nicht nur auf die Verifikation anderer getätigter Aussagen. Es geht auch darum, eine Einschätzung bezüglich anstehender Operationen oder zur Entwicklung bereits bekannter Diagnosen zu erhalten, was den Übergang zu den Erwartungen hinsichtlich der Therapie der Herzerkrankung bildet.

Und meine Hausärztin konnte mir eben auch keine klare Meinung liefern. Kein ja und kein nein. Da stehe ich dann wieder allein da. Ich hätte einfach eine klare Entscheidung gebraucht. Und mehr Informationen, wie lange das noch dauert, bis die Klappe voll zu ist. Ob das noch Jahrzehnte dauert oder kürzer. (...) – Frau Müller 1, Pos. 16

In den Erwartungen an die Therapie der Herzerkrankung schwingt immer wieder mit, dass die befragten Menschen eine leise Hoffnung hegen, von ihren Beschwerden geheilt zu werden. Manche der Gesprächspartner*innen ziehen in Betracht, dafür durch Lebensstiländerungen selbst aktiv werden zu müssen: Sie beziehen sich in den Gesprächen mit mir auf Sport, Ernährung etc., um ihre Herzgesundheit zu erhalten. Andere wiederum sehen hier vor allem operative oder medikamentöse Maßnahmen in der Pflicht.

Eigentlich nur, dass ich Gewissheit habe, dass ich so weitermachen kann wie bisher. Oder dass der Arzt zu mir sagt, dass ich unbedingt mehr machen muss. (...) Sport. Irgendetwas. Die Beschwerden sollten sich verbessern. (...) Ich weiß ja nicht, wieviel bei mir noch möglich ist? (...) –

Frau Süß 1, Pos. 45

Frau Süß benennt eine empfundene Unsicherheit: Einerseits möchte sie die Bestätigung von Seiten der Ärzt*innen, dass sie so weiterleben kann wie bisher. Andererseits wünscht sie sich eine klare Haltung für den Fall, dass Änderungen des Lebensstils nötig wären. Sie scheint selbst hin und her zu schwanken. Möglicherweise sucht sie nach einer offiziellen Bestätigung, dass ihr eigenes Gefühl über ihren Zustand sie nicht trügt. Frau Becker bezieht sich ausschließlich auf medizinische Therapien:

Dass ich vielleicht neue Medikamente bekomme, die mir das Atmen wieder erleichtern. Das ist wichtig für mich.

(...) Oder dass man eine Operation macht. Das wäre ja nicht meine erste Operation. – Frau Becker 1, Pos. 26 + 34

Bei konkreten Erwartungen an die Praxis sprechen die Menschen vor allem von Lösungen, die von der Herzpraxis aus gesteuert und verantwortet werden: Die Herzärzt*innen verordnen eine passfähige Medikation, welche die Symptome lindert oder verschwinden lässt. Oder sie führen eine Operation durch, welche die Grunderkrankung beseitigt. Analog erscheint der mögliche eigene Beitrag zur Herzgesundheit wie auch die Annahme dieser Lösungen durch die Menschen ambivalent: So nimmt einer der Gesprächspartner*innen im Notfall nach eigenem Ermessen eine Tablette ein, und weiß dabei nicht, um welche Tablette es sich handelte.

(...) Nachts von diesen Tabletten eine weitere halbe genommen. Weiß nicht genau, welche das war. (...) – Herr Rot 2, Pos. 8

Die Ambivalenz zeigt sich darin, dass Herr Rot im Gespräch mit mir mehrfach erwähnt, dass er kein „Freund von Tabletten“ sei. Ähnliches ist bei Frau Becker zu beobachten: In ihrer oben dargestellten Aussage beschreibt sie, dass sie eine Operation in Kauf nehmen würde, wenn ihr Herz dadurch Heilung erfährt. Auch sie berichtet an anderen Stellen, dass sie große Angst vor Operationen hat – und auch, dass sie bereits 17 Operationen hinter sich gebracht hat.

Einbezug in die medizinische Behandlung

Ein Zitat, das sich sowohl auf Informationen und Therapie als auch auf den gewünschten Einbezug der Menschen in die medizinische Behandlung interpretieren lässt, ist folgendes von Herrn Maier:

(...) Angenommen, ich bekomme Medikamente und ich nehme die dann auch und ich merke keine Nebenwirkungen, dann warte ich einfach bis zum nächsten Kontrolltermin ab. Sollte etwas dazwischenkommen, dass ich merke, es wird schlechter oder es hat keine Wirkung, dann würde ich mich eben wieder melden. Dann gehe ich schon davon aus, dass ich auch zeitnah einen Kontrolltermin erhalte. – Herr Maier 1, Pos. 31

Herr Maier zeigt für mich hier auf, dass er sich über die Wenn-dann-Kaskade der Möglichkeiten bereits Gedanken gemacht hat. Herr Maier erwartet damit einen Einbezug in die medizinische Behandlung in dem Sinne, dass er mit seinen Beobachtungen und Wahrnehmungen zum Nutzen der Therapie Gehör findet und ernstgenommen wird. Dies lässt sich anhand seiner Erwartung eines zeitnahen Kontrolltermins erkennen, sollte die Therapie nicht wie gewünscht verlaufen.

Analog zu Herrn Maier spricht auch Frau Weber vom Einbezug in die medizinische Behandlung.

Also er muss unbedingt erst in mich hineinhorchen. Nicht nur sagen: „Wir machen das. Dann machen wir das und das.“ So stelle ich mir das vor. Ich erwarte schon, dass er von mir auch etwas wissen will. Nicht nur, dass er mich von Zimmer zu Zimmer schickt und mich dann erst am Schluss wieder sieht. – Frau Weber 1, Pos. 16

Frau Weber erwartet insofern einen Einbezug in die medizinische Behandlung, als sie ihre Meinung und Annahmen zur Herzerkrankung sowie zu ihrer Lebensweise im weiteren Prozedere als bedeutsam erachtet. Dies ergibt sich für mich durch die Erwartungshaltung, dass die Ärzt*innen etwas von ihr erfragen und Entscheidungen über die zu beginnende Therapie mit Frau Weber gemeinsam treffen sollen.

(...) Und da ist mir dann wichtig, dass ich auch etwas fragen darf. Nicht nur, dass er spricht. Dass er auch nachfragt. Und wenn mir dann was noch im Gespräch einfällt, dann möchte ich das auch äußern. Das ist ja manchmal so, dass einem etwas erst später einfällt. Dass ich das auch sagen darf. Das möchte ich eigentlich schon. – Frau Weber 1, Pos. 16

Dieses Zitat beschreibt weiterhin, dass sich Frau Weber genügend Zeit für die ärztliche Therapiebesprechung wünscht. Gerade der Einwand, dass „einem etwas erst später einfällt“, legt nahe, dass sie möglicherweise bereits die Erfahrung gemacht hat, ihre Anliegen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht zur Sprache bringen zu können. Frau Weber war auch die Dame, die mir im Gespräch unvermittelt erzählte, dass ihr „gestern Abend total komisch“ gewesen sei (s. Kapitel 11.5.4). Nachdem ich diese Erzählung hinsichtlich der Schnelllebigkeit des Gesundheitswesens bereits an anderer Stelle reflektiert habe, zeigt sich hier erneut, dass das individuelle Wesen Frau Webers mit ihrer geäußerten Erwartung der Einbeziehung in die Behandlung bewusst eingeplant werden muss. Dieser Einbezug erfordert demnach auch ein Interesse der Praxisangehörigen an den Rahmenbedingungen und der Geschichte der Gesprächspartner*innen, um in Verbindung mit der traditionell im Vordergrund stehenden Symptomatik eine sinnvolle und von den Menschen akzeptierte Behandlung und Therapie anbieten zu können.

Eine weitere Erwartung zum Einbezug bringt Herr Rot in unserem Gespräch ein. Im Verlauf des Kapitels wurde Herr Rot bereits als Mensch vorgestellt, welcher zum einen früher als Führungskraft tätig war und heute noch kommunalpolitisch engagiert ist. Weiterhin äußert er immer wieder Punkte, die sich auf die Qualität einer Praxis beziehen. In diesem Sinn verstehe ich auch folgende Aussage:

Aber da fehlt auch irgendwie der Raum für solche Dinge. So eine Art Beschwerdestelle für solche Anliegen. Da müsste man ja dankbar sein, wenn mir jemand sowas anvertraut und damit Schwachstellen aufdeckt, für die ich vielleicht sonst einen teuren Unternehmensberater engagieren muss. (...) „Haben Sie einen guten Tipp, wie es bei uns besser laufen könnte?“ (...) „Wir freuen uns über Anregungen und Wünsche.“ – Herr Rot 2, Pos. 32

Herr Rot spricht hier aus der Perspektive der Praxisinhaber*innen und regt dazu an, die Erwartungen, Wahrnehmungen und Sichtweisen der Patient*innen ernst zu nehmen und in die Gestaltung der Praxisarbeit einzuweben. Dies betrifft nicht nur auf den Einbezug seiner Person durch die Frage, ob er mit der vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeit einverstanden ist, sondern geht darüber hinaus: Es bedeutet eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, eine Kommunikation auf Augenhöhe und die Anerkennung seiner Person und seiner Kompetenzen als Mensch, der sich in der Unternehmensführung auskennt.

Bisher habe ich unter Berücksichtigung meiner eigenen Subjektivität aufgezeigt, inwieweit die befragten Menschen nach dem biomedizinischen Modell im deutschen ambulanten kardiologischen fachärztlichen Versorgungssetting eine Herzerkrankung wahrnehmen können. Zum einen spüren sie eine wie auch immer geartete Symptomatik auf individuelle Art und Weise. In Kombination mit der Persönlichkeit und den aktuellen Lebensphasen und Rahmenbedingungen kann dies dazu führen, dass die Menschen nicht nur eine messbare Herzerkrankung vorweisen, sondern dadurch auch psychisch-emotional belastet sind. Denn die Herzerkrankung setzt neben Unsicherheitsfaktoren in Bezug auf die momentane Lebenssituation auch existenzielle Ängste im Hinblick auf die verbleibende Lebenszeit, ihre Rollen und Aufgaben frei. Die Herausforderung besteht demnach darin, diese komplexen und individuellen Umgangsformen mit der Herzerkrankung in die Interaktion mit der Herzpraxis zu übersetzen. Die Herzpraxis befindet sich wiederum als Interaktionspartner in einem Setting, das von Strukturen, Regeln und übergeordneten Vorgaben beeinflusst wird. Diese sind mutmaßlich nicht allen befragten Menschen bekannt. Deutlich wird dies bisher in der Argumentationsstruktur der befragten Personen: Im Gespräch mit mir interpretieren und erklären sie sich das Handeln der Herzpraxis unterschiedlich auf bedeutungsvolle Weise, wobei die Wahrnehmung der befragten Menschen an einigen Stellen signifikant von meiner abweicht. Dies macht deutlich, dass ich in meiner professionellen und fachlichen Prägung einen abweichenden Zugang zu den betrachteten Interaktionen im Versorgungssetting aufweise.

Im Anschluss an dieses Kapitel wird nun die Kernkategorie *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* als Kern der Interaktion zwischen den befragten Menschen und den Praxisangehörigen beschrieben.

12 Kernkategorie: Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen

Im vorliegenden Kapitel über die Kernkategorie steht die Interaktion zwischen den befragten Menschen und der Herzpraxis mit ihren Angehörigen im Fokus der Betrachtung. Während des Besuchs in der Herzpraxis finden unterschiedliche Arten von Interaktionen zwischen den Menschen und der Praxis mit den darin tätigen Personen und vorhandenen Strukturen statt. Zum einen lässt sich direkte Interaktion in Gesprächen und im direkten Umgang zwischen Praxisangehörigen und den Patient*innen beobachten. Zum anderen findet auch indirekte Interaktion statt: Diese manifestiert sich in den von der Praxis dargebotenen (Infra-)Strukturen, einer Grundhaltung (zum Beispiel einem reflektierten oder unbewussten Altersbild) der Mitarbeiter*innen und in den Prozederes, welche die Menschen während ihrer Behandlung durchlaufen. Beide Interaktionsformen führen zu einem Erleben der Menschen auf der Basis ihres Symbolsystems, welchem Bedeutung beigemessen wird. Dabei werden zugeschriebene Bedeutungen durch weitere Interaktionen mit der Praxis fortlaufend angepasst und reflektiert. Dies geschieht innerhalb zwei Kontinuen zwischen *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* sowie *sich wahrgenommen fühlen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*. Die Kontinuen befinden sich damit in einem stetigen Aushandlungsprozess, welcher wiederum von jeder weiteren Interaktion mit der Herzpraxis beeinflusst wird. Beide Kontinuen zielen auf einen übergeordneten Gesichtspunkt, den Frau Süß im Gespräch mit mir sinnbildlich benannt hat:

(...) Das ist schon wichtig, dass mich da jemand an die Hand nimmt. –

Frau Süß 1, Pos. 33

Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen, bedeutet für mich demnach, aus Sicht der Praxismitarbeiter*innen in den beiden genannten Kontinuen zu denken und die Menschen mit diesem Konzept durch die Behandlung zu begleiten. In diesem Sinn werden die in der Herzpraxis ablaufenden direkten und indirekten Interaktionen aus Sicht der befragten Menschen von mir interpretiert. Die Praxis wird aus einem anderen als dem betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Blickwinkel heraus gedacht: aus jenem eines einzigartigen Menschen, der sich mit einer Vorgeschichte, spezifischen Lebensumständen, Symptomen und der eigenen Interpretation dazu in die Behandlung eines Dienstleistungsbereichs begibt. Dieser wird wiederum von eigenen Rahmenbedingungen beeinflusst.

Für den Einstieg in die Kontinuen greife ich nochmals die von den Menschen mir gegenüber geäußerten Erwartungen auf und argumentiere, dass sich für mich darunter ‚mehr‘ verbirgt als das von den Menschen Ausgesprochene. In meiner Analyse zeigen sich Bedürfnisse, welche

den Menschen sprachlich-reflexiv im Moment des Interviews nicht zugänglich sind und/oder von mir nicht erfragt werden konnten. Um die von den Menschen erlebten Bewertungen und getroffenen Entscheidungen ermitteln und diesen Prozess darstellen zu können, werden vor allem die Inhalte der zweiten Interviews mit den Gesprächspartner*innen verwendet.

12.1 Erwartungen als Ausdruck von Bedürfnissen

In meiner Interpretation beziehen sich die Erwartungen zum zwischenmenschlichen Umgang vor allem auf zugrunde liegende Kompetenzen des Personals hinsichtlich Empathie, Respekt, Geduld, Freundlichkeit etc. Die Wahrnehmung des Gegenübers blitzt in diesen Aussagen als begleitender Faktor immer wieder auf und zeigt sich in zwischenmenschlichen Aspekten der Interaktion.

Ja, bei meinem alten Herzarzt gab es eine Frau [Sauer], die ist ja so nett und freundlich. (...) Gleich, wenn sie einen sieht, sagt sie gleich „Grüß Gott“ und meistens gleich den Namen. Das finde ich so nett. (...) Wenn ich sie anspreche und was frage oder so, bekomme ich immer eine nette Antwort.

Die Frau kennt man. – Frau Wolke 1, Pos. 41

Frau Wolke meint damit vor allem freundliche und proaktive Umgangsformen. Frau Süß ergänzt um den Faktor Zeit, welchen sie in der Praxis vermisst und der sich in meiner Interpretation in einer Nichtwahrnehmung ihrer Person zeigt.

Ja, also einfach mehr zuhören und Zeit nehmen. Und das haben die Ärzte nicht. Die haben einfach keine Zeit. Die hören einem auch einfach nicht zu.

Das merkt man dann einfach. Also das hat es früher einfach nicht gegeben. – Frau Süß 2, Pos. 25

Es zeigt sich ein Anspruch der Gesprächspartner*innen, als Mensch und Ganzes wahrgenommen zu werden. Daraus folgt auch der Wunsch nach einer persönlichen Ansprache durch das Praxispersonal. Damit verbunden ist für mich eine dahinterliegende Annahme der Menschen: Ich bin einzigartig. Ich habe eine eigene Meinung und diese trägt einen wichtigen Teil zu meiner Behandlung und der Bewältigung meiner Herzerkrankung bei. Das Bedürfnis des Gesehenwerdens ist demnach groß und zeigt sich im weiteren Verlauf auch im negativ konnotierten Ende des Kontinuums von *sich wahrgenommen fühlen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*, welche*n es ‚abzuarbeiten‘ gilt. Die Erwartungen zum zwischenmenschlichen Umgang werden daher maßgeblich vom Bedürfnis des Wahrgenommenwerdens getragen.

Die von strukturellen Aspekten bestimmten Erwartungen zur Zugänglichkeit und (Infra-)Struktur der Praxis sowie zu den Kompetenzen des Praxispersonals beschreiben

Aussagen zu Terminvergaben, Ordentlichkeit, Praxisausstattung und interner Praxisorganisation. Dabei geht es jedoch nicht nur darum, ob diese Strukturen vorhanden sind oder ob sich die Menschen zum Beispiel in den bereitgestellten Räumlichkeiten der Praxis aufgehoben fühlen. Es geht vielmehr um die Frage: Was bzw. welche Bedeutung strahlen diese Räumlichkeiten für die Menschen aus? Die beiden folgenden Aussagen sollen dies verdeutlichen.

(...) Ich denke halt, dass die Medizintechnik heutzutage eine richtig große Unterstützung darstellt, um auch Krankheitssituationen exakt festzustellen und diese Rahmenbedingungen erwarte ich dann schon bei einem Kardiologen (...), dass da auch eine optimale medizintechnische Ausstattung vorhanden ist und miteingesetzt wird. – Herr Rot 1, Pos. 24

Herr Rot spricht im Gespräch ergänzend ein Vertrauen an, das er haben kann – oder nicht haben kann. Auch bei Herrn Koch, dem auf Ordentlichkeit bedachten Vertriebsleiter, ist dieses Vertrauen in die Kompetenzen und Rahmenbedingungen der Ärzt*innen in seiner Aussage abzulesen.

Ich war einmal vor Jahren bei einem Doktor. Da war ich auch wegen meinen Rückenschmerzen. (...) Wo ich das Röntgengerät gesehen habe, das war ein uraltes Gerät, gefühlt aus dem Jahr 1800. Die Kabel auf dem Boden. Da ist man über die blanken Kabel gelaufen. Also ich habe dann den Doktor darauf angesprochen. Er hat dann nur gegrinst und hat mir gesagt, dass er jetzt bald sowieso aufhöre. (...) – Herr Koch 1, Pos. 34

Neben den bisher bekannten Aspekten interpretiere ich, dass sich sowohl Herr Rot als auch Herr Koch in der Umgebung von modernen und gepflegten Gerätschaften sicher und aufgehoben fühlen, weil sie damit das Vertrauen, die Gründlichkeit und Ernsthaftigkeit der ärztlichen Untersuchung in Verbindung bringen. Sie fühlen sich in ihren Beschwerden ernst genommen und erwarten analog zur angenommenen Komplexität ihrer Beschwerden und ihrer Persönlichkeit ein Umfeld, das diese Komplexität widerspiegelt. Herr Koch zeigte sich im Gespräch mit mir perplex und verständnislos über die lapidare Reaktion des Arztes auf seinen Hinweis hin. Eine andere Sichtweise auf die Ausstattung einer Praxis und der damit verbundenen Bedeutung schildert Frau Wolke:

Neulich war ich in einer Praxis, um ein Röntgenbild zu machen. Alles tipptopp ausgestattet, neu, Warteraum mit Kaffeemaschine, tolle Geräte von deutschen Herstellern, ein Fernseher, wo sie beschrieben haben, was sie alles machen. (...) Da denkt man im ersten Moment: „Wow!“ Im zweiten Moment: „Okay, irgendwie müssen die das auch bezahlen oder bezahlt

*haben.“ Den Ärzten geht es doch immer so schlecht. Da wird man stutzig,
ob das, was man dann immer noch auf eigene Rechnung machen soll,
notwendig ist. Irgendwie müssen die ja auch die Ausstattung finanzieren.
Ist der gut oder kann der gut verkaufen? – Frau Wolke 1, Pos. 41*

Abweichend zu den beiden erstgenannten Männern zeigt Frau Wolke deutlich auf, welche Zweifel sie bei der Zurschaustellung der modernen Praxisausstattung beschleichen. Sie verbindet dies mit den medial transportierten Gehaltsverhandlungen der Ärzt*innen und den damit verbundenen ärztlichen Begründungen. Insofern geben diese Erwartungen und die dahinterliegenden Bedürfnisse bereits einen Vorgeschmack auf das damit verbundene Kontinuum innerhalb der Interaktion: Menschen fühlen sich aufgehoben oder mit der Empfindung ihrer Herzerkrankung alleingelassen. Im Fall der beiden Herren Rot und Koch fühlen diese sich in der Umgebung medizintechnisch moderner und ordentlicher Räume aufgehoben, empfinden Vertrauen und mutmaßen Kompetenz im ärztlichen Tun. Im Fall von Frau Wolke interpretierte ich eher ein Gefühl des Sich-selbst-überlassen-Seins: Frau Wolke muss selbst entscheiden, ob eine angebotene ärztliche Leistung, die sie womöglich selbst bezahlen muss, eine medizinische Dringlichkeit oder Indikation aufweist oder vorrangig dem Portemonnaie der Ärzt*innen dienlich ist.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Interaktionskontinuen jeweils einzeln betrachtet, um einen Überblick über die Dimensionen der Bedürfnisse der Menschen zu geben, wie ich sie subjektiv interpretiere. Die Interaktionen in den zwei Kontinuen erstrecken sich von *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* und *sich wahrgenommen fühlen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*. Die betrachteten und von den Menschen geschilderten Interaktionen werden dabei durch meine Subjektivität begründet in die Kontinuen eingeordnet. Sie können je nach Blickwinkel und Aspekthaftigkeit mehr oder weniger trennscharf voneinander abgegrenzt werden, zumal sich die Interaktion zwischen zwei Menschen facettenreich und überlagernd darstellen kann.

12.2 Die Kontinuen der Interaktion

Zunächst werden die Interaktionen im Kontinuum zwischen *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* betrachtet. Anschließend folgt das Kontinuum *sich wahrgenommen fühlen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*. Damit soll die Interaktion zwischen den befragten Menschen und den Praxisangehörigen dargestellt werden.

12.2.1 Sich aufgehoben und sich alleingelassen fühlen

Dieses Kontinuum erstreckt sich über verschiedene Kriterien und damit verbundene Implikationen. Dazu gehören die **architektonische Gestaltung** der Praxis, Interaktionen bezüglich der **Terminvergabe** an die befragten Menschen und die von den

Gesprächspartner*innen erlebte **Sicherheit und Kompetenz**, welche die Mitarbeiter*innen ausstrahlen. Ein weiteres Kriterium ist die **Informationsweitergabe** der Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen an die befragten Menschen– im Sinne einer proaktiven Gestaltung der Behandlungsplanung, in welche die Gesprächspartner*innen miteinbezogen werden. Entlang der in den Praxen routinemäßig stattfindenden Abläufe werden die Kriterien in der eben dargestellten Reihenfolge bearbeitet.

Herr Rot ist im Gespräch mit mir der Hauptakteur, wenn es um die Thematik der **architektonischen Gestaltung** einer Praxis geht. Der infrastrukturelle Aspekt wurde im Verlauf auch bereits von anderen Menschen miteingebracht. Herrn Rots Fokus liegt möglicherweise eher darauf, ob den Praxisangehörigen im Hinblick auf die architektonische Struktur der Praxis bewusst ist, dass sich Patient*innen in der Praxis aufgehoben oder alleingelassen fühlen können. Dazu gehört, welche Interpretation manche dargebotenen Strukturen im Sinne einer Symbolik für alle Beteiligten erzeugen. Er bezieht sich in den nächsten Ausschnitten aus unserem Gespräch vor allem auf das Wartezimmer und auf die sanitären Anlagen. Hier spricht er über einen Cappuccino-Automaten im Wartezimmer einer Praxis.

(...) Also zum Beispiel dieser Cappuccino-Automat: Je nachdem, wann man einen Termin in der Sprechstunde hatte, konnte oder wollte man überhaupt noch davon einen trinken. Morgens sah die Maschine meist noch ordentlich aus. Mittags dann nicht mehr, teilweise ekelhaft. Aber das hatte in der Praxis irgendwie keine wahrgenommen oder wahrnehmen wollen? Einmal in der Mittagspause reingehen, darüberwischen und dann ist das ja auch wieder gut. Aber man hatte das Gefühl, dass es das Ziel war, dass keiner diesen Automaten benutzt. (...) Und dann haben die Mitarbeiter ja die Patienten nach und nach aus dem Wartezimmer geholt. Die haben GESEHEN, wie das Ding aussieht und alle anderen haben auch GESEHEN, dass die Mitarbeiterin das gesehen hat und einfach nichts tut.

(...) – Herr Rot 2, Pos. 30

Im Gespräch benennt Herr Rot mehrere interessante und bedeutsame Gesichtspunkte. Zum einen nimmt er wahr, dass ein patient*innenfreundliches Wartezimmer zum Standard einer modernen Praxis gehört und dass die Ausstattung einer Praxis heutzutage ein Wettbewerbsmerkmal darstellt. Dem gegenüber steht jedoch die damit verbundene Interaktion. Zum einen bezieht er sich auf die Interaktion, welche die Mitarbeiter*innen mit dem Warteraum selbst pflegen: Nehmen sie ihn insofern als relevantes Element im Rahmen einer medizinischen Behandlung wahr, als er den wartenden Patient*innen ein Gefühl der Geborgenheit und Sicherheit vermitteln kann, oder ignorieren sie dessen Tragweite für die

wartenden Menschen? Wie gehen sie darüber hinaus mit den potenziellen Reaktionen der Menschen auf einen gepflegten oder unsauberen Warteraum um? Für mich ist vor allem die von Herrn Rot genannte versteckte Interaktion in der Analyse interessant: Die Mitarbeiter*innen sehen den beschmutzten Automaten und werden in ihrem Sehen wiederum von den Patient*innen gesehen. Sie nehmen dieses Gesehenwerden jedoch entweder nicht wahr oder sie sind sich der Tragweite dieses Gesehenwerdens nicht bewusst. Die Frage nach der Verantwortung für den Warteraum wird hier nicht direkt gestellt, ist jedoch implizit in diesem Beispiel enthalten und ebenfalls Teil der damit verbundenen Interaktionen in einer Herzpraxis: Der Warteraum gehört den Ärzt*innen. Es ist unklar, inwieweit es innerhalb dieser Praxis zum Standard der Kommunikation unter deren Angehörigen gehört, derart dezidiert die Verantwortlichkeiten für einzelne Räume oder nichtmedizinisch zugeordnete Arbeitsbereiche zu übertragen. So ist denkbar, dass die Ärzt*innen stillschweigend davon ausgehen, dass die Mitarbeiter*innen die Räumlichkeiten pflegen und jene sich gleichzeitig nicht dafür zuständig fühlen. Möglich ist auch das Vorherrschen der Denkweise, dass die Patient*innen selbst für die Pflege ‚ihres‘ Wartezimmers zuständig seien. Die Implikation, ob sich Patient*innen in einem solchen Raum aufgehoben fühlen oder nicht, scheint jedoch ohnehin keine Rolle zu spielen, wenn der Zustand des Warteraums im Alltag für die Praxisangehörigen wenig Relevanz genießt.

Eine weitere Situation, von der Herr Rot berichtet, bezieht sich auf die Toilette(n) einer Praxis. Während es einerseits um die Bewegungsmöglichkeiten innerhalb des Toilettenraumes geht (Haltegriffe, genügend Platz), spricht er außerdem folgende Erfahrung an:

(...) Bei meinem Hausarzt ist das so: Da gibt es nur ein Klo, für Frauen und Männer. Und wenn man dann in ein gewisses Alter kommt als Mann, dann ist das mit dem Pinkeln nicht mehr so gut. Dauert länger, ist mühsam. Und dann ist es schwer, wenn man dann dabei ist und es klopft ständig an der Tür oder die Tür wird versucht, aufzumachen. Das macht es noch schwieriger, auch wenn man dann größer muss und daran denkt, „oh je, jetzt kommt vielleicht eine junge Frau nach mir auf das Klo, die riecht das dann“ und so weiter. Und die wartet draußen und sieht mich ja dann rauskommen. (...) Das sind so irgendwie Kleinigkeiten, die nichts mit der Medizin zu tun haben, aber viel machen mit mir als Mensch. – Herr Rot 1, Pos. 24

Herr Rot adressiert auch in seinem Beispiel zur Toilette die dahinterliegende Überlegung, dass bestimmte Strukturen nicht nur als heutiges ‚Must-have‘ im Sinne einer Grundausstattung oder im Rahmen des Wettbewerbs um Patient*innen vorhanden sein sollten. Für ihn geht es darum, dass diese Strukturen mit Leben und Interaktion gefüllt werden müssen. Interaktion bezieht

sich hier auf eine gedankliche Interaktion: Die Praxisangehörigen müssen sich dafür empathisch in die Lage der die Toilette nutzenden Patient*innen versetzen. Sie müssen eine potenzielle Betriebsblindheit zugunsten einer authentischen Annäherung an die Bedürfnisse von Menschen in einem öffentlichen, fremden und ungewohnten Bereich aktiv überwinden. Das Beispiel beschreibt damit nur indirekt eine Interaktion zwischen den befragten Menschen und den Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen einer Praxis. Die Interaktion ist jedoch von erheblicher Relevanz, wenn sich die Menschen in der Praxis durch die Missachtung dieser nichtmedizinisch geprägten Orte nicht aufgehoben und umsorgt fühlen: Folge dessen kann beispielsweise eine von den Menschen empfundene Scham sein, wie sie von Herrn Rot beschrieben wird. Diese Scham kann den Menschen durch den gesamten Praxisbesuch begleiten. Mögliche Auswirkungen sind, dass er nicht richtig zuhören kann, durcheinander ist, Fragen vergisst oder die der anderen nicht richtig beantworten kann, das Herz schneller schlägt und er dafür am Ende der Behandlung eine Zusatzmedikation erhalten.

Auch hinsichtlich des Anmeldebereichs führt Herr Rot ein Beispiel aus einer ärztlichen Praxis mit urologischem Schwerpunkt an. Dort hat er an der Anmeldung erlebt, dass sensible Krankheitsinformationen über ihn in unsachgemäßer Lautstärke und damit gut hörbar für andere Patient*innen kommuniziert wurden. Weiterhin verhält er sich folgendermaßen:

(...) Da war ich mal und hatte ein Problem am Hoden, das habe ich der Dame dann nicht gesagt. Ich sage ja zu der nicht, „ich habe was am linken Hoden“ und links neben mir steht vielleicht grad noch mein Nachbar. (...) – Herr Rot 2, Pos. 30

Hier zeigt sich in der Konsequenz, wie Menschen reagieren können, die sich in der Praxis nicht aufgehoben fühlen: Sie fühlen sich mit ihren Beschwerden, Sorgen, Einschränkungen alleingelassen. Dabei ist es aus meiner Sicht zweitrangig, ob es sich um ein Problem am Hoden oder um ein angstbesetztes Symptom der Herzerkrankung handelt: Menschen öffnen sich in intimer Weise innerhalb der medizinischen Räumlichkeiten und bereiten sich auf diese Öffnung mehr oder weniger bewusst vor, wenn sie die Praxis betreten. Sind die Räumlichkeiten architektonisch jedoch nicht darauf ausgelegt, ist das schlichtweg nicht möglich. Die Menschen fühlen sich dann weder aufgehoben noch sicher und können sich mit ihren Anliegen nicht öffnen.

Ein weiteres, bereits geschildertes Beispiel betrifft Herrn Schneiders Mutter, welche ihren Mantel nicht selbstständig an die Garderobenstange hängen konnte: Auch hier sorgte das bei ihr entstandene Schamgefühl dafür, dass sie dem Arzt weder zuhören noch eigene Fragen stellen konnte. Des Weiteren zeigt auch die Interaktion der Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen mit den Räumen der Praxis auf, inwieweit die befragten Menschen als Hilfesuchende mit ihren Bedürfnissen überhaupt im Fokus stehen. Dies trägt dazu bei, ob ein medizinisches Problem

im Rahmen der Behandlung vertrauensvoll geäußert werden kann oder ob die Menschen mit ihren Sorgen und Beschwerden allein bleiben. Auch Frau Stecher schildert hier nochmals eine passende Erfahrung zu den körperlichen Bedürfnissen der Menschen.

Und die haben vorne im Anmeldebereich keine Sitzgelegenheit. Und manchmal muss man eben 10 Minuten stehen. Das ist schwierig für viele Patienten. Ich kann es noch. Aber der andere, da kommen ja viele Gebrechliche mit Begleitung. Manche haben dann eben nicht die Kraft, 10 Minuten zu stehen, so lange. – Frau Stecher 1, Pos. 16

Bei der Mutter von Herrn Schneider sorgt vor allem das Schamgefühl dafür, dass sie sich nicht aufgehoben fühlt, was deutliche Auswirkungen auf die Interaktion mit den Praxisangehörigen nimmt. Demgegenüber interpretiere ich in Frau Stechers Beispiel für die gebrechlichen Menschen eine körperliche Erschöpfung und die Fokussierung auf die fehlende Möglichkeit, sich zu setzen. Beide Beispiele zeigen möglicherweise auch auf, dass sich Menschen für ihre Gebrechlichkeit schämen und nicht trauen, nach einer Sitzgelegenheit oder um Hilfe beim Aufhängen des Mantels zu bitten. Sie wollen nicht zeigen, dass sie es nicht selbst können. Dies kann ebenso dazu führen, dass diese Menschen sich nicht aufgehoben fühlen, und dass die Interaktion mit den Praxisangehörigen beeinträchtigt wird.

Ein anderes Kriterium, in dem für mich das Kontinuum zwischen *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* deutlich wird, ist jenes der **Terminvergabe**. Dabei beziehen sich die Aussagen der befragten Menschen auf den ersten sowie zweiten Termin in der Herzpraxis. Im Hinblick auf die Situation, in der die Gesprächspartner*innen einen Ersttermin in der Praxis benötigen, zeigen sich die Ausprägungen des Kontinuums deutlich.

(...) Ja, die Dame am Telefon, die war nett. Die konnte nichts dafür. Die hat nachgeschaut und gesagt: „Es gibt nichts Früheres.“ Die einzige Möglichkeit wäre gewesen, wenn wirklich was wäre, soll ich zu meinem Hausarzt kommen und dann ruft er an und ich bekomme dann sofort einen Termin. (...) – Herr Koch 1, Pos. 14

Frau Weber machte eine andere Erfahrung:

(...) Also da, wo ich damals zum ersten Mal bei einem Herzarzt angerufen habe, war es schlimm. Da hat die Frau am Telefon total unfreundlich und herablassend gesagt: „Wir haben überhaupt keinen Termin für Sie. Sie müssen woanders hin.“ Da hat mir schon die Stimme nicht gefallen. Als hätte ich mich entschuldigen müssen dafür, dass ich es wage, einen Termin haben zu wollen. (...) Und wenn ich dann in die Praxis komme, ist

*sie vielleicht auch ruppig. Nach dem Motto: „Wir haben keine Zeit für Sie.“
Und dann habe ich mich eben in der anderen Praxis angemeldet. – Frau
Weber 1, Pos. 18*

Die Aussage von Frau Weber zeigt, inwieweit die telefonische Kommunikation bereits vor dem persönlichen Kennenlernen dafür sorgt, ob sich die Menschen in der Herzpraxis aufgehoben oder alleingelassen fühlen. Während Herrn Koch von der Mitarbeiterin für den etwaigen Notfall eine Handlungsalternative aufgezeigt wird, ist Frau Weber mit ihren Beschwerden, Sorgen und Ängsten auf sich allein gestellt. Auch andere Menschen äußern im Gespräch mit mir das Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, welches sich durch den als kalt empfundenen Umgang der Mitarbeiter*innen mit ihnen noch verstärkte. Frau Weber benennt darüber hinaus auch ein Beispiel aus einer weiteren Praxis:

*In der Herarztpraxis, wo ich nun hingeh, habe ich auch keinen schnellen
oder früheren Termin bekommen. Aber die Dame am Telefon, das war
etwas ganz Anderes. Da hatte ich das Gefühl, dass ich willkommen bin und
es ihr selbst leidgetan hat, dass es keinen früheren Termin gibt. – Frau
Weber 1, Pos. 18*

Somit interpretiere ich, dass die Rahmenbedingungen, wie der Terminkalender einer Herzpraxis-Sprechstunde, sekundär sind. Was für die befragten Menschen in erster Linie zählt, ist die Interaktion. Es geht um ein menschliches Entgegenkommen im Sinne einer formulierten Empathie, eines Verständnisses für die Lage des unbekannten Menschen am Ende der Telefonleitung, sodass sie sich mit ihrem Empfinden und ihrer Erwartungshaltung nicht alleingelassen fühlen. Auch Herr Koch berichtet im Gespräch mit mir über eine telefonische Situation mit einer orthopädischen Praxis.

*Wo ich neulich im Urlaub war, hatte ich immer wieder richtig starke
Rückenschmerzen gehabt. (...) Am nächsten Morgen, es war Freitag, habe
ich telefoniert mit Praxen aus bis zu DREIßIG Kilometer Entfernung. Ich
habe Freitagmorgen keinen einzigen Termin bekommen. Der letzte auf der
Liste war der Doktor Müller in der Nachbarstadt. Da habe ich angerufen
und dann hat die Dame zu mir gesagt: Also in drei Wochen könnte ich
kommen. Und dann bin ich wirklich ausgerastet. Und dann habe ich am
Telefon gesagt: „Wissen Sie was? Ihr Scharlatane könnt mich kreuzweise
am Arsch lecken. Ich habe langsam die Nase voll! Ich habe jetzt
Schmerzen wie ein Gaul. Ich kann mich kaum rühren. Ich bin am
Verzweifeln und Sie sagen zu mir, ich kann in drei Wochen kommen.“
Dann habe ich den Hörer weggeschmissen. Mir war das peinlich nachher.*

*Ich habe ja meinen Namen gesagt. Und ich muss zugeben, das war eine
Beleidigung. – Herr Koch 1, Pos. 16*

Während er im Gespräch mit mir in der Lage dazu ist, die Situation nochmals für sich zu reflektieren, fehlte ihm diese Gelassenheit im Moment des Telefonats. Er wurde schmerzgeplagt von diversen Praxen abgewiesen und ging letztlich davon aus, dass er bei einer solchen Symptomatik ein Recht auf eine zügige ambulante medizinische Behandlung habe.

Dieser Gesprächsausschnitt hat mich durch die ganze Arbeit begleitet, weil ich unterschiedliche Perspektiven für diese Situation sehe. In meiner beruflichen Rolle als Mitarbeiter, welcher ein solches Telefonat annimmt, stört mich der Gedanke, so von einem Patienten angeschrien zu werden. Die Mitarbeiter*innen stecken ebenfalls in Zwängen und Rahmenbedingungen. Herr Koch zeigt eine Extremform des Sich-alleingelassen-Fühlens – ein Endpunkt der hilf- und machtlosen Aggression, wie sie sich über Gewalt immer wieder im Praxisalltag zeigt und vor allem seit der Coronapandemie verstärkt Aufmerksamkeit erhält.

Ein anderer Gedanke betrifft eine Form der Überheblichkeit, welche ich an mir als Mitarbeiter spüre. So erkenne ich den Versuch Herrn Kochs, mich einzuschüchtern und trete dieser Wahrnehmung mit dem Gefühl entgegen, dass ein Urlaub im Ausland scheinbar kein Problem darstellt und bei Rückkehr alles schnell ‚nach der Nase des Patienten‘ zu laufen habe. Hier bin nun ich als Mitarbeiter in der machtvollen Position und verändere mit meinem Gefühl die Atmosphäre der Interaktion, stelle ihn auch als Simulanten oder Wichtigtuer hin, nehme ihn nicht ernst. Doch hier, innerhalb der Auswertung dieser Gespräche, kommt Herr Koch mit seinem Anliegen nochmals zur Sprache und so stellt sich für mich als Wissenschaftler die Frage, wie diese frustrierten Interaktionen bearbeitet werden können.

Die Praxis verbleibt in ihren starren Strukturen, auch wenn sie aus der Sicht der Menschen betrachtet wird. Man kann *jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen*, indem man beispielsweise empathisch Auswege aus der Situation aufzeigt: andere Kolleg*innen empfehlen, Hausärzt*innen unter Angabe der Termin-Dringlichkeit anrufen lassen, zukünftig offene Notfallsprechstunden einrichten. Möglicherweise hätte auch ein empathisches Einfühlen genügt. Die befragten Menschen möchten je nach Anliegen auch als hilf- und machtlose Patient*innen bei einer von starren Strukturen bedingten Institution Gehör finden: Während manche Menschen angstgeplagt mit akuten Beschwerden anrufen, benötigen andere einen jährlich oder halbjährlich stattfindenden Kontrolltermin, um den Status ihrer chronischen Herzerkrankung evaluieren und die Medikation bei Bedarf anpassen zu lassen. Es gilt, diesen Bedarf von Seiten der Praxis qualifiziert und empathisch zu erfassen, sodass

eine Interaktion über die dahinterliegenden Befindlichkeiten der Menschen stattfinden kann – wie es bei den positiv verlaufenen Telefonaten in diesem Kapitel aufgezeigt wurde.

Allerdings erweisen sich die Rahmenbedingungen, unter welchen die medizinische Behandlung in der Praxis sowohl im akuten als auch im chronischen Fall stattfindet, in den meisten Fällen als unverhandelbar. Sie scheinen oft bürokratisch und weniger am Bedarf der Menschen orientiert, wie die folgenden beiden Datenschnitte aufzeigen sollen.

(...) Es gibt ein Terminservicegesetz, eine Terminservicestelle, Hausarztmodell und Rabattverträge. Heute heißt die Tablette so, beim nächsten Rezept heißt sie ganz anders. (...) Wer versteht das denn noch? Und eigentlich brauche ich Hilfe, (...) weil ich vielleicht einen Herzinfarkt habe. Und dann soll ich aber bitte noch eine gültige Überweisung vom Hausarzt mitbringen. Und ich bin 70. Erklären Sie das mal einem 90-Jährigen. Ehrlich? Ist mir in dem Moment scheißegal. Ich brauche einfach Hilfe und kein neues, x-tes Gesetz. – Herr Schneider 1, Pos. 12

Ähnlich der vorherigen emotionalen Aussage von Herrn Koch zeigt sich auch Herr Schneider in gewisser Weise von den Strukturen der ambulanten ärztlichen Behandlung alleingelassen. Er reagiert darauf mit deutlichen Worten: Patient*innen haben aus seiner Sicht zunächst einmal eine Reihe an Pflichten zu erfüllen, bevor sie einen Termin in der Herzpraxis erhalten. Letzteren erhalten sie dann nach Maßgabe der Herzpraxis und weniger nach ihrem eigenen Ermessen. Dies birgt an verschiedenen Stellen die Wahrnehmung, dass die Empfindung und Bedeutung, welche die Menschen ihren Herzerkrankungen und deren Behandlung zuweisen, für den eigentlichen Akt der Behandlung unerheblich zu sein scheinen. Auch Frau Wolke kommt auf die Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Versorgung zu sprechen:

I: Was denken Sie, warum das der Arzt so macht und nicht anders?

B: Wegen dem Geld. Wenn ich nochmal komme, dann verdient er ja mehr. Das ist das. Das machen aber alle Ärzte so. Das ist ja logisch. Umso öfters man kommt, umso mehr kann der Arzt ja abrechnen. So sehe ich das jetzt.

Ja. – Frau Wolke 1, Pos. 30-31

Frau Wolke bringt ihre regelmäßigen Kontrolltermine mit abrechnungsbezogenen Hintergründen in Verbindung. Dies zeigt ihre Wahrnehmung, dass es nicht ausschließlich um ihre gesundheitlichen Erfordernisse in der ambulanten Behandlung geht. Vielmehr beeinflussen auch andere, monetäre Faktoren ihren Behandlungsplan – unabhängig von ihrem medizinischen Bedarf. Aus meiner beruflichen Perspektive zeigt Frau Wolkes nicht ganz

korrekte Annahme zum einen, welche auch unausgesprochenen Gedanken innerhalb der Patient*innenklientel herrschen können. Zum anderen lässt diese Aussage im Hinblick auf die damit verbundenen Interaktionen den Schluss zu, dass gerade die Menschen mit dem Fokus auf einer chronischen Herzerkrankung kommunikativ eng durch den Behandlungsprozess begleitet werden sollten. Somit können die Bedeutung und Relevanz der regelmäßigen Kontrolltermine auch unter einem gesundheitsförderlichen und evaluativen Aspekt und weniger vor dem monetären Hintergrund eingeordnet werden.

Beide Datenschnitte verdeutlichen auf eigene Art und Weise, inwieweit sich die Menschen auch im Hinblick auf die Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Versorgung und im Speziellen auf die Herzpraxis aufgehoben oder alleingelassen fühlen. Ist der Aspekt der regelmäßigen Kontrollen aus Sicht der Menschen vorrangig ein monetärer, verändert sich die damit verbundene Bedeutung der pflegerischen und ärztlichen Begleitung im Rahmen der Herzerkrankung. Anders verhält es sich, wenn kommunikativ und interaktiv deutlich würde, dass eine chronische Herzerkrankung einer regelmäßigen Behandlung bedarf und das Praxispersonal sich für diese Begleitung auf einer zwischenmenschlichen und fachlichen Ebene anbietet. Aber es zeigt sich auch eine Kaskade, an welcher die Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen der Herzpraxis einen eigenen Anteil haben: Werden die befragten Menschen mit ihren Einschätzungen, Rahmenbedingungen und Annahmen zu Herzerkrankungen vom Praxispersonal nicht in die Behandlung einbezogen, ist nicht verwunderlich, dass patient*inneneigene, unausgesprochene und möglicherweise falsche Annahmen zum Behandlungsprozess in die Bewertung der Interaktion der Praxis miteinfließen. Diese Bewertung wird entlang der Rahmenbedingungen vorgenommen, die die Patient*innen täglich umgeben und in welche sie ihre Beschwerden einordnen müssen.

Weiterhin fällt mir auf, wie die von den Praxisangehörigen ausgestrahlte **Sicherheit und Kompetenz** beeinflusst, ob sich die befragten Menschen in der Interaktion eher aufgehoben oder alleingelassen fühlen.

*Ich bin schon zu meinem Hausarzt gekommen, da war das Chaos perfekt.
Schon an der Anmeldung, beim Anmeldungspersonal. Dass man kaum
mehr wusste, was eigentlich gemacht wird und ob das auch richtig ist. So
ein Durcheinander war dort. – Frau Becker 1, Pos. 28*

Frau Becker nimmt ein Durcheinander wahr, Herr Koch hingegen macht deutlich, dass er die Arbeit anderer kaum beurteilen kann:

*Und beim Arzt hoffe ich, dass er seine Arbeit richtig macht. Ich kenne die
Ärzte ja nicht. Deswegen muss ich mich auf die verlassen. – Herr Koch 1,
Pos. 24*

Sicherheit und Kompetenz wird in den Gesprächen häufig angesprochen. Für mich wird dabei spürbar, dass vor allem die Kategorie der Kompetenz Schwierigkeiten bereitet. Die Menschen operationalisieren das Konstrukt der Kompetenz mit Freundlichkeit, Nachvollziehbarkeit der Aussagen, seriösem Auftreten, Einhaltung von Vereinbarungen, Vorhandensein von akademischen Titeln etc. und machen es damit für sich selbst begreifbar. Die Interpretation von Kompetenz der Menschen fließt in die Interaktion mit der Herzpraxis ein und beeinflusst damit, ob sich Menschen aufgehoben oder alleingelassen fühlen. Kompetenz zeigt sich für die Gesprächspartner*innen im Ergebnis der Interaktion selbst: Erleben sie eine spürbare Verbesserung ihrer Beschwerden oder ist die Interaktion für sie nachvollziehbar, so wird dem Gegenüber Kompetenz zugeschrieben.

Was ich auch gut fand, die Mitarbeiterin hat sich mit mir auch leicht unterhalten. Was sie da jetzt macht. Ich habe dann auch gefragt, was das mit diesem Fingertest da bedeutet. Sauerstoffgehalt im Blut. Und dann hat sie gesagt, dass der bei 99 Prozent läge. Und das wäre das Optimale. – Herr Rot 2, Pos. 22

Auch Herr Koch berichtet über eine positive Erfahrung:

Dann hat es noch einen Arzt gegeben (...). Das war ein Grieche. Wo ich da reingekommen bin, habe ich schon gewusst, was mich da erwartet. Da sind hauptsächlich Ausländer im Wartezimmer gesessen. Fast nur in der Unterhose, weil es richtig heiß war. Einer saß sogar mit nacktem Oberkörper da, der hatte nur ein Handtuch um sich herumgehängt. Es war schlimm. Ich bin dann drangekommen. Der Arzt hat mich angeschaut und gesagt: „Oh, oh.“ Sonst hat er gar nichts gesagt. Dann hat er eine Spritze aufgezogen, hat mir eine Spritze reingeknallt. Und 10 Minuten später hätte ich wieder Rock'n'roll mit Überschlager tanzen können. (...) Also die Spritze war spitze. Die hat sofort geholfen. – Herr Koch 1, Pos. 16

Vor allem das Beispiel von Herrn Koch zeigt Überraschung und Freude nach anfänglichen Vorbehalten im Hinblick auf das Wartezimmer des griechischen Arztes. Seine Erzählung deutet darauf hin, dass er sich nach Bemerkungen der Umstände im Wartezimmer nicht aufgehoben gefühlt hat. Diesen Eindruck hat Herr Koch jedoch nicht auf das Praxispersonal bezogen, nachdem die verabreichte Injektion ihre Wirkung entfaltet hatte. Darüber hinaus scheint es den befragten Menschen durchaus Schwierigkeiten zu bereiten, die Kompetenz der Ärzt*innen objektiv zu beurteilen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Herzerkrankung ein oft multifaktorielles Geschehen ist und die Informationsmöglichkeiten über

Ärzt*innen, Herzpraxen, aber auch Behandlungsmethoden zwar vielfältig, aber auch undurchsichtig und von der Subjektivität einzelner geprägt sind.

Und so ein Spezialist wie der Doktor Grünbart der ja auch vom Alter her große Erfahrung hat. Viel auch in der Forschung (...) war. (...) Und der kann sagen, (...) „ja, Sie haben Ihre Herzrhythmusstörungen, aber sonst ist es so weit okay.“ Der hat ja da auch Erfahrung. (...) Er muss es verstehen und die Zusammenhänge. Und das tut er. Und dann muss er mir nicht jedes Mal von A bis Z aufs Genaueste erklären, wie was wo und so weiter. Und deswegen glaube ich, dass ich da richtig bin. Ohne, dass das dann jedes Mal groß aufgebauscht wird. – Frau Stecher 2, Pos. 14

An anderer Stelle ergänzt sie:

Also ich bespreche mich ja auch immer mit dem Hausarzt. (...) Der bekommt ja auch immer die Berichte vom Herzarzt. (...) Und der hat auch die Meinung, dass die fachliche Qualifikation eben gut ist. (...) Also letztendlich geht die Beurteilung der Qualifikation von meinem Hausarzt aus. – Frau Stecher 2, Pos. 20

Das Vorgehen, die Kompetenz der konsultierten Ärzt*innen von den Hausärzt*innen einordnen zu lassen, ist im Rahmen meiner beruflichen Erfahrung ein weit verbreitetes Vorgehen innerhalb der Patient*innenschaft. Empfehlen die Hausärzt*innen den Besuch in der Herzpraxis und äußern sich positiv über die spezifischen Ärzt*innen, so beeinflusst dies auch maßgeblich das Kontinuum, ob sich der befragte Mensch in der Herzpraxis aufgehoben oder alleingelassen fühlt. Vor allem die Bedeutung von Sicherheit und Kompetenz, welche aufgrund der Behandlung durch die Ärzt*innen erlebt wird, ist im Kontakt mit den Hausärzt*innen veränderlich.

Sicherheit und Kompetenz wird von den befragten Menschen nicht nur als Ergebnis der Interaktion, sondern auch im Prozess der Interaktion selbst erlebt, wie es bei Frau Becker und Frau Schmidt zur Sprache kommt:

Also die Mitarbeiter in der Praxis sind wirklich die Ruhe selbst. Also da habe ich noch nie Stress gesehen. Aber manche Patienten, die benehmen sich wirklich unter aller Kanone. (...) Und wenn solche Patienten dann in der Praxis sind, die bringen dann einfach Unruhe rein. (...) Wenn die Mitarbeiter klar sagen, „so, jetzt kommen wir aber alle mal runter. Einer nach dem anderen. Jeder kommt dran. Wir packen das. Fertig.“ Dagegen, wenn da so eine Sprechstundenhilfe dann umeinander hopft und selbst

langsam am Durchdrehen ist, das ist nichts. Das ist nichts für den Patienten. Das muss die Ruhe selbst sein. Da ist dann auch egal, wie und was der Arzt ist. – Frau Becker 2, Pos. 18

Auch Frau Schmidt machte eine positive Erfahrung mit dem Praxispersonal:

(...) Als ich damals zum ersten Mal da war, da war ein junger Mann in der Praxis. Der war Krankenpfleger oder sowas. Das war nach meiner Brust-OP. Wegen meinem Brustkrebs. Der hat das gut gemacht. Hat gefragt, wo er Blutdruck messen soll, ob das okay ist, dass er das macht oder ob er eine Kollegin herschicken solle. – Frau Schmidt 2, Pos. 2

Interessanterweise zeigt sich hier Sicherheit und Kompetenz als miteinander vermischtes Konstrukt: Fachliche Kompetenz und die Fähigkeit, Ruhe in eine Situation zu bringen, werden von den beiden Frauen als Faktoren genannt, die für sie Sicherheit generieren. Dies wird hauptsächlich von den Praxismitarbeiter*innen geschaffen.

Herr Rot äußert im Gespräch, anhand welcher Merkmale er Sicherheit und Kompetenz beurteilt:

Also man bekommt dann in einer Praxis, wenn man dann da ist, so mit, wie die sich so untereinander unterhalten. Unterhalten die sich über Patienten? Im Flur oder bewahren sie die Anonymität sozusagen? Das wäre für mich so ein Punkt, wo man feststellt, wie es in so einer Praxis abläuft. – Herr Rot 1, Pos. 20

Die Angehörigen einer Herzpraxis werden von den befragten Menschen in ihrer Interaktion und ihrem Handeln beobachtet. Bezüglich dieser beobachteten Interaktionen werden Vermutungen und Schlüsse auf die Kompetenz der Handelnden gezogen. Diese Vermutungen erhalten Bedeutsamkeit und bilden das Gefühl der eigenen Sicherheit. Sie beeinflussen damit, ob sich die befragten Menschen in der Herzpraxis eher aufgehoben oder alleingelassen fühlen. Weiterhin beeinflusst auch die direkte Interaktion der Menschen mit den Mitarbeiter*innen oder Ärzt*innen einer Herzpraxis diese Beurteilung, wenn es darum geht, sich im Behandlungsprozess in Vor- oder Nachbereitung der medizinischen Tätigkeit begleitet zu fühlen.

Es ist natürlich auch gut, wenn die Mitarbeiter aufmerksam sind, wenn ich zum Beispiel gehe und ich nochmal gefragt werde, ob ich nicht ein Rezept noch brauche? „Haben Sie daran gedacht?“ Also mich zu begleiten, durch die Praxis zu führen. – Herr Rot 1, Pos. 22

Frau Müller bezieht sich direkt auf das Gespräch mit mir:

Also ich muss sagen, dass es gut ist, dass ich mit Ihnen hier auch reden konnte. Jetzt konnte ich mir auch nochmal Gedanken machen über die ganze Sache. Sie haben sich Zeit genommen zum Zuhören, auch wenn Sie kein Arzt sind. Das hat mir bei den letzten Ärzten einfach gefehlt. –

Frau Müller 1, Pos. 22

Frau Müller und Herr Rot sprechen hier zwar unterschiedliche Zusatz-, 'Services' an, scheinen sich durch diese Angebote jedoch auch gut aufgehoben zu fühlen. Herr Rot profitiert in seinem Status als Privatpatient von dem proaktiven Angebot, Rezepte für seine einzunehmende Medikation direkt mitnehmen zu können. Damit spart er sich die separate Bestellung über das Telefon. Frau Müller gibt in der direkten Interviewsituation eine Rückmeldung an mich, dass unser Gespräch ihr hilft, ihre Gedanken für den anstehenden Besuch in der Herzpraxis vor dem Hintergrund früherer Erfahrungen zu ordnen. Sie spricht im Rahmen dessen die sonst fehlende Zeit im Gespräch mit den Ärzt*innen an. In meiner Interpretation decken sich diese Aussagen mit den bereits weiter oben dargestellten Erzählungen von Frau Becker und Frau Schmidt insofern, als es den befragten Menschen in erster Linie darum zu gehen scheint, als einzigartige Person im Behandlungsprozess der Herzpraxis wahrgenommen zu werden. Status und Beruf scheinen hingegen zweitrangig zu sein. Ob das Gegenüber Ärzt*in oder Mitarbeiter*in oder – wie in meinem Fall – ein Doktorand ist, spielt eher keine Rolle. Vielmehr ist dies für mich in meiner Rolle als Wissenschaftler ein Hinweis dafür, dass die befragten Menschen auch ein Augenmerk auf die verborgenen oder indirekten Interaktionen in einer Herzpraxis legen. Es verdeutlicht mir auch, dass die Ärzt*innen in ihrer ärztlichen und vermeintlich respektinflößenden Funktion hinter die Relevanz des Kontinuums treten, ob sich jemand aufgehoben oder alleingelassen fühlt. Gerade die Aussagen hinsichtlich der Zusatz-Services zeigen aber auch an, dass diese Interaktionen nicht zum Standard und Alltag der erlebten Interaktionen innerhalb einer Herzpraxis gehören, sondern für einige wenige Gesprächspartner*innen die Ausnahme darstellen.

Schließlich bezieht sich das letzte Kriterium innerhalb des Kontinuums *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* auf die **Informationsweitergabe** im Behandlungsprozess. Die Wahrnehmung der erlebten Interaktion und die Bedeutung, welche die Menschen daraus generieren, sind höchst unterschiedlich und werden im Kontext der Bewertung der eigenen Rolle vorgenommen. Dabei kommen wiederum Aspekte der Persönlichkeit und des eigenen Lebenszusammenhangs zur Geltung. Zunächst verorten die folgenden Erzählungen die Endpunkte der Bedeutungen, die mit der Informationsweitergabe durch die Praxis im Behandlungsprozess von den befragten Menschen verbunden ist:

Also das ist in der Herzpraxis auch unbefriedigend verlaufen. Man hat wohl ein EKG gemacht bei mir, aber es wurde nicht viel geredet, bloß so belanglos und das ist nicht so mein Fall. Für normales Miteinander ist gar keine Zeit da. (...) Aber ich hätte sowas schon erwartet. – Frau Süß 2, Pos. 19

Herr Koch hingegen meint dazu:

(...) Aber das mit dem Herz. Das ist irgendwie weniger schlimm für mich so. Weil ich eben sicher bin und beim Herzarzt gut aufgehoben bin. Ich weiß, wenn irgendetwas wäre, dann kriegen die das auch raus. (...) Das wird mir dann auch gesagt, dass ich etwas machen muss. (...) – Herr Koch 2, Pos. 22

Manche Personen, beispielsweise Frau Süß, erwarten, als Mensch mit ihrer Geschichte, ihrer Expert*innenschaft, ihrer Lebensumstände und Annahmen in den Behandlungsprozess auf Augenhöhe einbezogen zu werden. Sie fühlen sich alleingelassen, wenn sie diesen Einbezug in der Interaktion nicht erleben und ihr Gegenüber dem keine Bedeutung beimisst. Andere wiederum reflektieren zwar den Einbezug ihrer Person mit ihrer Lebensgeschichte in den Prozess der Informationsweitergabe. Jedoch geben sie sich mit dem knapp formulierten Ergebnis der Behandlung zufrieden, wenn sie sich sicher sind, dass der eigene Handlungsbedarf dann formuliert wird, wenn er vonnöten ist. Sie vertrauen der Expert*innenschaft der Praxisangehörigen. Hier zeigt sich deutlich, dass sich diese Menschen auch dann aufgehoben fühlen, wenn sie nach einer medizinischen Behandlung keine oder wenige Details über den Befund erfahren haben. Das bedeutet, dass ein Merkmal der Expert*innenschaft individuell unterschiedlich gewichtet wird: Manche Patient*innen beanspruchen dies für sich, manche tun es nicht und vertrauen der angenommenen Expert*innenschaft der Praxisangehörigen.

Der Eindruck der Interaktion wird von den befragten Menschen in seiner Bedeutsamkeit weiter verarbeitet und auf folgende Interaktionen bezogen. So berichtet beispielsweise Herr Götz über die aus seiner Sicht erlebte Sinnhaftigkeit einer Medikationsverordnung:

(...) Viel kann der [Hausarzt] nicht untersuchen. Der hat mir noch extra irgendwelche Schwindeltabletten verschrieben. Die habe ich dann immer abends genommen. Aber die habe ich dann wieder abgesetzt. Das ist Mist. Bringt ja nichts. Nach ein paar Stunden gehe ich dann schlafen. Was bringt denn das? Wichtig ist ja, dass es am Tag gut läuft. – Herr Götz 1, Pos. 8

Frau Süß berichtet von einer Situation im Krankenhaus:

(...) und dann haben die dort auch ein oder drei Stents gesetzt. Das kann ich nicht nachvollziehen. Das ist kompliziert mit diesen Arztbriefen, weil das nicht schwarz auf weiß dasteht. (...) Ich war ja auch damals nicht ganz bei mir. Man bekommt zwar keine Narkose, aber eine örtliche Betäubung und dann hat der Arzt so viel geredet während des Eingriffs. Und danach hat auch niemand mir etwas gesagt. (...) – Frau Süß 1, Pos. 15

Zunächst scheint nicht ersichtlich zu sein, inwieweit diese nicht aus der Herzpraxis stammenden Interaktionen das heutige Kontinuum zwischen *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* bedingen. Gemäß dem SI führen vergangene Erlebnisse und Handlungen dazu, dass Menschen Bedeutungen neu konstruieren. Folgend kann es sein, dass ein Misstrauen gegenüber den Aussagen der Ärzt*innen entsteht. Herr Götz beispielsweise beurteilt die abendliche Medikation der „Schwindeltabletten“ als „Mist“, weil er die Wirkung der Tabletten am Tage benötigt. Dabei werden für mich in meinen beiden Rollen als pflegerischer Berufsangehöriger im ambulanten Setting und als Wissenschaftler der qualitativen Forschung zwei Dinge deutlich: Zum einen scheint Herr Götz nicht über das nötige Wissen zu Wirkungen und Nebenwirkungen bestimmter Medikationen zu verfügen. Dies ist aufgrund der komplexen Thematik der Pharmakologie und Pharmakokinetik nachvollziehbar. Zum anderen jedoch ist davon auszugehen, dass in der Vergangenheit keine Information über den Wirkmechanismus durch den Hausarzt stattgefunden hat oder die Kommunikation darüber entweder nicht eindeutig oder aber nicht unter Einbezug seiner Lebensumstände erfolgt ist. Denn er hat die Medikation selbstständig wieder abgesetzt. Herrn Götz' Argumentation zeigt vor allem auf, dass ihm die Zusammenhänge der Medikation nicht bekannt sind. Er riskiert durch die Formulierung seiner Argumentation, sich vor den Berufsangehörigen lächerlich zu machen, zum ‚dummen‘ und fordernden Patienten zu werden. Gleichbedeutend könnte den medizinischen und pflegerischen Berufsangehörigen schlichtweg Inkompetenz vorgeworfen werden, wenn sie es nicht schaffen, im Rahmen der Interaktion solche unklaren Zusammenhänge für die befragten Menschen verstehbar zu machen. Daran geknüpft ist die Annahme, dass jegliches professionelles Handeln losgelöst von der Persönlichkeit und der Einzigartigkeit der Menschen, die dieses Handeln letztlich betrifft, erfolgen kann.

Auch im Erzählten von Frau Süß erkenne ich ein aufscheinendes Misstrauen aufgrund bisheriger Interaktionen im Rahmen der erfolgten Stent-Setzung. Obwohl Frau Süß als ehemalige Krankenschwester fachlich gesehen in der Lage dazu ist, einen ärztlichen Befundbericht zu lesen, ist ihr nicht klar, wie viele Stents damals gesetzt wurden. Sie berichtet außerdem über den Arzt, welcher während der Untersuchung viel sprach. Aus ihrer beruflichen Sozialisation weiß sie jedoch, dass die Aufnahmefähigkeit unter Betäubung und Aufregung erheblich eingeschränkt ist. Daher erwartet sie eine Nachbesprechung, die ihr zufolge nicht stattgefunden hat. Es ist nun aufgrund dieser erlebten Situation nachvollziehbar, dass Frau

Süß jegliche Berichte über ihre Erkrankungen in den Praxen anfordert und sich bei fehlendem Einbezug ihr eigenes Bild von der Situation machen möchte. Beide Beispiele zeigen auf ihre eigene Weise für mich auf, dass ein zurückliegendes, empfundenes Misstrauen das Kontinuum beeinflusst und für die Behandlung in einer Herzpraxis relevant ist. Es bedingt und beeinflusst damit heutige Interaktionen zwischen Mensch und Praxispersonal im Fall dieser beiden Frauen dahingehend, dass sie sich eher alleingelassen als aufgehoben fühlen.

Die Informationen im Behandlungsprozess werden von den befragten Menschen im Hinblick auf das Kontinuum *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* auch dahingehend benannt, als sie Komponenten von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen beinhalten. Die Informationen werden von den Gesprächspartner*innen als nachvollziehbar oder nicht nachvollziehbar bewertet. Dies wiederum konstituiert sowohl die stattfindenden als auch die zukünftigen Interaktionen der Menschen mit den Angehörigen der Herzpraxis.

(...) Ich war zum Beispiel beim Doktor Rot. Der hat meinen Arm nach einem Unfall operiert. Das war ein ganz feiner Mann. Der hat das toll operiert. Gute Schrauben reingemacht. Das ist gut verheilt. Das war super. Der hat auch einfach mit mir gesprochen und hat mir fast detailmäßig erklärt, wie man das macht. Das war für mich schonmal beruhigend. Und danach hat es auch noch funktioniert, dann war es natürlich noch besser. – Herr Schneider 1, Pos. 34

Herr Schneider fühlt sich innerhalb der Interaktion durch die detailmäßige und auf ihn zugeschnittene Erklärung zur anstehenden Operation gut aufgehoben. Er kann dieses Gefühl auch nach erfolgter Operation bestätigen: Die Operation schien ohne Komplikationen zu verlaufen und er konnte seinen Arm nach dem besagten Unfall wieder ohne Einschränkungen benutzen. Frau Weber und Frau Müller hingegen sprechen vordergründig die Interaktion mit den Mitarbeiter*innen der Herzpraxis an.

Da wurde ich so freundlich und nett aufgenommen in der Praxis. Da sind zwei Frauen gewesen am Tresen, die haben mich freundlich begrüßt. Und bis der Arzt gekommen ist, war dann eine Arzthelferin bei mir im Zimmer. Die hat dann auch so nett mit mir gesprochen. (...) Das hat mir gutgetan. (...) – Frau Weber 1, Pos. 18

Auch Frau Müller berichtet von einer positiven Interaktionserfahrung:

(...) Die Dame hat sich viel Zeit für mich genommen. Vieles gefragt. Mir ein gutes Gefühl gegeben. War ja damals neu, zum ersten Mal da. Da ist man ja doppelt aufgeregt. (...) Man hat ja eigentlich mit dem Arzt an sich wenig

zu tun in so einer Praxis. Das Gefühl, in der Praxis willkommen zu sein, das Gefühl, dass man gut behandelt wird, das schaffen die Helferinnen.

Oder sie schaffen es halt nicht. (...) – Frau Müller 2, Pos. 2

Aus Frau Müllers und Frau Webers Aussagen lässt sich zunächst lesen, dass sich die Mitarbeiter*innen für beide Damen interessiert haben und freundlich zu ihnen waren. Demnach sind Informationen im Behandlungsprozess auch dadurch gekennzeichnet, dass nicht nur medizinische Fakten mit den Menschen besprochen werden, sondern auch ein alternativer Zugang zu ihnen gesucht wird. Dieser kann in Freundlichkeit und Interesse bestehen. Vor allem Frau Müller betont in diesem Zusammenhang erneut die geringe Rolle der Ärzt*innen während des Besuchs der Menschen in der Praxis. Durch die erlebte Freundlichkeit erreichten die Mitarbeiter*innen, dass sich beide der befragten Frauen aufgehoben fühlten.

Als abschließenden Aspekt der Informationsweitergabe im Behandlungsprozess reflektieren zwei der befragten Menschen, Frau Stecher und Herr Rot, ihre eigene Verantwortung und Rolle innerhalb der Interaktion mit den Ärzt*innen. Sie hinterfragen mit ihren Äußerungen ihr eigenes Zutun zur erlebten Behandlung in der Herzpraxis. Zudem zeigen sie ein Bewusstsein für die Zwischenmenschlichkeit und den Bedeutungswandel einer Interaktion auf Augenhöhe. Zunächst Frau Stechers Aussagen:

Und mein Herzarzt ist natürlich schon etwas speziell. Das weiß man auch.

Und da gab es bestimmt in der Vergangenheit auch mal Probleme. Aber ich bin immer gut mit ihm klargekommen. Weil ich mich kurzfasse und sachlich bin. Und das mag er. (...) Ich habe immer gesagt: „Ich komme gut mit ihm klar.“ – Frau Stecher 2, Pos. 8

Sie ergänzt an anderer Stelle:

(...) Also wenn ich persönlich ein dringendes Anliegen habe, dann kann ich das schon formulieren. Ich bereite mich halt auch vor auf den Arztbesuch.

Und schreibe mir auf was, was ich wissen will. Wichtig ist ja immer, was WILL man eigentlich? Das ist bei manchen Menschen eben schwierig. Die können sich nicht so gut ausdrücken. (...) – Frau Stecher 2, Pos. 16

Frau Stecher erläutert zum einen eine grundsätzliche Haltung zu Charaktereigenschaften des Gegenübers. Sie spricht an, dass einige der Patient*innen Probleme mit der „speziellen“ Art ihres Herzarztes zu haben scheinen. Zum anderen grenzt sie sich jedoch bewusst von dieser Zuschreibung ab. Sie beschreibt stattdessen, wie sie durch ihr eigenes Zutun die Interaktion so gestalten kann, dass sie sich in der Praxis aufgehoben fühlt. Mit ihrer Unvoreingenommenheit und gründlichen Vorbereitung geht sie damit in ‚Vorleistung‘ einer

gelingenden Interaktion und erwartet nicht, dass sich die Praxisangehörigen komplett auf sie einstellen müssen. Auch Herr Rot reflektiert das Angebot der Herzpraxis und die damit verbundene Interaktion in der Auswirkung darauf, ob er sich aufgehoben oder alleingelassen fühlt.

Also die Termine, das sind so klassische Check-up-Termine, die ich da wahrnehme. In der Hoffnung, dass sich nichts negativ verändert hat. Ich gehe davon aus, dass die Untersuchungen ja gespeichert sind und man dann Abweichungen, zum Beispiel, erkennt. Also der Arzt. Und der dann mit mir redet, was aus seiner Sicht ansteht. Ich gehe da einfach zur Kontrolle hin, als Kontrollmaßnahme. – Herr Rot 2, Pos. 16

Weiterhin reflektiert er:

Habe das dann auch nicht angesprochen in der Praxis. Das war vielleicht auch von mir nicht so gut. Da habe ich aber im Moment gar nicht darüber nachgedacht, dass ich das hätte sagen können oder sollen oder müssen. (...)

Das habe ich in dem Moment vergessen. Vielleicht hätte das dazu geführt, dass er das eine oder andere dann genauer angeschaut hätte. – Herr Rot 2, Pos. 8 + 24

Zum einen verdeutlicht dies Herrn Rots Annahme, dass kardiologisch bedeutsame Abweichungen rechtzeitig erkannt werden, wenn er die von der Praxis vorgeschlagenen Kontrolltermine wahrnimmt. Er trägt damit eine Mitverantwortung dafür, dass er sich in der Praxis aufgehoben fühlen kann. Auch an einer anderen Stelle im Gespräch (2. Interview, Pos. 18) betont er, dass er Sicherheit aus diesen regelmäßigen Kontrollen schöpft. Weiterhin veranschaulicht der zweite Auszug, dass er seinen Beitrag, Informationen über seinen Gesundheitszustand an die Praxis zu liefern, durchaus kritisch reflektiert. Von ihm empfundene Schlafstörungen und aufkommende nächtliche Panikattacken darüber, einen Herzinfarkt zu erleiden, thematisierte er in diesem Beispiel gegenüber dem behandelnden Arzt nicht. Vielmehr fragt er sich in der Konsequenz während des Gesprächs mit mir selbst, ob diese Information dazu geführt hätte, dass sich der Arzt seinen Untersuchungsbefund nochmals spezifischer angesehen hätte und somit etwas Verborgenes zum Vorschein gekommen wäre. Daraus schließe ich, dass auch die eigene Informationsweitergabe vonseiten der Patient*innen an das Praxispersonal zu einem Faktor innerhalb des Kontinuums wird, wenn die Annahme einer Interaktion auf Augenhöhe zugrunde gelegt wird.

Zwischenfazit

Das bisher betrachtete Kontinuum *sich aufgehoben fühlen und sich alleingelassen fühlen* bezog sich auf vier beschriebene Gesichtspunkte: So beeinflusst die grundlegende **architektonische Gestaltung** der Einrichtung und Praxisstruktur, ob sich die Menschen gemäß ihrer Einschränkungen sowie ihrem Gefühl in der Praxis willkommen und aufgehoben fühlen. Dabei wurde dargelegt, dass es nicht nur um die Bereitstellung architektonischer Elemente geht, sondern vielmehr um eine Symbolik, welche mit der Ausstattung der Praxis für die Menschen veranschaulicht wird.

Weiterhin spielt die Interaktion im Rahmen der **Terminvergabe** eine Rolle. Dabei ist zweitrangig, welche Vorgaben bezüglich der Terminvergabe herrschen. Es wurde vielmehr beleuchtet, inwieweit die zumeist anrufenden Menschen im Rahmen ihrer Symptomatik und ihrer Geschichte von den Praxismitarbeiter*innen begleitet und empathisch bedacht wurden. Dies beeinflusst wiederum, ob sich jemand eher aufgehoben oder alleingelassen fühlt.

Der dritte Aspekt zielte auf die Interaktion der befragten Menschen mit den Praxisangehörigen im Hinblick auf die erlebte medizinische Behandlung in der Praxis. Erleben die Menschen ein Gefühl von **Sicherheit und Kompetenz** in der Interaktion mit den Praxismitarbeiter*innen, so wirkt sich dies ebenfalls darauf aus, ob sie sich aufgehoben oder alleingelassen fühlen. Wie ich jedoch mit den Geschichten der Menschen zeigen konnte, hängt dies auch vom persönlichen Erleben beider Seiten, der zugrunde liegenden Thematik und der individuellen Tagesform ab.

Schließlich leitete ich über zur generellen **Informationsweitergabe** im Rahmen des Behandlungsprozesses. Hier wurden Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen adressiert, welche beide in ihrem jeweiligen Wirkungsbereich durch Interaktion und Handlung dazu beitragen oder nicht, ob sich die Menschen in der Praxis aufgehoben oder alleingelassen fühlen. Insbesondere Kommunikation und proaktiver Einbezug der Menschen vonseiten der Praxisangehörigen scheint ein Schlüssel zur positiven Gestaltung von Interaktion im Sinne des Sich-aufgehoben-Fühlens zu sein. Vergangene und aktuelle Interaktionen beeinflussen dabei die Bedeutung der heutigen Interaktionen und sind wiederum Grundstein für nachfolgende Interaktionen mit der Herzpraxis.

Im weiteren Verlauf wird ein zweites Kontinuum beschrieben, welches aus meiner Interpretation der Gespräche mit den befragten Menschen der Herzpraxis folgt. Dieses Kontinuum beschreibt die Zustände der Interaktion mit den Polen *sich wahrgenommen fühlen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*.

12.2.2 Sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen

Also ich habe manchmal das Gefühl, dass die Ärzte den Computer mehr mögen als den Menschen, der da vor einem sitzt. Ja, einer der Herzärzte hat immer in den Computer geschaut. Wie, wenn ich überhaupt nicht da wäre. Natürlich hat er mit mir geredet. Aber er hat einfach in den Computer geschaut. Das war das Allerwichtigste, dass er da die Sachen eingetragen hat. – Frau Süß 2, Pos. 27

So beschreibt es Frau Süß. Auch in diesem Kapitel werden die in der Herzpraxis stattfindenden Interaktionen aus Sicht der befragten Menschen und unter meiner Interpretation mithilfe eines weiteren Kontinuums dargestellt. Dieses bewegt sich zwischen den Polen *sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*. Im Vergleich zum vorherigen Kontinuum geht es hier um die zwischenmenschlichen Komponenten der Interaktion: Diese entscheiden darüber, ob sich ein Mensch in Gänze wahrgenommen und wertschätzend behandelt erfährt oder die Erfahrung macht, als unbedeutende Patient*innennummer durch den Praxisbetrieb geschleust zu werden, wie es in Frau Süß' Aussage für mich deutlich anklingt.

Die Betrachtung dieses Kontinuums erfolgt analog zum vorherigen Kontinuum ebenfalls mithilfe von vier Kriterien. Die ersten beiden Kriterien beschreiben den **Umgang mit altersbedingten Einschränkungen** und die Aussagen der Menschen zu einem **persönlichen Umgang**. Weiterhin wird betrachtet, inwieweit die von den Menschen erlebte Interaktion **Würde und Aufmerksamkeit** zwischen den Interagierenden abbildet. Abschließend zeigen einige Erzählungen auf, wie sich die befragten Personen **in starren Strukturen** der Praxisorganisation und in diesem Sinn auch der Praxisinteraktion befinden.

Einige Beispiele der befragten Menschen beziehen sich auf den **Umgang mit altersbedingten Einschränkungen** innerhalb der Behandlung in der Herzpraxis.

Ich denke, es ist doch schon auch sinnvoll, dass man für alte, herzkranke Menschen spezielle Mitarbeiter hat, die sich mit den Bedürfnissen der Alten auskennen. Aber eigentlich sollte das bei jeder Krankheit und jedem Alter so sein. Gutes Personal ist enorm wichtig in so einer Praxis. Aber leider findet man das doch selten in so einer Praxis. Komisch eigentlich. – Frau Müller 1, Pos. 18

Frau Müller spricht hier von einer personellen Zugewandtheit, die sie im Alltag der Herzpraxis nicht zu erleben scheint. Diese Zugewandtheit begründet für sie die Bedeutung des Altseins und damit zusammenhängender Interaktion maßgeblich in die Richtung der Menschenwürde: Sie erwartet spezielles Personal, das proaktiv auf potenzielle Bedürfnisse des „alten Menschen“ eingeht und diese empathisch-zugewandt durch die komplexen und technischen

Zusammenhänge einer ärztlichen Behandlung begleitet. Frau Müller erkennt damit an, dass die Kompetenz, einen älteren Menschen zu begleiten, keine selbstverständliche und allgemeine zu sein scheint. Sie benennt als konkrete Bedürfnisse Orientierung bei Einschränkungen des Sehens, des Hörens und eine verständliche und genaue Erläuterung des medizinischen Befundes.

Auch Herr Rot äußert sich im Gespräch mit mir in eine ähnliche Richtung wie Frau Müller.

I: Was macht denn für Sie eine altersgerechte Herzarztpraxis aus?

B: (...) Dass der einzelne Patient nicht die Nummer 110 ist, sondern die Frau Müller oder der Herr Maier. Dass ich als Person unterwegs bin. (...)

Das ist dann so eine Arztpraxis mit Persönlichkeitsfaktoren (...) Die Wahrnehmung will natürlich jeder haben, denke ich, egal, ob alt oder jung.

Aber diese alte Frau ist vielleicht alleinstehend oder vielleicht mehr alleinstehend wie andere Menschen. (...) Also beim älteren Mensch hat das für mich einen zunehmenden Faktor. Weil älteren Menschen viel eher in den Fokus rückt, dass es von heute auf morgen viel schneller gesundheitlich schlechter werden kann oder sogar zu Ende sein kann. –

Herr Rot 2, Pos. 29–30

Eine weitere Aussage stammt aus dem Gespräch mit Frau Süß: Es zeigen sich im selben Gespräch zwei unterschiedliche Erwartungen an die medizinische Einschätzung ihrer Situation. Bezüglich ihrer Erwartung an die kardiologische Behandlung sagt sie:

(...) Ich hoffe, der Arzt ist auch so frei und sagt mir: „Was wollen Sie? Sie sind schon so alt. Was wollen Sie noch? Es geht nicht mehr.“ Damit kann ich leben. Aber ich kann nicht damit leben, so einfach abgeschoben und abgefertigt zu werden. Nur, dass man das Versicherungskärtchen

abgibt. – Frau Süß 1, Pos. 33

Im weiteren Verlauf berichtet sie von einer Erfahrung aus der hausärztlichen Praxis:

(...) Also der Hausarzt hat auf der Überweisung wirklich geschrieben, „möchte Abklärung“. Das kann man doch auch jemand zugestehen, oder? Kann ein Arzt sagen: „Nein, das sehe ich eigentlich nicht ein?“ Das hat er mir tatsächlich auch direkt gesagt. „Was wollen Sie denn noch? Sie sind doch schon so alt. Seien Sie doch zufrieden.“ Ich helfe mir in vielen Sachen selber. Da mache ich einen Umschlag. Aber das hat mit dem Herz nichts zu tun. Bei dem Herz möchte ich aber, dass danach geschaut

wird. (...) – Frau Süß 1, Pos. 49

Dies mag zunächst widersprüchlich wirken. Dennoch erkenne ich in dieser Widersprüchlichkeit den Wunsch danach, dass sie als ältere Frau angehört und ernst genommen wird. Dass ihr verbleibende Möglichkeiten aufgezeigt werden, die Therapien oder auch den Umgang mit der ausweglosen Situation betreffen. Dass ihr dies auf eine wahrnehmende, anerkennende und das Alter einbeziehende Art und Weise vermittelt wird. Geschieht diese Einschätzung und Kommunikation nicht vor einem alterssensiblen und interaktiven Hintergrund, fühlen sich die Menschen nicht wahrgenommen. Sie fühlen sich wie Patient*in 08/15 – nicht ernst genommen, nicht angehört, nicht als einzigartig betrachtet und zu monetären Zwecken schnell durch den Praxisbetrieb geschleust.

Es dreht sich schlichtweg um die Anerkennung und das proaktive Einflechten einer einzigartigen Person in den medizinischen Behandlungsprozess. Dieser umfasst sowohl die Betreuung durch Ärzt*innen als auch durch Mitarbeiter*innen. Eine berufsprufessionelle Haltung, die altersbedingte Einschränkungen sowie wie deren Bedeutung für die Menschen mit eindenkt, muss zum einen von den primär verantwortlichen Personen – hier den Praxisinhaber*innen als Unternehmer*innen im Wettbewerb – als wichtig erachtet, vorgelebt und gegenüber den Mitarbeiter*innen und anderen Ärzt*innen gefördert werden. Dazu muss praxisintern Kommunikation und Austausch über dieses eher theoretische Thema stattfinden. Eine weitere Möglichkeit sind zum anderen entsprechende praktische Fortbildungen, beispielsweise mit Rollenspielen, um Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen für solch komplexes und nicht immer offensichtliches Handeln zu sensibilisieren. In einem zweiten Schritt bildet sich das berufsprufessionelle Handeln entlang dieser Richtschnur im Unternehmen Herzpraxis: Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen agieren im Rahmen ihrer Rolle und Aufgabenbeschreibungen proaktiv auf die Bedürfnisse der Menschen bedacht und denken deren altersbedingte Einschränkungen mit ein.

Anschließend an diese Betrachtung stelle ich das Kriterium des **persönlichen Umgangs** miteinander dar. Dieses bezieht sich weniger auf altersbedingte Einschränkungen, sondern auf den allgemeinen, als zwischenmenschlich positiv oder negativ empfundenen Umgang, von welchem mir die Menschen in den Gesprächen erzählen.

(...) Gleichzeitig hat sich diese Zugewandtheit, die es vielleicht früher in vielen Praxen noch gab[, geändert]. Dieses kleine, familiäre. Das gibt es nicht mehr so oft. Das bleibt manchmal und auch bei meinem Herzarzt, finde ich, auf der Strecke. (...) – Frau Stecher 2, Pos. 16

Mein Hausarzt hat auch neulich in der Praxis zu den Sprechstundenhilfen gesagt: „Unsere Frau [Weber], das ist unsere liebste Patientin.“ Das hat mir natürlich auch gutgetan. – Frau Weber 1, Pos. 18

Das „kleine, familiäre“, wie es Frau Stecher benennt, wird eher den Hausärzt*innenpraxen zugeschrieben. Es wird aber auch hier in den Gesprächen immer wieder deutlich, dass die Menschen in der Regel über sich heute bereits im Ruhestand befindliche Hausärzt*innen sprechen. Diese begleiteten die befragten Menschen in erster Linie während deren Erwerbstätigkeitsphase. Frau Weber zeigt mit ihrer Aussage auf, dass sie die genannte Zugewandtheit in der Praxis ihres Hausarztes erlebt und schätzt. Die Zugewandtheit bezieht sich in diesem Zitat letztlich auf das vor den Mitarbeiter*innen geäußerte Lob ihrer Person. Sie zieht daraus eine Anerkennung ihrer Person, im Sinne einer besonderen Wichtigkeit, die für sie spürbar auch in der Behandlungssituation eine positive Rolle spielt.

Auch Herr Koch scheint heute noch einen zugewandten Hausarzt zu haben.

Also ich habe einen Hausarzt, bei dem läuft das ganz anders. Der ist hervorragend. Das ist keiner von denen, der in einer halben Stunde dreißig Leute durchschleust. (...) Der nimmt sich Zeit. Der setzt sich hin. Der redet mit einem. Der setzt sich hin, forscht, macht etwas. Stellt eine Überweisung aus. Also das finde ich wirklich toll. Solche Ärzte gibt es selten. (...) – Herr Koch 2, Pos. 14

Hier wird für mich deutlich, dass sich Herr Koch von seinem Hausarzt als Mensch wahrgenommen fühlt. Ein maßgeblicher Gesichtspunkt ist für ihn dabei die Zeit, die sich der Hausarzt für seine Patient*innen zu nehmen scheint. Ein weiterer sind die Verantwortung und das Engagement, welches er hinsichtlich seiner damals teuren und innovativen Hepatitis-Therapie erfahren hat.

Aus meiner beruflichen Sozialisation ergibt sich die Annahme, dass die angenommene Kompetenz der Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen bezüglich einer allgemeinen Freundlichkeit, Zugewandtheit oder vielleicht auch aufopferungsvollen Menschenliebe im Alltag eine Selbstverständlichkeit zu sein scheint. Man arbeitet „schließlich mit Menschen“ und wer da nicht freundlich und hilfsbereit agiert, der „habe wohl den Beruf verfehlt“. Diese und weitere Annahmen zu den Eigenschaften der Mitarbeiter*innen höre ich täglich in den Diskursen, welche in meinem Berufsfeld herrschen. Dies zeigt sich nicht nur in der Interaktion mit den Menschen und deren Erwartungen an den zwischenmenschlichen Umgang mit ihnen, sondern darüber hinaus auch in den Vergleichen, welche die Mitarbeiter*innen unter sich selbst anstellen. Aber auch in Diskursen, welche im Bewerbungsprozess rund um die Einstellung neuer Mitarbeiter*innen stattfinden und von flüchtigen Eindrücken geprägt sind, wird dies erkennbar. Demgegenüber erlebe ich jedoch auch in meiner Rolle als Führungsperson, dass diese scheinbar selbstverständliche Kompetenz unter den Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen oftmals eben nicht per se ausgeprägt ist. Vielmehr zeigt sich für mich, dass das berufliche

Handeln im Hinblick auf diesen Aspekt eher von den momentan herrschenden Rahmenbedingungen, der persönlichen Tagesverfassung und/oder anderen externen Faktoren beeinflusst zu sein scheint. Ich nehme einen Tenor wahr: Freundlichkeit, Zugewandtheit, Berücksichtigung des Alters – dies sind im hiesigen Berufsfeld keine beruflich zu erarbeitenden Kompetenzen, die gelernt, gefördert, ausgebaut oder verlernt werden können. Es sind auch keine konkreten Lernfelder in der Ausbildung zu Medizinischen Fachangestellten. Sie werden nach meiner Wahrnehmung dem Zufall überlassen, der eigenen, persönlichen Welt eines Menschen. Gleichzeitig existieren in meiner Berufswelt verschiedene Definitionen dieser Kompetenzen: Bedeutet Freundlichkeit, einem anderen Menschen alles zuzugestehen, nicht nein zu sagen, nicht anzuecken? Eine professionelle Freundlichkeit, die erlernbar ist und auch Grenzen setzen kann, ist im Berufssetting nicht die Regel, wie diverse Fortbildungsangebote zur Förderung dieser Kompetenz zeigen. Wie gestaltet man den Einbezug der Menschen unter Berücksichtigung ihrer Einschränkungen – und gibt ihnen dabei das Gefühl, etwas zur Versorgung beizutragen? Es wird deutlich, dass diese Kompetenzen eben nicht selbstverständlich sind und deren Ausbildung dafür, *jemanden mit seinem Herz an die Hand zu nehmen*, eine wichtige Rolle einnimmt.

Mit den beiden nachfolgenden Kriterien Würde und Aufmerksamkeit sowie Patient*in 08/15 in starren Strukturen möchte ich für die eben angesprochene Implikation weiter sensibilisieren, um das Kontinuum zwischen *sich wahrgenommen fühlen und sich als Patient*in 08/15 fühlen* greifbar zu machen. Zunächst beginne ich mit dem Kriterium der **Würde²⁶ und Aufmerksamkeit** innerhalb der Interaktion.

(...) Also bevor mein Mann gestorben ist, waren wir zusammen bei unserem Hausarzt. Und der hat dann meinen Mann eingewiesen, also mein Mann ist dann auch an der Herzsache gestorben. Und da kam dann KEIN Anruf. Also kein „es tut mir leid“ oder so etwas. (...) Es gibt dann verschiedene Menschen, da wartest du eigentlich auf eine kleine Rede oder irgendwas. Ob das jetzt der Arzt ist oder der Pfarrer. (...) Und da kam gar nichts. (...) So viel habe ich dann schon erwartet. (...) Das hat jetzt mit

26 Würde ist ein großer Begriff, dessen Explikation nicht Teil dieser Arbeit sein kann. Ich als Autor orientiere mich dabei an dem Begriff der Würde als Haltung von Eva Weber-Guskar (2016). Würde als Haltung bedeutet hier, seinem Selbstbildnis gerecht zu werden und ist kein absoluter Wert oder Status, sondern graduell. Würde kann durch andere Menschen verletzt werden; man kann Würde aber auch wiedererlangen. Um in Würde zu leben, stellt Weber-Guskar drei Voraussetzungen vor: Das Vorhandensein von Vernunft, Wille und Selbstverfügung, als Mensch zu leben (und nicht als Ding) und ein individuelles Selbstbild zu leben. Während für sie die ersten beiden Stufen für ein Leben in Würde unverhandelbar notwendig sind, ist der dritte Punkt in Einzelfällen zu diskutieren (Weber-Guskar, 2016).

der Untersuchung und mit dem anderen gar nichts zu tun. Das war das Menschliche. (...) – Frau Schmidt 2, Pos. 16

Frau Schmidt beschreibt hier eindringlich, wie sie die ausbleibende Interaktion des Hausarztes im Hinblick auf ihren nach der Krankenhauseinweisung verstorbenen Mann wahrgenommen hat. Sie erwartete Anteilnahme, ein zumindest kurzes Ansprechen und Gesehenwerden innerhalb ihres Verlusts. Sie betonte außerdem, dass sie und ihr Mann jahrelang von diesem Hausarzt versorgt wurden. Im Gespräch mit mir merkte sie weiterhin an, dass sie den Hausarzt nach diesem Vorfall gewechselt habe – weil sie nicht wusste, wie sie ihm mit ihrer schwelenden Enttäuschung innerhalb ihrer weiteren Behandlung begegnen sollte. In meiner Interpretation zeigt sich hier mit dem Rückgriff auf den SI erneut, inwiefern die Interaktion Bedeutungen und Symbole konstituiert. Für Frau Schmidt scheint in dieser Erfahrung ein zentrales Moment der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen verloren gegangen zu sein: der Moment der Anteilnahme am gesamten Menschen, welcher ihm Würde und Aufmerksamkeit beschert. Von daher wird hier spürbar, dass sich Frau Schmidt nicht wahrgenommen und wie Patient*in 08/15 gefühlt haben muss.

Ein weiteres negatives Ereignis, das in diese Richtung interpretiert wird, bringt Frau Becker ein:

Da war das letzte Mal ein alter Mann im Rollstuhl in der Praxis. Der hat dann gesagt, dass er auf die Toilette muss. Die Damen haben dann so getan, als hätten sie nichts gehört. Als ich dann eine Dame angesprochen habe, hat sie mir gesagt: „Wir können ihm nicht helfen, er hat doch sicher eine Windel an.“ Punkt. Das ist doch nicht mal nur faul, das ist menschenverachtende Faulheit. (...) Was ist, wenn ich in der Situation mal bin und dann bin ich in meiner Hilflosigkeit, wie der Mann im Rollstuhl, solchen Arzthelferinnen AUSGESETZT. Da bekommt man fast schon Angst. – Frau Becker 1, Pos. 28

Das Entsetzen über diese Situation ist Frau Becker deutlich anzumerken – zum einen über das bewusste Ignorieren des Mannes vonseiten des Praxispersonals, zum anderen aber auch über die offene Abweisung des Bedürfnisses des Mannes, nachdem sie die Mitarbeiter*innen auf die Situation angesprochen hat. Frau Becker zieht aus diesem Erlebnis den Schluss, dass würdevolles Handeln und Aufmerksamkeit gegenüber anderen keine selbstverständlichen Kompetenzen der Praxisangehörigen zu sein scheinen. Ihr Entsetzen darüber ist für mich Anlass zur Interpretation, dass sie vor dem Erleben dieser Situation davon ausgegangen sein muss, dass dem doch so sei. Insofern werden sowohl der Mann im Rollstuhl als auch Frau Becker mit ihrem Hinweis von den Mitarbeiter*innen nicht wahrgenommen, sondern vielmehr

durch die determinierende Aussage der Mitarbeiterin darauf hingewiesen, dass sein Bedürfnis des Toilettengangs nun keinen Platz findet.

Auch Frau Müller und Herr Rot bringen zwei Beispiele ins Gespräch ein, in welchen sie eine besondere, in diesen Fällen positive Aufmerksamkeit innerhalb der Interaktion mit den Mitarbeiter*innen beobachten konnten:

Vor ungefähr zwei Wochen hat auch eine Mitarbeiterin der Praxis bei mir angerufen. Wie es mir gehen würde? Wie es weitergeht? Ich wäre in einem Herzprogramm aufgenommen worden und deshalb rufe sie an. (...) Das fand ich sehr zuvorkommend. Dass jemand bei mir anruft und nach mir fragt, wenn ich schon länger nicht mehr da war. Als wäre ich Stammgast dort, der verloren gegangen ist. – Frau Müller 2, Pos. 2

In diesem Beispiel wird für mich deutlich, dass die Überraschung über die Interaktion nun im umgekehrten, positiven Fall vorzuliegen scheint. Aus der Gegenüberstellung dieser Fälle sowie meiner Berufserfahrung ergibt sich demnach die Interpretation, dass Aufmerksamkeit sowie ein würdevolles Handeln und Interagieren keine selbstverständlichen Kompetenzen im Umgang mit den befragten Menschen darstellen. Weiterhin ergibt sich daraus, dass sich auch die befragten Menschen in ihrer Wahrnehmung und Annahme dieser Kompetenz unterscheiden. Letztere ist vielmehr abhängig von der individuellen Arbeitseinstellung der Mitarbeiter*innen, von der Art der Aufgaben, den im Unternehmen herrschenden Vorgaben im Umgang mit Patient*innen und den aktuellen Rahmenbedingungen innerhalb der Praxis. Die Anwendung dieser würdevollen Interaktion, welche den Menschen Aufmerksamkeit und Relevanz vermittelt, ist die Abkehr von einer von den Menschen empfundenen Serienabfertigung, wie der Gesprächsausschnitt mit Herrn Rot nochmals abschließend aufzeigt:

***B:** Also, was mir sehr in Erinnerung geblieben ist beim letzten Besuch, ist, wie die Mitarbeiterin sich dann zu dieser älteren Frau geäußert hat: „Ich wünsche Ihnen eine gute Zeit.“ (...) das habe ich als positiv empfunden. (...) Und ich hatte das Gefühl, der Dame hat das sehr gutgetan. (...) Ich habe mir überlegt, das ist eigentlich ein schöner Abschied aus einer Praxis. Das erlebt man in Arztpraxen sehr selten. In der Regel ist das so ein „Tschüss“ oder man wird auch manchmal gar nicht wahrgenommen. Ob bei der Ankunft oder beim Abschied.*

***I:** Was denken Sie, warum das so ist?*

B: Ich denke, in vielen Fällen ist das eine Serienabfertigung. (...) Ich gehe mal davon aus, dass sich ein Mitarbeiter gar nicht so im Klaren ist, was so ein Satz für den Menschen bedeuten kann. (...) Der jetzt in einer Herzarztpraxis war, Beschwerden hat. Und ihr trotzdem eine gute Zeit gewünscht wird. (...) Also diese Wahrnehmung, die ist, glaube ich, sehr wertvoll gewesen für die Dame. – Herr Rot 2, Pos. 26–28

Herrn Rots Gedanken zu dieser kurzen Abschiedssituation machen deutlich, inwiefern die Interaktionen innerhalb einer Herzpraxis Relevanz besitzen: Erneut kommen potenzielle Ängste, Einsamkeit und der Umgang mit diesen verborgenen Emotionen zwischen Mensch und Mitarbeiter*innen und/oder Ärzt*innen zur Sprache. Auch wenn er selbst von dieser Interaktion nicht betroffen war – sie hat ihn nachdrücklich beeindruckt. Dieser kurze Moment der Aufmerksamkeit bedeutet für ihn eine Zugewandtheit, ein Sehen des Gegenübers, das eine nachhaltige Wirkung auf die besagte Frau ausstrahlte. Betrachtet man die von den Menschen gemachten Beispiele des Mannes im Rollstuhl sowie der Verabschiedung der Frau, so zeigt sich für mich im ersten Fall eine Würdeverletzung: Das Bedürfnis des Mannes, auf die Toilette zu gehen, wird verhindert. Er selbst wird nicht als Mensch mit Bedürfnissen gesehen, sondern zu einem nervenden, Umstände machenden "Ding" degradiert, für dessen Fehlfunktion es mit der „Windel“ doch bereits eine Lösung gebe. Auf der anderen Seite das Beispiel der Frau, die nach Weber-Guskar (2016) Würde erfährt, indem sie eine individuelle Verabschiedung erhält, die sie aus der „Serienfertigung“ des Dings ‚Patient*in‘ herausholt und ihr ein Gefühl von Menschsein und nicht Dingsein mit nach Hause gibt.

Aufmerksamkeit und die Vermittlung von Würde in Interaktionen wird nochmals mithilfe des vierten Kriteriums kontrastiert, das die genauere Betrachtung des Pols *sich als Patient*in 08/15 fühlen* zum Ziel hat. Im bisherigen Verlauf wurde von mir dahingehend verdeutlicht, dass sich die Interaktionen in der Herzpraxis in bestimmten Strukturen bewegen. Diese sind nicht immer modifizierbar, bewusst und von den Praxisangehörigen so gewollt. Deswegen beschäftigt sich das letzte Kriterium mit der Auseinandersetzung Patient*innen **in starren Strukturen**.

Zum einen betreffen die starren Strukturen, welche hier betrachtet werden, die Rahmenbedingungen einer ärztlichen Praxis im deutschen Gesundheitswesen. Frau Süß hinterfragt beispielsweise kritisch die Rolle der Menschen in der medizinischen Behandlung:

Es gibt eine Mündigkeit des Patienten. Der Patient hat doch auch etwas mitzureden. Oder hat er die Statine zu nehmen, die der Arzt empfiehlt, weil er wahrscheinlich noch einen Vertrag mit dem Tablettenhersteller hat? –

Frau Süß 1, Pos. 31

Die Diskussion um Rabattverträge zwischen der GKV und pharmazeutischer Industrie sowie die medial aufbereitete Beeinflussung der Ärzt*innenschaft durch die pharmazeutische Industrie (Bongen & Sell, 2016; Das Erste, 2016; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016) tragen dazu bei, dass Interaktionen in der Praxis gelenkt, beeinflusst und von den Menschen auf bestimmte Art und Weise wahrgenommen werden. Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) von 2011 und auch einzelne Maßnahmen der ärztlichen Selbstverwaltung zielen darauf ab, entstehende Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Zudem sollen Abhängigkeiten und mögliche Korruption minimiert werden (AMNOG, 2010; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016). Durch den damit verbundenen Diskurs sind Menschen in der medizinischen Behandlung für solche Themen sensibilisiert.

Auch Frau Stecher nennt ein Beispiel, das alltäglich durch die Struktur der Krankenversicherungen in deutschen Praxen vorkommt und die Interaktion beeinflusst:

(...) Also da hat es mir schon gestunken. Das lag an dem Herzarzt. Also da war ich einbestellt und ich vermute mal, (...) ein Privatpatient war das. Und der wurde über das Maß von ihm begleitet und betreut. Und ich saß da und saß da. Und da hatte ich das Gefühl: Da hat man Zeit für den Privatpatienten und für den Kassenpatienten hat man keine Zeit. Da ist man kurz angebunden. Aber das war auch nur ein Gefühl. Ich wusste es ja nicht mal. – Frau Stecher 2, Pos. 18

So tragen die Versicherungsmodalitäten zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung und die damit verbundenen Abrechnungsmöglichkeiten immer wieder zum Unmut der Menschen in der Praxis bei. Auch andere Personen berichten in den Gesprächen mit mir von ihren Erfahrungen mit den sogenannten „Privatpatient*innen“ und betonen erlebte Unterschiede. Hier besteht innerhalb der Patient*innenschaft die Annahme, dass privat versicherte Patient*innen zum einen mehr Leistungen, zum anderen eine gesteigerte Ansprache durch die Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen einer Praxis erhalten. In vielen Fällen ist diese auch nicht ganz von der Hand zu weisen. In einigen Praxen zeigt sich dies mitunter in abweichenden Organisationsstrukturen für privat und gesetzlich versicherte Menschen, von unterschiedlichen Wartezimmern bis hin zu unterschiedlich langen Wartezeiten auf Termine und auf den Behandlungsbeginn nach dem Erscheinen in der Praxis. In den beiden dargestellten Erzählungen von Frau Süß und Frau Stecher äußern beide ihren Unwillen darüber, innerhalb solcher für sie greifbaren Strukturen behandelt zu werden. Gleichmaßen findet über diese die Interaktion beeinflussenden Gegebenheiten kein offener Diskurs in der Praxis oder in der Gesellschaft statt. So fühlen sich beide nicht wahrgenommen – Frau Stecher in ihrem Vergleich der eigenen Wichtigkeit mit jener eines mutmaßlichen Privatpatienten, Frau Süß im Hinblick auf ein Medikament, das ihr ungeachtet

ihrer Meinung und der Verträglichkeit aufgrund einer monetär anmutenden Vertragsbeziehung verordnet wird. Frau Süß erzählt mir im zweiten Gespräch weiter, inwieweit sie die Passfähigkeit einer Medikation mit der Wahrnehmung eines Menschen verbindet. Das von mir interpretierte Kontinuum stellt dies nochmals dar.

Vielleicht muss der Arzt einfach auch ein bisschen differenzieren, wer da vor ihm sitzt. (...) Wer ich bin. Also ich bin nichts Besonderes. Aber es tut mir weh, wenn ich wie eine Nummer behandelt werde oder wenn ich dasitze und erzähle. Und dann bekomme ich die gleichen Tabletten, nur mit einem anderen Namen, verschrieben. Also das ist doch dann ein Witz. (...) Das ist für mich dann keine Basis, auf der ich behandelt werden möchte. (...) – Frau Süß 2, Pos. 27

Demzufolge fühlte sich Frau Süß als Patient*in 08/15 behandelt und durchlief die beschriebenen Strukturen des Gesundheitswesens und der Praxis, ohne als einzigartiger Mensch wahrgenommen zu werden, auf dessen Krankheitsverlauf man näher hätte eingehen müssen. Die starren Strukturen werden darüber hinaus auch von weiteren Menschen benannt, hier vor allem im Hinblick auf die Praxisorganisation. Dabei ist die Schnelligkeit der Untersuchung bzw. die Länge der Wartezeit ein wesentliches Thema, das beispielsweise auch Herr Rot ambivalent wahrnimmt.

Also zunächst einmal bin ich ein Mensch, der sehr wenig Geduld hat. Also von daher war es [der zügige Ablauf der Untersuchung] erstmal für mich sehr positiv. Das ist die eine Seite. Das andere ist diese Untersuchung am Hals, mit diesem Gerät. Das lief auch sehr zügig ab. (...) Fast schon zu flott in dem Moment, für mich. Das habe ich dann schon anders erlebt. Wo er dann intensiver sich an meinem Herzbereich aufgehalten hat. Aber die zügige Abwicklung war gut. (...) – Herr Rot 2, Pos. 24

Für mich fühlt sich Herr Rot zwischen seinen Erwartungen und Annahmen hin- und hergerissen: Inwieweit die Untersuchung und Interaktion jedoch von Praxisseite aus bewusst zügig für ihn durchgeführt wurde, weil die Praxismitarbeiter*innen ihn als wenig geduldigen Menschen kennen, ist im Gesamtzusammenhang nicht erfassbar. Denkbar ist auch, dass die Praxis ein Problem mit erheblichen Zeitverzögerungen hatte und die Behandlungen daher zügig abwickeln wollte.

Frau Becker schildert eine weitere starre Struktur:

(...) Neulich habe ich beim Hausarzt Medikamente bestellt. Dann bin ich in die Praxis. Dann hat die Dame nur mit den Schultern gezuckt und hat frech

zu mir gesagt: „Ups, dann habe ich das wohl vergessen.“ Dann habe ich nochmal eine Stunde warten müssen, bis der Doktor Zeit hatte, das Rezept zu unterschreiben. (...) – Frau Becker 1, Pos. 28

Aus meiner beruflichen Erfahrung heraus ist das Beispiel von Frau Becker ein klassisches und wiederkehrendes Phänomen in Ärzt*innenpraxen, welches die starren Strukturen innerhalb der Interaktion veranschaulicht. In diesen Fällen räumen die telefonierenden Mitarbeiter*innen dem Anliegen der anrufenden Menschen in der Hektik des Alltags einen geringen Stellenwert ein. Frau Becker wurde durch zusätzliche Wartezeit scheinbar bewusst den eigentlich umgehbaren, starren Praxisstrukturen ausgesetzt – und das wegen einer ärztlichen Unterschrift für ein bereits seit langem verordnetes Medikament. Anhand der Beispiele für die starren Praxisstrukturen lässt sich beobachten, inwieweit Macht(-ausübung) und Kommunikation in Verbindung stehen. Wie bereits kurz angerissen wurde, findet weder praxisintern mit Patient*innen noch gesellschaftlich ein Diskurs darüber statt, wem und welchem Zweck die Strukturen dienen. Die Menschen haben zum einen das Recht auf die vertragsärztliche Behandlung. Jedoch stoßen sie innerhalb dieser Interaktion auf unternehmenseigene Gesetzmäßigkeiten und Regelungen, welche oftmals wenig transparent für sie sind – oder spezifischen Patient*innenrechten sogar entgegenstehen. Ein Beispiel dafür ist ein weiteres Zitat von Frau Süß:

Also wenn ich dann (...) einen Termin hatte, kam ich dran auch. Es ging rasch. Aber es war jedes Mal ein anderer Arzt beziehungsweise eine andere Ärztin und das mag ich eigentlich nicht. Ich mag nicht herumgereicht werden. Deswegen mag ich da auch nicht mehr hin. – Frau Süß 2, Pos. 11

Frau Süß hat einerseits das Recht auf freie Ärzt*innenwahl, scheint es jedoch gegenüber der Praxis nicht zu formulieren oder nicht formulieren zu wollen. Aus meiner beruflichen Erfahrung spekuliere ich, dass sie zugunsten des Praxisablaufs von unterschiedlichen Ärzt*innen behandelt wird, ohne dass sie darüber informiert oder um ihr Einverständnis dafür gebeten worden wäre. Es ist fraglich, ob die Menschen mit ihrer Wahrnehmung und ihren Anliegen überhaupt Ansprechpartner*innen in der Praxis fänden, welche ihnen bei einem Gesprächsbedarf bezüglich dieser Themen ein offenes Ohr schenken. Genauso ist fraglich, ob den Praxismitarbeiter*innen bewusst ist, dass das Kriterium der freien Wahl der Ärzt*innen durch den Praxisablauf in diesem Maße eingeschränkt wird – und dass dies für einige der befragten Menschen ein Problem darstellen kann. Im Rahmen dieser Ph.D.-Thesis kann aufgrund der spezifischen Ausrichtung des Forschungsdesigns an den befragten Patient*innen nicht eruiert werden, inwieweit ein solcher Diskurs unter den Praxisangehörigen geführt wird und welche Interaktionen diesbezüglich im Innern des Unternehmens stattfinden.

Herr Rot nähert sich der Praxis in diesem Gesprächsausschnitt mit einer am Qualitätsmanagement orientierten Sichtweise und äußert einen für das Setting der ambulanten ärztlichen Versorgung innovativen Gedanken:

Wäre dann doch ein besonderes Zeichen für eine Praxis, wenn ich meine Patienten beteilige an meiner Praxis. Ihn herausfordere, das, was nicht läuft, zu sagen. Offen zu sein dafür. – Herr Rot 2, Pos. 32

Ich möchte im Hinblick auf diese Gedanken zwischen zwei Herangehensweisen differenzieren, welche Herr Rot im Zuge seines Beispiels des Cappuccino-Automaten bereits angesprochen hat. In den Qualitätsmanagementsystemen für Ärzt*innenpraxen existiert regelhaft der Unterpunkt des Beschwerdemanagements. Aus meiner beruflichen Erfahrung haben viele Praxen eine Art Beschwerdemanagement für ihren Praxisablauf konzipiert und ermutigen die Menschen auf unterschiedliche Weisen, sich darüber in die kontinuierlichen Prozesse einer Praxis einzubringen. Ob jedoch eine Offenheit für die geäußerten Beiträge besteht oder ob diese Beiträge in ihren Dimensionen von den Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen überhaupt bedacht werden, ist eine andere Frage. Daher muss dieses Vorgehen von einem Verhalten unterschieden werden, das sich bewusst an die Bedürfnisse und Erwartungen der Patient*innen annähert. Es ist ein Unterschied, ob Praxisabläufe regelhaft durch ein implementiertes Beschwerdemanagement verbessert werden sollen oder ob Praxisangehörige sich den Menschen in deren Persönlichkeiten, Annahmen und Erwartungen nähern, sodass diese sich wahrgenommen fühlen und ein Interesse an sich verspüren. Dies beinhaltet, dass auch unangenehme Themen in der Praxis zur Sprache kommen können.

Zwischenfazit

Im Rahmen dieses Kontinuums wurde betrachtet, inwieweit die Menschen *sich wahrgenommen oder sich als Patient*in 08/15 fühlen*. Dazu wurden der **Umgang mit altersbedingten Einschränkungen** sowie das Ausmaß eines **persönlichen Umgangs** vonseiten des Praxispersonals mit den befragten Menschen betrachtet. Ein weiteres Kriterium referierte auf die Vermittlung von **Würde und Aufmerksamkeit** im Behandlungsprozess. Zuletzt wurde betrachtet, inwiefern **starre Strukturen** dazu beitragen, dass sich die befragten Menschen wie eine durchgeschleuste Patient*innennummer fühlen. Jedes dieser Kriterien nimmt Bezug auf das Erleben der Interaktion und Behandlung.

Beide bisher betrachteten Kontinuen werden mit jeder neuen Interaktion in eine positive oder negative Richtung beeinflusst. Dies bedeutet, dass die befragten Menschen neue Erlebnisse auch in Relation zu den bisher erlebten setzen. Der folgende Abschnitt befasst sich näher mit dieser sogenannten Variabilität der Kontinuen.

12.2.3 Zusammenfassung: Variabilität der Kontinuen

Nach der Betrachtung der beiden Kontinuen *sich aufgehoben und sich alleingelassen fühlen* sowie *sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen* möchte ich in diesem Abschnitt für die daraus entstehende Variabilität sensibilisieren. Die beiden Kontinuen zeigen in ihren Polen deutlich auf, welche Punkte für die Menschen innerhalb der Interaktion zum Tragen kommen und inwieweit sie diese in der Interaktion mit der Herzpraxis erleben und bewerten.

Dennoch bemerke ich in den Gesprächen, dass die befragten Menschen auch bei kritisch wahrgenommenen Erlebnissen nicht unbedingt die Praxis veranlassen. Hier stellt sich die Frage, inwieweit von ihnen eine Priorisierung der Bedürfnisse und/oder der Erlebnisse vorgenommen wird. Letztlich gezogene Konsequenzen der Menschen sind in diesem Sinn nicht als allumfassende und immerwährende Entscheidung im Behandlungsprozess zu sehen, sondern oftmals spezifischen Situationen und Interaktionen geschuldet und im Laufe der Zeit veränderlich. Der nun folgende Abschnitt thematisiert spezifische Situationen des Abwägens, sodass die Kontinuen miteinander in Zusammenhang gebracht werden.

Frau Süß bezieht sich in ihrer wahrgenommenen Variation der Interaktion auf die Bedeutung der beiden dargestellten Kontinuen, welche ihr die Interaktion mit der Herzpraxis vermittelt.

*(...) Also das Drumherum ist gut gewesen. Ich sage doch: Das Personal war sehr freundlich, zuvorkommend. Aber das lohnt sich für mich nicht. Für die 10 Minuten, die ich dann in der Praxis bin. Die übrige Zeit aber warte. –
Frau Süß 2, Pos. 29*

Frau Süß wägt zwischen Aufwand und Nutzen der Behandlung in der Herzpraxis für sich ab. Dabei bezieht sich der Nutzen maßgeblich auf die erfahrene Interaktion im Hinblick auf ihre Einzigartigkeit, ihre Krankheitsgeschichte und ihre alltäglichen Rahmenbedingungen. Sie fühlt sich in der Interaktion mit dem Praxispersonal im Moment aufgehoben und wahrgenommen. Dazu ergänzend folgendes Zitat von ihr:

Und warum es mir heute auch ein bisschen besser geht, liegt auch am Hausarzt. Der Hausarzt hat eine Schmerztherapie empfohlen. Die mache ich auch, obwohl ich nicht dafür bin. Aber ich merke, es geht mir besser, also mache ich das dann auch. – Frau Süß 1, Pos. 31

Damit geht es ihr nicht um Befindlichkeiten ihrer Meinung oder Annahmen, welche in der Interaktion vom Gegenüber angetastet würden. Es geht um einen Aushandlungsprozess, welchen sie als stattfindend oder nicht stattfindend erlebt und in welchen sie sich in der Konsequenz unterschiedlich einbezogen fühlt. Das heißt, auch wenn sie positive Anteile des Kontinuums wahrnimmt, misst sie dem Einbezug ihrer Person dennoch mehr Bedeutung bei.

Dies führt dazu, dass *sich als Patient*in 08/15 fühlen* in ihrer Wahrnehmung der Interaktion deutlich überwiegt.

Auch aus Herrn Rots Aussage wird für mich deutlich, dass er, wie bereits dargestellt, zwar auf die Ausstattung der Praxis zwar achtet. Jedoch scheint die Art der Interaktion einen höheren Stellenwert für ihn zu haben.

Und wenn ich das dann selbst auch so erleben würde, dann wäre vielleicht dann das Technische okay gewesen, aber das andere, wenn ich merken würde, dass er mich abfertigt, dann würde ich da nicht mehr hingehen. –

Herr Rot 1, Pos. 18

Rückblickend auf Herrn Kochs Beanstandung der herumliegenden Kabel interpretiere ich aufgrund der beiden Kontinuen und der Variationen im Beziehungsprozess Folgendes: Diese Situation wäre auch Herrn Koch nicht so in Erinnerung geblieben, hätte er vom Radiologen eine individuellere Antwort erhalten, die ihm gezeigt hätte, dass er wahrgenommen wird – statt der lapidaren Feststellung, dass der Radiologe ohnehin bald die Praxis schließe. Für mich wird in der Rückschau auf die beschriebenen Gesprächsausschnitte deutlich, dass es den befragten Menschen ein Hauptanliegen zu sein scheint, als Gegenüber auf Augenhöhe wahrgenommen zu werden und dabei begleitet zu werden. Es geht um die Wahrnehmung in all ihrer selbstreflektierten Unzulänglichkeit, ihren richtigen und falschen Annahmen und in ihrem Gefühl ob der Interaktion, welches sie auch nach außen hin ausstrahlen.

Frau Stecher ist ein Beispiel für die mir gegenüber formulierte Variabilität zwischen den beiden Kontinuen. Sie beschreibt ihr Empfinden in der Situation, als sie ihre Warte- und Besprechungszeit mit jener des mutmaßlichen Privatpatienten verglich. In der Situation selbst verspürte sie Ärger und fühlte sich wie Patient*in 08/15. Im Gesprächsverlauf schränkt sie jedoch weiterhin ein:

(...) Aber da habe ich mir gedacht, ich komme sonst ja gut klar. Und bevor ich jetzt bei einem anderen Arzt von vorne anfangen und der mich dann auch gar nicht so genau kennt. Und dann war der Ärger auch wieder verflogen. Und ich glaube einfach an die fachliche, gute Qualifikation meines Herzarztes. Das ist für mich das Wichtigste, dass ich mich da gut beraten und gut aufgehoben fühle. Mir ist das persönlich wichtiger als das andere Drumherum. Denn wenn mir etwas nicht passen würde, dann wäre ich auch in der Lage, das zum Ausdruck zu bringen. Und da gab es nichts. Auch das Personal, das ist top in Ordnung. – Frau Stecher 2, Pos. 18

Sie fühlt sich in dieser Situation einerseits zwar wie Patient*in 08/15, aber gleichzeitig gut aufgehoben. Zudem wägt sie ab, inwieweit sich die Kontinuen in einer anderen, unbekannten Praxis verhielten. In meiner Interpretation geht sie außerdem davon aus, dass sie bei Äußern von Kritik wahrgenommen würde. Hier zeigt sich somit, dass sich die Kontinuen unterschiedlich zueinander verhalten und die Menschen einzelne Situationen und Ereignisse in einen Gesamtzusammenhang der Interaktionen einordnen. Ein anderes Beispiel für diese Variabilität liefert Herr Koch:

Wenn ich dann beim Herzarzt sitze, redet er kurz mit mir. Und wenn ich etwas frage, dann merkt man schon, wie die Augenbrauen hochgehen. Dann sagt er das nochmal und oft verstehe ich einfach nicht, was er erzählt. (...) Und das geht dann immer so schnell. Und die Fachausdrücke. Da kenn ich mich ja sowieso nicht aus. (...) Also ein bisschen mehr kommunizieren, das wäre schon besser noch.
– Herr Koch 2, Pos. 14 + 20

Hier interpretiere ich, dass er von der Besprechung mit dem Herzarzt wenig versteht und den Eindruck hat, er solle keine Fragen stellen. Im Rahmen der beiden Kontinuen würde ich hier von einer Interaktion in Richtung *sich alleingelassen fühlen* und *sich als Patient*in 08/15 fühlen* sprechen. Denn er versteht die Informationen nicht und wird zudem nicht in die damit verbundenen Entscheidungen einbezogen. Weiterhin sagt er aber auch:

(...) Aber wenn wirklich etwas wäre, also wirklich etwas Schlimmes wäre, das ist klar, das sagt er dann. (...) Was soll ich auch woanders hingehen, da wird es bestimmt auch nicht besser. Was nützt es mir, wenn ich beim Arzt sitze und der labert mir eine halbe Stunde die Ohren voll und ich verstehe alles und höre alles ganz genau, ABER von dem, was er TUT, hat er keine Ahnung. (...) – Herr Koch 2, Pos. 20

Hier zeigt sich, dass sich Herr Koch trotz der oben beschriebenen negativen Ausprägung der Kontinuen in der gesamten Interaktion dennoch aufgehoben und wahrgenommen fühlt: Sein Einbezug wird für den Arzt dann wichtig, wenn der Befund behandlungsbedürftig wird. Wie Frau Stecher spricht auch er darüber, wie sich die Kontinuen verhielten, würde er die Praxis wechseln. Im Verlauf des Gesprächs gesteht er dem behandelnden Arzt wie sich selbst zu, Stärken und Schwächen zu haben – und an der medizinischen Expertise nicht zwangsläufig teilhaben zu wollen. Er muss nicht alles verstehen, sondern verlässt sich auf die Richtigkeit des ärztlichen Befunds.

Wie ich in den zurückliegenden Kapiteln erläutert habe, besteht die Herausforderung für die Herzpraxis damit nicht primär in der Erfüllung von Erwartungen. Sie besteht vielmehr in der

Erkennung der darunterliegenden Bedürfnisse in Bezug auf die beschriebenen Kontinuen und deren situative Bedeutung in der Lebenswelt des Menschen. Ziel muss es sein, ein passendes Angebot nicht aus Zufall oder aus der eigenen ‚Sicht‘ heraus bereitzustellen, sondern aus der Interaktion mit den Patient*innen eine Tätigkeit herauszuarbeiten, bei der man sie mit ihrem Herz an die Hand nimmt. Um dies leisten zu können, ist es die zentrale Aufgabe der Praxisangehörigen, sich der direkten und indirekten Interaktionen sowie der Rahmenbedingungen (wie der Lebenserfahrungen) der betreuten Menschen bewusst zu sein und diese als relevanten Teil der Praxisarbeit anzuerkennen.

In meinen Gesprächen mit den befragten Menschen wird überdies nach deren aktueller Einschätzung ihres Gesundheitszustands, bezogen auf das Herz, und deren Verbleib als Patient*innen der Praxis gefragt. Dabei wird ersichtlich, dass sich die Menschen je nach individueller Bedeutungsbeimessung und Rahmenbedingungen dafür entscheiden, der Praxis als Patient*innen treu zu bleiben oder die Praxis zu verlassen. Diese Mündung der Interaktion in ein Ergebnis stelle ich im folgenden Kapitel dar.

13 Der Einfluss der Interaktion

Auf der Grundlage der erfahrenen Interaktion mit den Angehörigen der Herzpraxis entsteht für die befragten Menschen eine Bedeutung. Diese Bedeutung bezieht sich auf ihre wahrgenommene Herzerkrankung in Verbindung mit ihren alltäglichen Rahmenbedingungen und auf sich selbst als Person im Prozess der Interaktion. Es geht folglich darum, welchen Einfluss ärztliche Kommunikation und jene der Mitarbeiter*innen auf das Empfinden von Sicherheit und Geborgenheit, Wahrnehmung und Anerkennung im Behandlungsprozess aus Sicht der Menschen einnimmt.

Zur Evaluierung dessen zeigen sich im Gespräch mit den befragten Menschen drei Phänomene, welche immer wieder benannt werden. Eines dieser Phänomene betrifft die Bedeutung der Herzerkrankung für die Menschen selbst – im bisherigen Verlauf wurde dargelegt, inwieweit die Symptomatik in Verbindung mit den alltäglichen Rahmenbedingungen der Menschen Unsicherheit erzeugt und inwieweit die Frage nach Alter oder Krankheit damit verbunden ist. Daher ist es für mich von Interesse, ob hier Unsicherheiten ausgeräumt werden konnten. Anschließend daran stellt sich die Frage nach dem weiteren Vorgehen der befragten Menschen bezüglich der folgenden kardiologischen Kontrolltermine. Einige Menschen bleiben der Herzpraxis als Patient*innen erhalten. Das Konstrukt der Sicherheit erfährt in diesem Kontext nochmals eine stärkere Betonung. Weiterhin gibt es Menschen, welche die Herzpraxis als Patient*innen verlassen. Auch hiermit sind Begründungen und Implikationen verbunden. Zunächst beginne ich jedoch mit der Darstellung der Bedeutung, welche den Beschwerden nach stattgefundenen Interaktionen mit der Praxis beigemessen wird.

13.1 Das Empfinden der Beschwerden nach der Interaktion

Interessanterweise äußern einige der befragten Menschen innerhalb des zweiten Interviews, dass sich an ihren Beschwerden selbst nichts verändert habe. Sie befolgen zwar die Therapie, scheinen jedoch keine Verbesserung ihrer Symptomatik zu verspüren.

(...) Der Arzt schaut mich an, schaut in seine Akte und sagt dann: „Ja, alles klar. Alles bestens.“ Dann ist der Käse gegessen. Also ich spüre nichts.

Keine Veränderung zu davor. Nein. (...)

Und dann gleich einen Haufen Tabletten, wo ich jeden Tag nehmen muss.

So. Aber ich kann nicht sagen, dass es mir irgendwie besser geht, seitdem ich in der Praxis bin. Weil, es wird ja nichts gemacht an mir. Weil das Einzige, was ich mache, ist, die Tabletten einnehmen. – Herr Koch 2,

Pos. 8 + 10

Weiterhin erleben die befragten Menschen zwar die durchgeführten Untersuchungen, scheinen jedoch keinen Erkenntnisgewinn daraus zu schöpfen. Zu ihrem Erstaunen und entgegen ihrer Annahme führt das technische Erheben von Daten und die Auswertung derer durch die Ärzt*innen nicht zu einer für sie eindeutigen Erklärung. Gerade für diejenigen, welche sich im Voraus auf Vorstellungen aus dem biomedizinischen Modell gestützt haben, mag diese Schleierhaftigkeit der Beschwerden belastend erscheinen.

(...) Und dann bin ich ja seitdem zwei Mal beim Herzarzt gewesen. Und das letzte Mal, wo ich da war, hat der Herzarzt sogar dann die Halsschlagader getestet. Und das Problem ist, also ich habe immer wieder so einen arg schlimmen Taumel. Aber ich weiß nicht, ob das vom Herzen kommt oder nicht. (...) Ich war auch schon beim Neurologen (...). Die haben da Messungen gemacht, aber da ist auch nichts rausgekommen. – Herr Maier 2, Pos. 2

Herr Maier ergänzt bezüglich der Untersuchung der Halsschlagader im weiteren Verlauf, wie er die Interaktion wahrgenommen hat.

(...) Und dann hat er gesagt, dass man das so lassen könne. Mehr hat er nicht gesagt. Und MEHR hat er auch nicht gemacht. – Herr Maier 2, Pos. 14

Das Ergebnis dieser Untersuchung wurde ihm nach dieser Aussage nicht spezifisch mitgeteilt, sondern lediglich die ärztliche Zusammenfassung der Beurteilung, wonach keine weiteren Maßnahmen hinsichtlich des Zustands der Halsschlagadern notwendig seien. Herr Maier formuliert jedoch recht deutlich, dass er eine ausführlichere Aufklärung vonseiten der Ärzt*innen erwartet hat. Für manche der befragten Menschen wird aus der Rückschau auf die Interaktion deutlich, dass sie weiterhin nicht einschätzen können, ob sie alt oder krank sind. Innerhalb der Untersuchung und der Interaktion mit der Herzpraxis erhalten sie darauf keine eindeutige Antwort. Sie versuchen daher, eine eigene Interpretation der Beschwerden im Hinblick auf einen bewussten Umgang mit der Herzerkrankung zu finden.

(...) Also wenn ich immer wieder ein Stück den Berg hinauflaufe und zügig laufe, dann muss ich gefühlt immer mehr schnaufen. Das weiß ich nicht, ob das eine Altersfrage ist. Ich weiß es nicht, was das ist. Das muss ich mal noch ermitteln. Da bin ich jetzt noch nicht draufgekommen. (...) – Herr Rot 2, Pos. 10

Auch Frau Becker reflektiert für sich:

Gut, mir ist manchmal auch ein bisschen schwindelig oder so, aber ich glaube, das bringt auch das Alter mit. Ich werde nächstes Jahr ja 73 Jahre alt. – Frau Becker 2, Pos. 8

Für mich ist hier interessant, dass sich die Menschen nach der Interaktion mit der Herzpraxis auf andere Informationsquellen als die ärztliche Auskunft stützen, weil sie keine oder unverständliche Informationen aus der Praxis erhalten haben. Insofern scheint das Alter wieder als eine mögliche Ausweichkategorie zu dienen: Wenn kein wegweisender, pathologisch auffälliger Befund zu den empfundenen Beschwerden vorliegt, bleibt letztlich nur die Konsultation weiterer medizinischer Fachrichtungen oder das Alter als Erklärung, wie es bereits vor dem Besuch in der Herzpraxis gesehen wurde.

Andere Menschen nehmen durchaus eine Verbesserung ihrer Beschwerden wahr. Frau Schmidt beispielsweise befolgt die angesetzte Medikation, welche auf ihren erhöhten Blutdruck wirkt. Überdies ordnet sie ihre verbesserte Blutdrucksituation in ihre alltäglichen Rahmenbedingungen und ihr eigenes Engagement ein:

*(...) Also meine Beschwerden haben sich über die Jahre auch gut entwickelt, wirklich. Also jetzt habe ich keinen Bluthochdruck mehr. (...) Ich versuche, so viel wie möglich Treppen zu laufen. Und bei mir zuhause muss ich das sowieso machen. (...) Ich denke, das kommt alles zugute mit.
– Frau Schmidt 2, Pos. 8*

Auch Herr Rot berichtet von einer Interaktion, welche für ihn im Hinblick auf die Genese seiner arteriellen Hypertonie durchaus aufschlussreich war:

(...) später war ich dann bei einer Untersuchung, wo ich dann mein Herz zum ersten Mal in einer 3D-Version sehen konnte. Da hat er mir dann auch zeigen können am Bildschirm, wo und warum Bluthochdruck entsteht, dass irgendwelche Verengungen im Herzbereich stattfinden, die dann den Bluthochdruck erzeugen. Das war für mich alles sehr interessant und für mich auch sehr nachvollziehbar, wie der Bluthochdruck dann entstanden ist aufgrund der Verengungen im Herzkranzbereich. (...) – Herr Rot 2, Pos. 2

Dennoch hilft ihm diese Erkenntnis nicht, die alltägliche Symptomatik für sich sinnhaft zu verorten, wie das Zitat weiter oben zeigt, in welchem er von seinen Atemproblemen beim Bergaufgehen berichtet. Daraus schließe ich, wie kleinteilig und spezifisch eine Ursache-Wirkungs-Kommunikation vonseiten der Herzpraxis in Richtung der Patient*innen ablaufen müsste, um ein nachhaltiges Verständnis der ineinandergreifenden Prozesse generieren zu

können. Zumal sich Herr Rot hier auf eine medizinische Untersuchung bezieht, welche nicht regelhaft im Leistungskatalog der GKV angeboten wird, weshalb nur wenige Patient*innen von der daraus gewonnenen Erkenntnis profitieren können.

Zusammenfassend zeigt sich für mich, dass die befragten Menschen unterschiedlich mit dem spezifischen Behandlungsergebnis umgehen. Einige spüren eine Verbesserung ihrer Beschwerden und verknüpfen dies wiederum mit ihren eigenen Interpretationen der Genese der Erkrankung. Andere spüren keine Verbesserung oder sind weiterhin auf der Suche nach Ursachen und Therapiemöglichkeiten. Für jene ist es unbefriedigend, trotz Untersuchungen und Befunden keine Aussage darüber zu erhalten, durch welche Faktoren ihre Erkrankungen bedingt werden. Sie beziehen sich erneut auf das Alter als Ursache.

Die befragten Menschen treffen eine Entscheidung, wie sie mit den fortlaufenden Kontrollen in der Herzpraxis zukünftig umgehen wollen. Einige der Menschen berichten darüber, dass sie aus den Besuchen in der Praxis Sicherheit schöpfen – auch wenn ihre Beschwerden für sie nicht restlos geklärt sind, was im folgenden Unterkapitel vorgestellt wird.

13.2 Sicherheit innerhalb der Unsicherheit erfahren

Zunächst fühlen sich Menschen sicher, indem sie kardiologisch versierte Ansprechpartner*innen für den Notfall haben, die sie bei Bedarf konsultieren können. Im Hinblick darauf, dass Frau Stecher seit Jahren über Herzrhythmusstörungen klagt, welche von kardiologischer Seite bislang erfolglos behandelt wurden, zeigt sich die empfundene Sicherheit innerhalb der Unsicherheit.

*Das gibt mir Sicherheit und Ruhe. (...) Vielleicht eine kleine, andere Medikation. Und dann geht man beruhigt von dannen. Mehr kann ich ja nicht tun: Es kommt oder es kommt nicht. Ich versuche ruhig zu leben, mich zu entspannen. (...) Wie gesagt, das Nervenkostüm altert auch mit.
Das hätte ich nicht so gedacht. – Frau Stecher 2, Pos. 10*

Im Vergleich zur Darstellung Frau Stechers im ersten Interview, wonach ihr Selbstbewusstsein unter den unkalkulierbaren Symptomen litt und sie eine massive Unsicherheit daraus verspürte, ist der Unterschied in diesem Fall deutlich. Auch wenn sie ihre Symptomatik weder durch Medikation noch durch spezifische Untersuchungen kontrollieren kann, weiß sie zumindest, an wen sie sich bei einem Anfall wenden kann und wie das darauffolgende Prozedere abläuft. Weiterhin scheint sie für sich eine Entscheidung bezüglich der Genese ihrer Herzrhythmusstörungen getroffen zu haben – das alternde „Nervenkostüm“ wurde von ihr im ersten Gespräch noch als vermuteter, damit zusammenhängender Faktor bezeichnet. Hierin

scheint sie sich nun bestärkt zu fühlen, was einen annehmenden, offeneren Umgang mit einer Symptomatik einschließt, welche für sie letztlich nicht änderbar ist.

Frau Becker und Frau Schmidt berichten über die empathische Komponente der medizinischen und pflegerischen Behandlung.

Also das ist für mich mittlerweile normal geworden. (...) wenn ich zur Frau Doktor Hauser rein muss, dann weiß ich, dass ich gut behandelt werde. Und dass man mir zuhört. Und das ist mir wichtig. – Frau Becker 2, Pos. 14

Frau Schmidt beschreibt ihre Erfahrung:

(...) Ich komme her und lasse machen. Also wenn was wäre, sagt man mir das ja. Ich komme da ohne Ernst oder Gedanken, was da jetzt wohl sein mag oder so. (...)
Also das Personal ist wichtig. (...) Jeder, der mich [aus dem Wartezimmer] geholt hat und es war immer nett und freundlich. Als wäre man schon immer dort gewesen. Also mir war das ab der ersten Sekunde nichts Fremdes. Ich konnte mich auch gleich öffnen. (...) – Frau Schmidt 2, Pos. 8 + 22

Beide sprechen hier von einem Grundvertrauen, das sich über den erlebten Umgang mit ihnen innerhalb der Interaktion gebildet hat. In meiner Lesart erzeugt dies ein Gefühl von Sicherheit für sie. Frau Becker fühlt sich durch die besagte Ärztin außerdem individuell betrachtet. Auch wenn sie nicht einschätzen kann, was letztlich ihre Beschwerden verursacht, scheint sie zufrieden zu sein – solange sie eine empathische Begleitung in ihren Beschwerden erfährt. Frau Schmidt berichtet über die Zugewandtheit des Praxispersonals, dass „sie sich auch gleich öffnen“ konnte. Dies könnte bedeuten, dass sie in der Behandlungssituation möglicherweise Angst und Scham gespürt hat, diese jedoch nicht dazu führten, dass sie vor lauter Angst und Scham zum Beispiel relevante Informationen vergaß, die sie mitteilen wollte.

(...) Dass ich mit allen sehr, sehr zufrieden bin und alle sehr freundlich sind. Und das finde ich so nett. (...) Das hat mir sehr, sehr gutgetan. Das war schon wieder Medizin für mich. So komme ich auch. Dann bekommt man auch gleich wieder seinen nächsten Termin. Und ja, man fühlt sich dann wie zuhause. Und das beim Arzt. Das ist nicht selbstverständlich. (...) – Frau Schmidt 2, Pos. 2

Sie verwendet an dieser Stelle die Formulierung, „sich in der Praxis wie zuhause zu fühlen“. „Sich wie zuhause fühlen“ könnte hier aufzeigen, dass Empathie und menschliche Begleitung in den Menschen Sicherheit und Vertrauen bewirken, selbst wenn diese nicht alles verstehen.

Frau Schmidt lässt machen – auf menschlicher Basis fühlt sie sich in der Herzpraxis aufgehoben und wohl, unklare medizinische Details bespricht sie im Nachgang mit ihrem Hausarzt. Diese sind daher kein Unsicherheitsfaktor mehr für sie.

Herr Koch und Herr Rot schöpfen Sicherheit aus den regelmäßigen Kontrollen der Herzpraxis und aus dem für sie zusammengefassten Befund, dass momentan keine medizinischen Eingriffe oder weitere Maßnahmen nötig seien. Auch wenn sie letztlich nicht verstehen, inwiefern die Herzerkrankung mit ihren Symptomen in Verbindung steht – das Gefühl der Sicherheit ist leitend:

(...) von daher gibt mir das mit dem Herzarzt schon eine Sicherheit. – Herr Koch 2, Pos. 22

Herr Rot macht ein konkretes Beispiel:

(...) Und man hat dann damals festgestellt, dass da so eine Art Plaque in meinem Halsbereich sind. Leichte Ablagerungen, die von dem Kardiologen festgestellt wurden. Aber er hat damals gesagt, das wäre nicht problematisch.

(...) die [Untersuchungen] haben bei mir auch eine gewisse Beruhigung verursacht, dass ich jetzt nicht mit einem Riesenherzfehler durch die Gegend laufe, weil das wusste ich ja vorher nicht. Sondern eben aber einen gewissen Schaden habe am Herzen. Und dann bin ich einmal im Jahr danach immer wieder hin. – Herr Rot 2, Pos. 2

Insofern zeigt sich auch hier, dass die eingangs geschilderte Unsicherheit in gewissen Bereichen weiter besteht, jedoch durch die fortlaufende Behandlung Züge von Sicherheit angenommen hat. Das heißt, der Umgang mit der Unsicherheit scheint nun ein anderer zu sein: Ging es im ersten Gespräch mit mir vorrangig darum, die Herzerkrankung erklären und behandeln zu lassen, um Sicherheit zu schaffen, liegt der Fokus im zweiten Gespräch auf der pflegerischen und ärztlichen Begleitung der Menschen – im Rahmen regelmäßiger Interaktion und medizinischen Kontrollen, um etwaige Veränderungen festzustellen. Herr Rot und Herr Koch scheinen aus dieser Begleitung ein Vertrauen zu generieren, das den Anspruch des eigenen Verstehenwollens übersteigt. Sie versuchen, ihre offenen Fragen für sich selbst zu klären.

Unter den befragten Menschen sind auch einige, welche den Behandlungsprozess in der Herzpraxis beendet haben. In der Mehrzahl beziehen sie sich dabei auf die in Kapitel 12 vorgestellten Pole der Kontinuen, d. h., sie fühlten sich eher alleingelassen oder wie Patient*in 08/15. Es zeigt sich aber auch, dass Menschen durch das Kontinuum in die Lage

versetzt werden, sich für einen Versorgungsabbruch zu entscheiden. Die Entscheidungen der Menschen und meine Interpretationen hinsichtlich dieser Versorgungs(ab)brüche werden im folgenden Unterkapitel vorgestellt.

13.3 Versorgungs(ab)brüche als Entscheidung der Menschen

Versorgungsbrüche und Versorgungsabbrüche werden im Folgenden im Hinblick auf die Entscheidungsogenese differenziert. Einen Bruch innerhalb der Versorgung erfahren die Menschen dann, wenn sie durch äußere Rahmenbedingungen nicht mehr in der Lage sind, die Behandlung in der Herzpraxis in Anspruch zu nehmen, auch wenn sie dies weiterhin vorhatten. Der Versorgungsbruch ist damit durch eine Reaktion auf eine veränderte oder sich ändernde Situation gekennzeichnet. Ein Versorgungsabbruch wird im Gegensatz dazu als bewusste Entscheidung der Menschen gegen die Weiterbehandlung in der Praxis verstanden. Diese Entscheidung basiert in den Fällen der befragten Personen auf dem erfahrenen Kontinuum der Interaktion und wird aktiv getroffen.

In Bezug auf die in Kapitel 11.4 dargestellten Rahmenbedingungen der befragten Menschen äußert sich Frau Schmidt als Vertreterin des Versorgungsbruchs aufgrund einer gewissen mobilitätsbedingten Abhängigkeit.

Also alles, was ich dann noch erreiche. Ich kann nicht Auto fahren und muss also immer mit dem Bus herkommen. Also ich würde gerne alle Ärzte, die ich so gehabt habe in meinem Leben, auch behalten, solange es geht. Und wenn es nicht mehr geht, (...) dann muss ich reagieren. (...) –

Frau Schmidt 2, Pos. 18

Frau Schmidt zeigt in Ergänzung zu meinen Ausführungen am Anfang der analytischen Kapitel auf, dass sie den Fall des Nicht-mehr-Könnens auch im Rahmen einer gelingenden Interaktion mit der Herzpraxis weiterhin in Betracht ziehen muss. Ihre Rahmenbedingungen sind in Verbindung mit jenen ihrer Tochter unter den gegenwärtigen Umständen ausreichend, um die pflegerische und ärztliche Behandlung in der Praxis beanspruchen zu können. Diesen Bedingungen ist sie jedoch unterworfen, sodass sie jederzeit einen möglichen Versorgungsbruch in Kauf nehmen muss. Andere der befragten Menschen sprechen in meiner Interpretation eher von Versorgungsabbrüchen. Diese basieren zumeist auf negativen Erfahrungen und Bedeutungen, welche sich aus der Interaktion mit der Herzpraxis im Rahmen der betrachteten Kontinuen ergeben haben. Bereits in Kapitel 12.2.2 wurde aufgezeigt, dass Frau Süß sich in der Behandlung nicht wahrgenommen fühlte, sondern wie eine „Nummer“. Im weiteren Verlauf des Gesprächs führte sie mehrere Erfahrungen in der Herzpraxis an, die sich auf das Gefühl, Patient 08/15 zu sein, beziehen lassen.

Als Folge verkündet sie dann bereits am Anfang des zweiten Gesprächs, dass sie konsequenterweise nicht mehr zu dem Herzarzt gehen möchte.

Auch wenn jetzt wieder Beschwerden aufkommen, ich würde das so hinnehmen. Ich möchte nicht mehr zu einem Herzarzt. (...) Da bin ich ganz fatalistisch. Ich habe mit dieser Herzgeschichte jetzt abgeschlossen. (...) Und ich nehme es jetzt so hin, wie es ist. Akzeptiere das. – Frau Süß 2, Pos. 15

Auch Frau Müller verkündet mir gegenüber, dass sie nicht mehr zu ihrer Herzpraxis gehen möchte:

Aber ich möchte nichts mehr machen lassen. Das ist für mich in Ordnung. Ich lebe damit, sterbe damit irgendwann. (...) Und seien Sie mir nicht böse, aber ich möchte auch jetzt nicht mehr dazu erzählen. Für mich ist das abgeschlossen. – Frau Müller 2, Pos. 2

Am Beispiel von Frau Süß wird für mich deutlich, welche Kraft die betrachteten Kontinuen der Interaktion für die befragten Menschen haben können. Frau Süß rang in den Terminen der ärztlichen und pflegerischen Behandlung und auch in den Gesprächen mit mir um die Frage, ob sie alt oder krank sei. Anhand ihrer Abkehr von der Herzpraxis lässt sich interpretieren, dass sie auf ihre Frage keine zufriedenstellende Antwort bekommen hat und sich vielmehr als einzigartiger Mensch in der Interaktion weder aufgehoben noch wahrgenommen gefühlt hat. Infolgedessen konstatiert sie, dass ihre Zeit für einen solchen Termin zu schade ist.

Also dafür gehe ich nicht in eine Arztpraxis. Und setze mich hin und warte. Da habe ich einfach anderes zu tun. Da gehe ich lieber spazieren. – Frau Süß 2, Pos. 27

Im Vergleich dazu hat Frau Müller die Antwort auf diese Frage für sich selbst entschieden.

(...) Wissen Sie, ich bin ja alt. Ich bin ja schon alt. Und das ist dann alles so schwierig. Eine große Operation. Und ich habe mich auch entschieden, dass ich nicht mehr zum Herzarzt gehe. Ich lasse das jetzt so. – Frau Müller 2, Pos. 2

Auch wenn ihr die betreuenden Ärzt*innen einen Herzklappenersatz²⁷ in Aussicht gestellt haben, entscheidet sie sich im Hinblick auf ihr Alter gegen diese Maßnahme und nimmt die

²⁷ Ein Herzklappenfehler ist eine angeborene oder im Leben erworbene Fehlfunktion einer oder mehrerer Herzklappen. Diese Fehler können zum Beispiel durch das Einsetzen einer künstlichen Nachbildung operativ behoben werden (Roche, [2006]/2013).

verkalkte Herzklappe mit all ihren Auswirkungen in Kauf. Im Vergleich zu Frau Süß zeigt sich hier im Gespräch etwas anderes: Frau Müller fühlt sich weder als Patient*in 08/15 noch alleingelassen. Vielmehr scheint sie sich, wie in Kapitel 12.2.1 aufzeigt, durch den einmaligen Besuch und die dort stattgefundenen Interaktionen in der Herzpraxis so gut aufgehoben und wahrgenommen zu fühlen, dass sie für sich eine Entscheidung treffen konnte: zu akzeptieren, was sie hat, und nichts weiter zu tun. Abbrüche geschehen somit auch, weil sich die Menschen dafür entscheiden, nichts mehr gegen ihr Herzleiden unternehmen zu wollen – möglicherweise auch, weil sie es in ihrer Auseinandersetzung mit dem Sterben akzeptieren und sich dabei aufgehoben und wahrgenommen fühlen. Der Versorgungsabbruch zeigt sich auch im Abbruch der Kommunikation mit mir darüber. Direkt zu Beginn des zweiten Gesprächs weist sie darauf hin, dass sie über dieses Thema nicht länger sprechen möchte.

Ein Versorgungsabbruch lässt sich auch bei Frau Weber beobachten. Sie bezieht sich in dieser Aussage auf die Behandlung in der von ihr vormals besuchten Herzpraxis.

(...) damals, wo ich dann bei dem Herzarzt war, da war das schon okay. Es war viel los. Ich wurde untersucht, ja. (...) Aber ich hatte da wenig Interesse an mir gespürt. Da war ein Schauen auf den Computer. Und dann war das Herz so wohl (...) in Ordnung und er konnte keinen Grund sehen, warum ich jetzt ein paar Mal umgefallen bin. Und dann ein Rezept für die "Luft". Zack, zack. Dann war ich wieder draußen. Zur Kontrolle sollte ich dann wieder kommen. Aber (...) das habe ich dann nicht mehr gemacht. – Frau Weber 2, Pos. 1

Frau Weber spricht hier konkret davon, dass sie wenig Interesse vonseiten des Arztes an ihr verspürt hat. Als Nächstes erhält sie ein Rezept für ein Symptom, dass sie in der Situation nicht beklagt hatte. Sie scheint auf ihre eigentliche Frage nach der Ursache ihrer Bewusstlosigkeit keine Antwort bekommen zu haben. Daneben scheint der Arzt etwas anderes Behandlungsbedürftiges gefunden zu haben. Der Knackpunkt ist jedoch, dass er ihr dies anscheinend nicht auf Augenhöhe und verständlich erläuterte. Demzufolge entscheidet sie sich auf Grundlage der beiden betrachteten Kontinuen gegen den Wiedervorstellungstermin – wie sie bezüglich der Medikation weiter vorgegangen ist, wurde im Verlauf des Gesprächs nicht thematisiert. Es wäre in diesem Zusammenhang jedoch interessant zu wissen, ob sie die Medikation für die „Luft“ eingenommen hat und welche Bedeutung sie diesem von extern zugeschriebenen Symptom beigemessen hat.

Auch Herr Koch bezieht sich mit einer Erfahrung, welche seine Frau in einer Herzpraxis erlebt hat, auf die zwischenmenschliche Komponente.

Also Freundlichkeit ist mir wichtig. Wenn die Menschen lächeln, grüßen, mit einem reden und (...) gescheite Antworten [geben]. Also ich weiß von meiner Frau, die war in einer anderen Herzarztpraxis, (...) da hat sie ein paar Mal Sachen erlebt, unmöglich, unvorstellbar. Unfreundlich behandelt worden. Nicht vom Arzt, sondern von den Angestellten. So bestimmend irgendwie. Also da stand an der Anmeldung ein Schild, auf dem stand drauf: „Also, wenn Sie mit unserem Personal nicht zufrieden sind, dann können Sie woanders hingehen.“ (...) Also das geht gar nicht. Das ist doch so schön, wenn man freundlich grüßt, wenn man zu den Leuten nett und freundlich ist. Das ist doch Seelenbalsam. Das tut einem gut. Grad, wenn es ums Herz geht. Grad dann. Anders, als wenn man angemotzt wird, wie, als wäre man ein Hund, der nicht spurt. (...) Das ist katastrophal. (...) – Herr Koch 2, Pos. 18

Auch Herrn Kochs Frau zieht nach dieser Erfahrung einen Versorgungsabbruch vor – und sensibilisiert auch Herrn Koch für die zwischenmenschliche Komponente der Behandlung innerhalb der Praxis. Für ihn scheint gerade, „wenn es ums Herz geht“, ein besonderes Augenmerk auf einem freundlichen Umgang mit den Menschen zu liegen. Denn unfreundlich behandelt zu werden, scheint für ihn per se direkt auf das Herz zu schlagen. Ein erkranktes Herz verstärkt möglicherweise die eigene Verletzlichkeit – Unfreundlichkeit scheint diese Verletzlichkeit für ihn noch weiter zu steigern. Bereits weiter oben führte ich mit einer Aussage Frau Schmidts auf, dass die befragten Menschen Freundlichkeit und Zugewandtheit als Medizin erleben. Auch Herr Koch beschreibt hier Freundlichkeit als Seelenbalsam. Welche Aufmerksamkeit jedoch professionelle und erlernte Freundlichkeit im Berufsbild der MFA erhält, merkte ich bereits in Kapitel 12.2.2 innerhalb meiner Reflexion an.

Zusammenfassend beziehen sich die Einflüsse und Ergebnisse der praxisinternen Kommunikation und Interaktion mit den befragten Menschen auf die eigene Empfindung der kardialen Beschwerden unter laufender kardiologischer Therapie. Weiterhin spielt das Erleben von Sicherheit innerhalb der weiter bestehenden Unsicherheit, ob die Herzerkrankung vom Alter oder vom Kranksein herrührt, eine große Rolle für die Menschen und beeinflusst in Verbindung mit den Kontinen auch die weitere Inanspruchnahme der kardiologischen Versorgung. Dies wird durch das Ergebnis der Versorgungs(ab-)brüche der Menschen hinlänglich beschrieben.

Weiterhin bleibt in der Situation der Versorgungsabbrüche festzuhalten, dass die Menschen auch aus anderen Gründen abbrechen. Zwei meiner Gesprächspartner*innen wollten oder konnten aufgrund ihrer gesundheitlichen Lage kein weiteres Gespräch mit mir führen. Zu einem Gesprächspartner konnte ich keinen Kontakt für ein zweites Interview mehr herstellen.

Inwieweit dies nur die wissenschaftliche Arbeit oder auch für die Behandlung in einer Praxis gilt, bleibt für mich im Unklaren. Mein wissenschaftliches Design war hier zu Ende bzw. begrenzt und ermöglichte mir keine weiteren Gespräche – insbesondere auch hinsichtlich meiner ethischen Komponente: um die Menschen nicht zu überfordern, indem nochmals nachgebohrt wird. Hier sah ich das Ende meiner Arbeit und bleibe bei den Aussagen der Bezugspersonen stehen, dass ihr Allgemeinzustand Weiteres nicht zuließ. Des Weiteren ist auch der Tod eines Gesprächspartners ein Ereignis, das zum Abbruch einer Versorgung führt. Bei allen vieren bleibt im Dunkeln, was sie zu diesen Situationen denken und/oder was eine Praxis hätte machen können oder auch macht, um einem Abbruch entgegenzuwirken, oder was ich als Gesprächspartner hätte tun können, um die Beziehung aufrechtzuerhalten.

14 Entwicklung der Theorie

Die Theorie darüber, inwieweit die Erfahrungen und Erwartungen von Patient*innen ab 65 Jahren unter Einbezug ihrer chronischen Herzerkrankungen eine Herausforderung für die ambulante fachärztliche Versorgung darstellen, wird im nun folgenden Abschnitt behandelt. Zur Übersicht ist in der folgenden Abbildung 5 die entwickelte Grounded Theory mit ihren zentralen Inhalten grafisch dargestellt und wird nun im Folgenden näher expliziert.

Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen



Abbildung 5: Grafische Darstellung der Grounded Theory; eigene Darstellung

Abbildung 5 bildet die Interaktion zwischen den einzigartigen Menschen und der Herzpraxis ab. Die beiden Interaktionspartner*innen werden durch die beiden Symbole am linken bzw. rechten Rand der Abbildung dargestellt. In der folgenden Erläuterung beginne ich mit dem Symbol des Menschen am linken Rand der Abbildung und verorte die Inhalte der Kategorien *Wer ich bin*, *Wie ich lebe* und *Etwas am und auf dem Herzen haben*.

Ältere Menschen sind geprägt von ihrer Lebensgeschichte, ihrem Beruf, ihren Lebenstätigkeiten, vergangenen und aktuellen Aufgaben. Dies wird in der Kategorie *Wer ich bin* thematisiert. Das Alter ab 65 Jahren ist schon allein durch die beendete Berufstätigkeit von Veränderungen im Privatleben gekennzeichnet. Dazu gehören weiterhin eigene gesundheitliche Einschränkungen, das Sehen und Erleben dieser Einschränkungen bei Vertrauten und somit das Näherrücken von Themen über Pflege, Endlichkeit und Sterben. Weiterhin haben die befragten Menschen eine chronische Herzerkrankung mit unterschiedlichen Symptomen, die nach bestimmten Mustern oder auch unkalkulierbar im Alltag auftreten. Die Symptome der Herzerkrankungen produzieren mit den neuartigen gesundheitlichen Einschränkungen des Alters oder durch andere Erkrankungen eine Unsicherheit für die befragten Menschen. Diese wird ausgelöst durch die Unkalkulierbarkeit der Symptome, das Nichtwissen über die Herzerkrankung und die Unkenntnis der Verbindung zwischen Alter und Krankheit, die mit der unklaren Auswirkung auf momentane oder zukünftige Lebensrollen und -tätigkeiten und auf das Leben selbst zusammenhängen.

Ergänzend dazu leben die Menschen in Strukturen und Netzwerken, die mit der Bedeutung der Herzerkrankung kombiniert werden. Die Kategorie *Wie ich lebe* beschreibt die familiären Beziehungen, das Vorhandensein professioneller Unterstützer*innen und die immerwährende Abwägung, wie viel Unterstützung von diesem Netzwerk erfragt und erbeten werden kann. Relevant ist auch, ob sich der Wohnort eher im städtischen oder ländlichen Gebiet befindet. Dies hat Auswirkungen darauf, inwieweit das Management der medizinischen Behandlung unter Einbezug von mobilitätsbedingten und familiär-unterstützenden Gesichtspunkten gestaltet werden kann. Dazu gehören weiterhin Änderungen im Leben, welche sich im Lauf der Zeit hinsichtlich deren Rahmenbedingungen ergeben haben, beispielsweise der Tod von Partner*innen, Wegfall bekannter Hausärzt*innen oder anderer Netzwerke. Diese grundlegenden Aspekte der Persönlichkeit bilden Erwartungen der Menschen an die Herzpraxis. Diese Erwartungen beziehen sich einerseits auf den Einbezug ihrer Persönlichkeit, Aufgaben, Rollen und Werte. Sie beziehen sich andererseits auf die Zugänglichkeit zur Praxis, auf den Erhalt von Terminen und auf der in der Praxis vorhandenen Infrastruktur. Schließlich zeigt sich mit der Kompetenz der Praxisangehörigen, ob sich die neuen Patient*innen in der medizinischen Behandlung orientieren können.

Bezüglich der Herzerkrankungen sind die Menschen geprägt von diversen Vorerfahrungen: Dazu zählen vergangene Behandlungen bei Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen und

bei anderen Gesundheitsfachberufen. Über die Interaktion innerhalb der (ärztlichen) Behandlung generieren die Menschen einen Zugang zur fachbezogenen Einschätzung ihres kardialen Gesundheitszustands. Das bedeutet jedoch nicht, dass sie in die medizinische Behandlung und die Optionen per se vollumfänglich einbezogen würden. Vielmehr ist dies ein Ansatzpunkt, um eigene, subjektive Theorien mit den Aussagen der Ärzt*innen und Behandler*innen abzugleichen. Erscheinen diese für die befragten Menschen nicht passfähig zueinander, bleiben sie mit Zweifeln zurück: Es gibt Strategien, sich daraufhin eine Zweitmeinung einzuholen, den unpassenden ärztlichen Befund mit den Hausärzt*innen zu besprechen oder bei der eigenen, subjektiven Theorie zu verbleiben und den Befund damit zu negieren. Ergänzend dazu formulieren die befragten Menschen Erwartungen an die Herzpraxis: Sie möchten über ihre Herzerkrankung informiert und in die Behandlung einbezogen werden. Das klingt erst einmal banal, wesentlich ist jedoch, dass die Informationen und der Einbezug am Menschen selbst ansetzen müssen. Die Geschichte und Persönlichkeit der Menschen, gleichermaßen ihre Lebenswege und Möglichkeiten sind Anknüpfungspunkte für jegliches Verständnis zur Herzerkrankung. Denn die Herzerkrankung führt nicht nur dazu, dass die Menschen *etwas am Herzen haben*. Sie bewirkt auch, dass sie *etwas auf dem Herzen haben*, indem angestammte Rollen, Aufgaben und die Pläne der Menschen durch die unsicherheitserzeugenden Symptome ins Wanken geraten.

Die Herzerkrankung selbst ist weiterhin durch das Handeln der Menschen im Regelfall und im Notfall gekennzeichnet. Das bedeutet, dass sich die Menschen im Regelfall auf Grundlage ihrer unterschiedlichen Wissens- und Erfahrungsquellen zu der Herzerkrankung verhalten: Sie tun das, wovon sie meinen, dass es ihrem Herzen guttäte. Dazu zählen Bewegung, Stressreduktion, der Besuch von Veranstaltungen, auch die Einnahme verordneter Medikamente. Es zeigen sich auch deren Unsicherheit, welche Maßnahme in welcher Dosierung am besten für sie sei, sowie menschliche Aspekte wie Gemütlichkeit und ‚Unvernunft‘: Einige wissen implizit, was ihrem Herzen guttäte und ertappen sich immer wieder bei der eigenen Bequemlichkeit. Das Handeln im Notfall hingegen ist von einer Akuität des Symptoms im jeweiligen Zeitabschnitt gekennzeichnet. Die Menschen reagieren auf diesen erlebten Kontrollverlust mit unterschiedlichen Maßnahmen. Ebenso unterschiedlich ist die Bedeutung dieser Erfahrung für sie. Manche scheinen das Ereignis bei Verschwinden der Symptome schnell wieder zu vergessen, andere leiten daraus einen speziellen Bedarf an die Interaktion mit den Gesundheitsberufen ab.

Die Kernkategorie *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* ist in der Abbildung 5 als zirkulärer Prozess mit zwei Kontinuen dargestellt. Sie beleuchtet die Interaktion innerhalb der Herzpraxis zwischen den Menschen, den Strukturen der Praxis und den Praxisangehörigen. Die zuvor beschriebenen Erwartungen spielen eine Rolle, weil sie auf dahinterliegende Bedürfnisse der Menschen anspielen, welche die Menschen im Gespräch nennen: das

Bedürfnis, sich aufgehoben und wahrgenommen zu fühlen. Die gegenteiligen Äquivalente erschließen sich als benannte Gefühle der Menschen, sich alleingelassen und sich als Patient*in 08/15 zu fühlen. Die Bedürfnisse und deren negative Äquivalente wurden als Endpunkte zweier Kontinuen verwendet: *sich aufgehoben und sich alleingelassen fühlen* bzw. *sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*. Innerhalb dieser Kontinuen spielen sich die Interaktionen der Menschen mit den Praxisangehörigen und den Praxisstrukturen in verschiedenen Kriterien ab. Für das Kontinuum *sich aufgehoben und sich alleingelassen fühlen* sind diese Kriterien durch die *architektonische Gestaltung*, der *Terminvergabe*, *Sicherheit und Kompetenz* und der *Informationsweitergabe* beschrieben. Im Kontinuum *sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen* finden Interaktionen entlang der Kriterien *Umgang mit altersbedingten Einschränkungen*, *persönlicher Umgang*, *Würde und Aufmerksamkeit* und *in starren Strukturen* statt. Dabei verändert jede Interaktion die Verortung auf den beiden Kontinuen entweder in die eine oder andere Richtung. Dies wird wiederum maßgeblich von den Faktoren der Menschen selbst beeinflusst: wer sie sind, wie sie leben und was sie am und auf dem Herzen haben.

Die Kontinuen und Interaktionen sind außerdem von Variabilität zwischen den Kontinuen gekennzeichnet. Das bedeutet, dass sich ein Mensch in der Interaktion als Patient*in 08/15 fühlen und sich gleichzeitig aufgehoben fühlen kann. Auch situationsbedingte Emotionen verändern die Kontinuen in eine bestimmte Richtung. Dennoch wird die Bedeutung der Interaktion mit der Bedeutung der Herzerkrankung und der eigenen Rahmenbedingungen und Werte ins Verhältnis zueinander gesetzt, sodass die befragten Menschen unter all diesen Faktoren abwägen, inwieweit sie weiterhin mit der Herzpraxis in Interaktion treten möchten. Der Einfluss und das Ergebnis dieser Interaktionen manifestieren sich in drei Ausgängen, die am unteren Rand der Abbildung grafisch dargestellt sind: Zum einen berichten die Menschen über das *Empfinden der Beschwerden nach der Interaktion*, also nach der medizinisch-pflegerischen Behandlung. Ein Teil der Menschen spürt eine Verbesserung ihrer wahrgenommenen Symptome durch den Besuch in der Herzpraxis und eine entsprechend verordnete Therapie. Ein anderer Teil der Menschen ist weiterhin in Unkenntnis über ihren Befund und kann dieses fehlende Wissen insofern nicht in ihr Leben und ihre Rahmenbedingungen integrieren. Zeitweise spüren sie die Symptome der Herzerkrankung weiterhin – trotz Behandlung und medikamentöser Therapie. Hier zeigt sich, dass diese Personen oftmals auf das Erklärungsmuster des Alters ausweichen, um die bleibenden Beschwerden für sich zu verorten. Andere von ihnen unterstützen die medizinische Therapie durch Bewegung und fühlen sich dadurch befähigt, an der Behandlung mitzuwirken.

Ein zweiter Ausgang betrifft die gefühlte *Sicherheit innerhalb Unsicherheit*: Manche der befragten Menschen interpretieren das Ausbleiben einer verständlichen Befundinformation durch die Ärzt*innen als positives Zeichen ihrer Herzgesundheit. Sie mutmaßen, dass die

Ärzt*innen sie schon informierten, wenn der Befund sich verschlechterte. Sie verweisen auf die Kommunikationsfunktion ihrer Hausärzt*innen und scheinen keinen weiteren Anspruch an die Interaktion in der Herzpraxis zu äußern. Andere betonen, dass sie sich unter den laufenden kardiologischen Kontrollen gut aufgehoben fühlen. Sie suchen die Herzpraxis weiterhin auf, auch wenn ihre Erwartungen an die Versorgung und Interaktion vielleicht nicht oder nicht vollständig erfüllt wurden. Dennoch bleibt für sie die Gewissheit leitend, einen Schaden am Herzen zu haben und diesen regelmäßig überprüfen lassen zu müssen.

Einen dritten Ausgang schildern jene Menschen, welche die Herzpraxis nach dem zweiten Gespräch mit mir nicht wieder aufsuchten. *Versorgungsbrüche und -abbrüche* als Entscheidungen der Menschen sind durch Enttäuschungen aus den Kontinuen der Interaktion in Verbindung mit der Person und deren Lebenswege erklärbar. Weitere Brüche und Abbrüche ergeben sich durch die Änderung von Lebensbedingungen, wenn beispielsweise der Zugang in die Praxis nicht mehr möglich ist, weil das kümmernde Netzwerk wegfällt. Ein Versorgungsabbruch kann aber auch dann erfolgen, wenn sich die Menschen in der Herzpraxis aufgehoben und wahrgenommen fühlen und sich auf Grund dessen bewusst für das Beenden oder die Nichtinanspruchnahme einer weiteren Behandlungsmöglichkeit entscheiden können. Letztendlich markiert auch der Tod mancher Teilnehmer*innen einen Abbruch der Versorgung.

15 Diskussion, Implikationen und Limitationen

Im bisherigen Verlauf wurde eine Theorie erarbeitet, inwieweit die Erwartungen und Erfahrungen von Menschen mit chronischen Herzerkrankungen ab 65 Jahren eine Herausforderung für das ambulante, kardiologische Versorgungssetting in Deutschland darstellen. Mithilfe der theoretischen Fundierung des SI (Blumer, 1969) und der konstruktivistischen GT nach Charmaz [2006]/(2014) lag der Fokus dieser Theorie auf den Interaktionen der befragten Menschen mit den vorgefundenen Praxisstrukturen und mit den Praxisangehörigen. Durch die Gespräche mit mir ergaben sich auf einer zweiten Ebene auch Interpretationen der Menschen zu deren damaligem Erleben der Interaktion.

Im weiteren Verlauf soll diese erarbeitete Theorie im Licht der recherchierten Literatur diskutiert werden. Anschließend werden die Implikationen und Limitationen dieser Ph.D.-Thesis in den Blick genommen.

15.1 Diskussion

Die Diskussion der Ergebnisse orientiert sich einerseits an den Erkenntnissen zur ambulanten medizinischen Versorgung, welche innerhalb der Literaturrecherche vorgestellt wurden. Diese werden nun nochmals aufgegriffen und mit den Erkenntnissen der erarbeiteten GT in einen Zusammenhang gesetzt. Zunächst werden die methodologischen und methodischen Aspekte als dem Inhalt zugrunde liegende Merkmale betrachtet. Daran schließt eine inhaltliche Diskussion mit den Blickwinkeln auf das familiäre Netzwerk, den Umgang mit der Erkrankung, auf strukturelle und organisationale Aspekte des Gesundheitswesens und auf die Beziehungen und Interaktionen in der Herzpraxis an.

Methodologische und methodische Aspekte

Die in der Literaturrecherche einbezogenen Studien wurden mit Blick auf deren inhaltliche Aussagen zur Begründung der Forschungslücke für diese Ph.D.-Thesis einbezogen. Dennoch zeigte sich in der kritischen methodologischen Begutachtung aller Studien, dass sowohl bei den quantitativ als auch bei den qualitativ ausgerichteten Studien die erkenntnistheoretische Fundierung nicht beschrieben wurde. Dies hat Auswirkungen auf die Interpretation und Analyse der generierten Daten und Ergebnisse. Es bleibt unklar, inwieweit die theoretische Standortbestimmung der Autor*innen den Prozess der Datenerhebung und -auswertung sowie die Verschriftlichung der Ergebnisse beeinflusst und leitet.

Methodisch ist festzuhalten, dass die Erkenntnisse der Literaturrecherche auf einer Vielzahl unterschiedlicher Ansätze beruhen. Im Rahmen der quantitativ ausgerichteten Studien bezieht sich dies auf telefonische Surveys (Osborn et al., 2014), fragebogengestützte Befragungen (Arnold et al., 2022) sowie auf Kombinationen von Krankenversicherungsdaten mit

Fragebögen (Röttger et al., 2016; Röttger et al., 2017; Röttger & Busse, 2016; Tille et al., 2019). Auch wenn die Anzahl der Teilnehmer*innen in diesen Studien mitunter äußerst hoch ist, ist zu beachten, dass unterschiedliche Personengruppen aus methodischen Gründen nicht einbezogen wurden – beispielsweise Menschen in der stationären Langzeitversorgung. Gerade im Hinblick auf das Versorgungserleben chronischer Erkrankungen fehlt die wichtige Perspektive dieser Menschen, die durch die Institutionalisierung einen abweichenden Zugang zur medizinischen Versorgung aufweisen. Die qualitativ orientierten Studien nutzen unterschiedliche Formen von Interviews und deren Auswertung mit GT (Klindtworth et al., 2015; Schröder et al., 2018), Qualitative Description (Gerlich et al., 2012) und Qualitativer Inhaltsanalyse (Schröder et al., 2017). Teilweise wurde die Wahl der Methode mit einem pragmatischen Vorgehen begründet. Weiterhin ist nicht immer ersichtlich, welche Form der GT verwendet wurde und wie die einzelnen Analyseschritte im Prozess angewandt wurden. Gleichmaßen wurden leitende Präkonzepte und der Umgang mit Vorwissen nicht beschrieben.

Einige der recherchierten Artikel beziehen sich auf das Konzept der HSR der WHO (Röttger et al., 2016; Röttger et al., 2017; Röttger & Busse, 2016; Tille et al., 2019). Im Hinblick beispielsweise auf die Kriterien Vertraulichkeit, Kommunikation oder Würde stellt sich zu Recht die Frage, was das erarbeitete Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* von der inhaltlichen Gestaltung der HSR unterscheidet. Grundsätzlich ist es die methodologische Fundierung der beiden Ansätze. In meinem Forschungsprozess kommen die Menschen selbst zu Wort – sie beschreiben, was sie unter den Bezeichnungen Vertraulichkeit, Kommunikation oder Würde verstehen. Sie versehen Begriffshülsen mit Beispielen, Erläuterungen, Gegensätzen und zeigen damit eine Symbolik und eine Bedeutung auf. Auch das longitudinale Vorgehen trägt dazu bei, dass auch sich ändernde Bedeutungen dieser Worthülsen herausgearbeitet werden konnten. Im Gegensatz dazu erfragt das Konzept der HSR mithilfe einer fünfstufigen Likert-Skala zu einem spezifischen Zeitpunkt, wie Menschen Vertraulichkeit in der Praxis wahrnehmen. Damit wird erstens nicht deutlich, was jemand unter ‚Vertraulichkeit‘ versteht. Zweitens ergibt die Antwort aus dem Fragebogen wenig Anhaltspunkte, um das dahinterliegende Problem der nicht wahrgenommenen Vertraulichkeit fassbar und bearbeitbar zu machen. Ein anderes Beispiel zur Verdeutlichung dieses Themas ist das Kriterium der bedürfnisnahen Ausstattung, welches im Konzept der HSR genannt wird. Wer definiert, was unter bedürfnisnaher Ausstattung zu verstehen ist? Was bedeutet bedürfnisnahe Ausstattung für unterschiedlich geprägte Menschen? Welchen Erkenntniswert hat demzufolge eine Antwort auf einer fünfstufigen Likertskala, wenn nicht transparent wird, auf was sich die Antwort begründet? Die vorliegende Arbeit gibt hier durch die methodologische Fundierung Antworten auf diese Fragen. Durch den interaktionistischen Aspekt wird außerdem deutlich, dass nicht nur die Bereitstellung dieser Ausstattung Relevanz

hat. Vielmehr wird deutlich, dass die Menschen mit dieser Ausstattung unterschiedliche Interaktionen eingehen und sich deren Bedeutung für sie dadurch verändert. Insofern verfolgt das erarbeitete Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* einen anderen Fokus und eine andere Intention als das Konzept der HSR.

Mit diesen Begründungen liefert die Ph.D.-Thesis durch die theoretische Fundierung auf den SI und auf die Grounded-Theory-Methodologie einen transparenten Einblick in alle Schritte des Forschungsprozesses und in die Präkonzepte, das Vorwissen und die eigene Involviertheit des Autors in das Setting. Auch diese Ph.D.-Thesis deckt mit ihrer settingbezogenen Ausrichtung in der ambulanten, fachärztlichen Versorgung nicht alle Perspektiven chronisch kranker älterer Menschen ab. Sie verfolgt jedoch auch nicht den Anspruch, eine repräsentative Aussage über den Zugang zur benötigten Versorgung zu treffen. Die methodische Ausgestaltung durch eine longitudinale Interviewstudie mit älteren Menschen innerhalb der ambulanten fachärztlichen Versorgung ist im Hinblick auf die Ergebnisse zu Interaktionen und deren Auswirkungen für die befragten Menschen nicht repräsentativ, aber dennoch theoretisch verallgemeinerbar. Durch den longitudinalen Charakter wird über die beiden Gespräche mit den befragten Menschen deutlich, wie die Erwartungen und Erfahrungen aus dem ersten Gespräch ins zweite Gespräch als symbolhafte Bedeutungszuweisung der Herzerkrankung einfließen. Die Menschen berichten im zweiten Gespräch über die erlebte Behandlung, die Atmosphäre, das Wahrgenommenwerden, über eigens ergriffene Therapiemaßnahmen. Somit wird im zweiten Gespräch ersichtlich, wie sich Begründungszusammenhänge formieren, ergänzen, welche Aspekte des Erlebens in subjektive Theorien über Herzerkrankungen einfließen und welche Ansatzpunkte die befragten Menschen auch implizit von der Herzpraxis erwarten.

Insofern ist der methodologisch und methodische Ansatz dieser Ph.D.-Thesis gut dazu geeignet, eine explorative Theorieentwicklung für das bislang unbeleuchtete Feld der ambulanten, kardiologischen Versorgung in Deutschland zu leisten.

Familiäres Netzwerk

In den Gesprächen der Menschen mit mir zeigt sich die Wichtigkeit des familiären Netzwerks an unterschiedlichen Stellen. In Bezug auf die Studie von Gerlich et al. (2012) konnte bestätigt werden, dass die befragten Menschen vermeiden möchten, ihren Angehörigen zur Last zu fallen. Durch die angefertigte Ph.D.-Thesis konnte ich jedoch die Variabilität dieses Vorhabens aufzeigen: So wägen die Menschen genau ab, welche Informationen sie ihren Angehörigen über ihre Herzerkrankung und ihr tägliches Befinden mitteilen, in welchen Zeiten und bei welchen Tätigkeiten sie deren Unterstützung erbitten. Die Suche nach einer Praxis und die erstmalige Terminvereinbarung sind Themen, bei welchen beispielsweise die Unterstützung des familiären Netzwerks in Anspruch genommen wird. Ein weiterer wichtiger Punkt ist das

Erreichen der Praxis. Die Menschen äußern in diesem Hinblick die Sorge, weite Anfahrtswege aufgrund nachlassender Fähigkeiten nicht mehr bestreiten zu können und betonen den mobilitätsbedingten Aufwand, der ihnen durch die Behandlung ihrer chronischen Erkrankung in der Herzpraxis entsteht. Dieser Aufwand ist durch anderweitige private Verpflichtungen bisweilen so hoch, dass auf die medizinische Behandlung verzichtet wird oder werden muss, wie auch die Veröffentlichung von Röttger et al. (2016) mit dem Verzicht auf medizinische Behandlung aufzeigt.

Ein ergänzender, wichtiger Aspekt des familiären Netzwerks betrifft die Abhängigkeit der Menschen, die durch deren Einschränkungen des täglichen Lebens in Verbindung mit dem Alltag der kümmernden Angehörigen entsteht. Die Leser*innen erinnern sich möglicherweise an Frau Webers Freundin: Sie muss ihre kardiologische Behandlung auf Entscheidung ihrer Tochter in einer anderen Herzpraxis durchführen lassen, weil der weite Anfahrtsweg und die Sprechzeiten der Praxis mit der zeitlichen Verfügbarkeit der Tochter kollidierten. An diesem Beispiel lässt sich aufzeigen, wie nichtig das Handeln einer Herzpraxis sein kann: Die Menschen sind in einem Umfeld, sie leben und sie verändern sich und sind Mensch. Was bleibt einer Herzpraxis zu raten, wenn sie diese Frau weiter behandeln möchte? Inwieweit sind die Mitarbeiter*innen in der Position, etwas über die Gründe der abgebrochenen Behandlung zu erfahren? An welchem Ansatzpunkt lässt sich hier verbessern, verändern, sodass die beziehungsgestützte und von Vertrauen geprägte Interaktion mit der Praxis fortgesetzt werden kann? Aus der Studie von Röttger et al. (2016) wurden Risikofaktoren bekannt, die dazu führen können, dass auf die medizinische Behandlung verzichtet wird, obwohl sie nötig gewesen wäre. Die Ph.D.-Thesis bezieht sich auf den qualitativen Aspekt dahinter und hält fest, dass die Rahmenbedingungen der Angehörigen ebenso wie die Lebensumstände der befragten Menschen Eingang in die pflegerische Betreuung der Menschen in der Praxis finden müssen. Letztendlich zeigt sich aber auch im Kapitel der Versorgungs(ab)brüche, dass ein Ende der Behandlung nicht gezwungenermaßen ein Versagen der Herzpraxis bedeuten muss. Frau Müller möchte die Herzpraxis nicht mehr aufsuchen, weil sie durch die für sie gute Behandlung in der Herzpraxis zu einer Entscheidung kommen konnte. Somit ist das Ende einer Behandlung kein negatives Ergebnis, sondern muss als erlaubt, normal und somit neutral betrachtet werden. Möglicherweise ist es sogar ein Erfolg der Arbeit einer Herzpraxis.

Umgang mit der Erkrankung

Aus den Ergebnissen der Literaturrecherche resultieren verschiedene Erkenntnisse, wie chronisch kranke Menschen mit ihren Erkrankungen umgehen. Grundlegend spielt das Verständnis der Erkrankung für den Umgang damit eine wichtige Rolle. Nach Gerlich et al. (2012) und Klindtworth et al. (2015) wird eine Herzinsuffizienz in ihrem Ausmaß und ihrer Prognose oftmals unterschätzt. Die aus der Erkrankung resultierenden Einschränkungen des täglichen Lebens sind für die Menschen handlungsleitend und werden als isolierte Symptome

wahrgenommen. Über den Zusammenhang mit der Erkrankung wird auch von ärztlicher Seite teilweise nicht strukturiert und offen kommuniziert. Daraus ergibt sich, dass sich die Menschen über ihren Zustand im Unklaren sind.

Ergänzend dazu erarbeiteten Schröder et al. (2017) und Schröder et al. (2018), inwieweit der SES der Menschen zu diesem fehlenden Verständnis beiträgt und damit den Umgang mit der Erkrankung beeinflusst. Ist dieser niedrig, werden Warnsymptome oder Informationen von Angehörigen und Hausärzt*innen so lange ignoriert und mit eigenen Mitteln therapiert, bis eine notfallmäßige stationäre Behandlung nötig wird. Menschen mit höherem SES interpretieren Symptome einer Herzerkrankung schneller als solche und suchen die ambulante Behandlung proaktiv auf. Auch im weiteren Umgang mit der Herzerkrankung spielt der SES eine Rolle. Es bestehen zwischen Menschen mit höherem und niedrigerem SES Unterschiede, inwieweit sie Informationen und Zusammenhänge zur Erkrankung verstehen und umsetzen können und inwieweit sie die Verantwortung für ihren Zustand annehmen oder an das Gesundheitspersonal abgeben. Augenfällig ist dazu der Zusammenhang mit der Expert*innenschaft aus den Gesprächen mit den Menschen in dieser Ph.D.-Thesis. Einige der befragten Menschen bemühen sich um Verständnis der Zusammenhänge der Erkrankung und versuchen, die Erkrankung und die Symptome mit eigenen Maßnahmen, Lebensstiländerungen und der regelmäßigen Einnahme der Medikation zu beeinflussen. Sie überlegen sich im Vorfeld der Behandlung, welche Fragen sie stellen möchten, um Zusammenhänge zu verstehen. Andere der befragten Menschen erkennen die Expert*innenschaft der Ärzt*innen unkritisch an und geben die Verantwortung ab, indem sie davon ausgehen, dass sie informiert würden, falls ihr Zustand entsprechend schlecht sei. Sie sind durch diese Verantwortungsabgabe gleichermaßen in der Position, über wenig Spielraum für eigenes Handeln im Krankheitsfall zu verfügen, weil sie Ursachen, Zusammenhänge und Konsequenzen kaum einschätzen können. Betrachtet man den Befund von Schröder et al. (2017), können sich auch Menschen mit KHK und höherem SES nicht uneingeschränkt auf die Annahme der ärztlichen Expert*innenschaft verlassen, weil es in dieser Patient*innengruppe öfter zu falsch-negativen Diagnosen kommt.

Ein ergänzender, bisher unbekannter Aspekt betrifft die Skepsis im Behandlungsprozess. Die Analyse der Gespräche mit den befragten Menschen offenbart, wie empfundene Skepsis das Handeln in Bezug auf die Erkrankung leitet: Weiterführende Untersuchungstermine werden nicht wahrgenommen, verordnete Medikamente werden eigenständig abgesetzt oder nach einem eigenen Schema eingenommen, unterschiedliche Aussagen von Gesundheitsprofessionellen werden miteinander in Zusammenhang gebracht und mit der eigenen, subjektiven Theorie zur Erkrankung sinnstiftend verknüpft. Die daraus entstehenden Begründungs- und Handlungszusammenhänge sind in den Augen der betroffenen Menschen sinnhaft und erklärend. Für die beteiligten Berufsgruppen in der ambulanten medizinischen

Versorgung erscheinen sie oftmals komplex und unverständlich. Aus meiner beruflichen Erfahrung wird an dieser Stelle der Verständigungsprozess zwischen Praxis und Menschen häufig erschwert oder beendet, indem die Erklärungsansätze der Menschen und deren Handlungsweisen als unzureichend, naiv, gefährlich oder eigensinnig abgetan werden. Durch das Label der ‚Incompliance‘, welches die Menschen von den Gesundheitsprofessionellen manchmal unbemerkt oder auch ganz offen erhalten, werden deren Aussagen im Verlauf nicht (mehr) ernst genommen. Dies kann zu einer fehleranfälligen Kommunikationsatmosphäre führen. Sie werden in eine Schublade gesteckt und zu unbelehrbaren Störenfriedern degradiert, die in erster Linie einen reibungslosen Ablauf in der Herzpraxis und Behandlung verhindern. Damit verbunden sinkt die Anstrengung, ihnen durch professionelles Handeln gerecht zu werden – sie als Mensch wahrzunehmen und ihnen das Gefühl zu geben, dass sie aufgehoben sind. Dies ist eine Erfahrung, die sie grundlegend benötigen.

Die Begründungs- und Handlungszusammenhänge zeigen sich bei manchen der befragten Menschen auch darin, dass sie sich in der Erklärung der Symptome nach erfolgter Behandlung weiterhin oder erneut auf ihr fortgeschrittenes Alter beziehen. Sie verweisen darauf, die Symptome im Verlauf zu beobachten, um selbst Zusammenhänge mit ihrem Lebenswandel herauszufinden. Es scheint, als zementierte sich der Erklärungsansatz des Alters als einzig möglicher, wenn vonseiten der Herzpraxis versäumt wird, hier ein Erklärungsmodell in Passung zu den Lebensbedingungen der Menschen anzubieten. In den Gesprächen lässt sich an einigen Stellen immer wieder erkennen, dass die Menschen dann in der Lage zu sein scheinen, die Herzerkrankung, ihre Auswirkungen und Konsequenzen für sich zu verorten, wenn der Erklärungsansatz für sie greifbar ist und in ihre Lebenswirklichkeit passt. In diesem Fall können sie einen symptomatisch begründeten und langfristigen Umgang mit der Erkrankung für sich finden und damit verbunden Verantwortung für ihre Erkrankung und ihre medizinische Behandlung einfordern und übernehmen.

Aus den recherchierten Artikeln ergibt sich weiterhin die Möglichkeit, dass auch über Programme des Managed Care wie beispielsweise die DMP Informationen zur Erkrankung und Mitwirkungsansätze vermittelt werden (Röttger et al., 2017). Dennoch müssen auch die Informationen dieser Programme in die Kommunikation und Behandlung mit den betreuenden Ärzt*innen für die Menschen sinnhaft eingebettet werden. Ein Ansatzpunkt dafür liefern Osborn et al. (2014) mit dem Aspekt des abgestimmten Behandlungsplans für den Umgang mit der chronischen Erkrankung im Alltag. Im Rahmen der GT dieser Ph.D.-Thesis kann für diesen Ansatz qualitativ ergänzt werden, dass eine Passung zu der Lebenswirklichkeit der Menschen erforderlich ist. Diese muss in der medizinischen Behandlung erfragt werden und als Komponente in die Therapiemöglichkeiten einfließen. Dadurch werden die Informationen für die Menschen nachvollziehbar und können jederzeit eingesehen werden. Dies hilft, auch in Situationen der Überforderungen ein begründetes und geleitetes Handeln sicherzustellen.

Ein weiterer Aspekt, der aus der GT dieser Ph.D.-Thesis resultiert, betrifft den Zusammenhang chronischer Herzerkrankungen mit Depressionen. Anhand der Kategorie *Etwas am und auf dem Herzen haben* wird deutlich, wie die Menschen die Herzerkrankung in ihrer Auswirkung auf ihre Lebenswirklichkeit spüren: Das Herz nimmt als Organ eine zentrale Bedeutung für sie ein. Sie fühlen sich verunsichert, verletzlich und teilweise in der Ausgestaltung ihrer Lebensaktivitäten eingeschränkt oder gar bedroht. Sie fürchten um ihre familiären Aufgaben und Rollen und das, was passiert, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage dazu sind, ihren Alltag zu bestreiten. Darüber hinaus zeigt sich die Unsicherheit des Erlebens der Erkrankung darin, dass sich einige der befragten Menschen weniger zutrauen. Sie sind auf der Suche nach Erklärungen und sorgen sich um eine ins Wanken geratene Zukunft. Trauer in Folge des Abschieds von lieb gewonnenen Rollen, Einflussmöglichkeiten und der bisherigen Teilhabe am Leben tritt auf. Der Aspekt der Analyse, dass ein Mensch *etwas am Herzen* und infolgedessen auch *auf dem Herzen hat*, könnte eine Erklärung dafür sein, dass oftmals eine begleitende Depression diagnostiziert wird. Jedoch wäre nicht die Herzkrankheit an sich das auslösende Moment einer Depression, sondern die mit dieser Erkrankung verbundenen Veränderungen, insbesondere die Lebensumstände, welche zu Sorge, Überforderung und einem Trauerprozess der Menschen führen können. Insofern steht hier zur Diskussion, dass Diagnosen der Depression und mögliche, damit verbundene Therapien vermeidbar wären, wenn der Mensch als Ganzes mit seinen Rahmenbedingungen und Vorstellungen in die Diagnostik und Behandlung der chronischen Herzerkrankung einbezogen würde. Zur Diskussion steht auch, dass die Depression nicht die Erkrankung selbst, sondern ein Symptom der herausfordernden und überfordernden Lebensumstände ist. Dies beeinflusst in der unterschiedlichen Konsequenz einer Diagnose oder eines Einbezugs den weiteren Umgang mit der Erkrankung.

Schließlich hat das erarbeitete Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* mutmaßlich einen Einfluss auf den privaten, häuslichen Umgang mit der Herzerkrankung. In Kapitel 4 wurde beschrieben, dass chronische Herzerkrankungen auch gemeinsam mit Pflegebedürftigkeit auftreten. Damit wird unter Umständen eine pflegerische Versorgung des chronisch kranken Menschen erforderlich. Mithilfe des Konzepts können pflegende Angehörige, aber auch die erkrankten Menschen selbst lernen, welche Herausforderungen mit einer Herzerkrankung verbunden sind und wie sie Maßnahmen der Selbstpflege umsetzen. In der Praxis finden sie Ansprechpartner*innen des ambulanten medizinischen Settings. Pflege und Empowerment chronisch kranker Menschen ist aber auch eine weitere Herausforderung für die ambulante und im weiteren Verlauf auch für die stationäre pflegerische Versorgung. Sie erfordert einen multiprofessionellen Blickwinkel. Dies kann auch durch den weiteren Ausbau von Community Health Nursing vorangetrieben werden.

Außerdem muss die Praxis in ein kommunales und aufeinander bezogenes Gesamtkonzept eingedacht werden: Beispielsweise sorgen infrastrukturelle und bauliche Aspekte der Kommunen dafür, dass Menschen die Praxis überhaupt erst erreichen können. Die Koordination und Zusammenarbeit zwischen multiprofessionellen Versorgungsangeboten wird von zentraler, kommunal angesiedelter Stelle aus gesteuert. Denkbar ist hier die Zusammenarbeit zwischen den erkrankten Menschen, ihren Angehörigen, ehrenamtlich Engagierten, Pflege, Medizin, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit, Psychologie und weiteren je nach Bedarf benötigten Professionen und Berufen. Zur Sicherstellung des täglichen Bedarfs werden auch die Dienstleister*innen vor Ort einbezogen. So könnte ein Gesamtkonzept geplant werden, um die Lebensumstände älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen passgenau zu begleiten.

Organisationale und strukturelle Aspekte der ärztlichen Praxis

Organisationale und strukturelle Aspekte der kardiologischen ärztlichen Praxis spielen insofern eine Rolle, als die Ärzt*innen als Arbeitgeber*innen und Geschäftsführer*innen ihrer Unternehmen eine maßgebliche Verantwortung in der Gestaltung der Organisation ihrer Praxis haben. Sie prägen Strukturen und sie verfolgen Werte, die mehr oder weniger offen kommuniziert werden, aber immer im Sinne einer Haltung Strukturen und Werte im Umgang mit den Patient*innen beeinflussen.

Tille et al. (2019) untersuchten mit dem Konzept der HSR der WHO im Hinblick auf die Dimension „respect for persons“, wie die strukturelle Ausgestaltung von Werten die medizinische Versorgung und deren Wahrnehmung beeinflusst. „Respect for persons“ umfasst die Kriterien Würde, Vertraulichkeit, Autonomie, Kommunikation und Vertrauen. In den Ergebnissen der Studie wurde ersichtlich, dass vor allem jüngere Menschen, Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und Menschen mit einem höheren Bildungsgrad schlechtere HSR-Werte aufweisen. Dies ist ein Marker dafür, dass deren Bedürfnisse und Erwartungen vonseiten der Gesundheitsversorgung in den genannten Kriterien nicht getroffen werden. Ergänzend dazu konnte vonseiten dieser Ph.D.-Thesis aufgrund der qualitativen Ausrichtung keine analytisch-statistische Aussage zu den drei genannten Gruppen von Patient*innen gemacht werden, die sich aus den erhobenen soziodemografischen Variablen ergeben hätte. Es zeigen sich in den Gesprächen mit den befragten Menschen jedoch einige Aussagen zur strukturellen Gestaltung von Vertraulichkeit innerhalb der architektonischen Gestaltung einer Praxis, zu erfolgreicher und nicht erfolgreicher Kommunikation, zu Aspekten von Würde, Autonomie und Vertrauen, welche beispielsweise in den Kontinuen der Interaktion enthalten sind. Dabei sehen einige der befragten Menschen die Praxismitarbeiter*innen in der Rolle, die Strukturen maßgeblich zu gestalten. Andere sehen die Ärzt*innen in der Verantwortung. Bei einer qualitativen Betrachtung des Konzepts der HSR stellt sich damit die Frage, wie die

unterschiedlichen Gruppen von Menschen, und speziell jene mit schlechteren HSR-Werten, verstärkt in die medizinisch-pflegerische Behandlung einbezogen werden können, um deren Erwartungslage besser zu entsprechen. Analytisch ist Folgendes denkbar: Wenn Ärzt*innen dazu neigen, eine KHK bei Menschen mit höherem SES fälschlicherweise nicht zu diagnostizieren, weil die Wahrscheinlichkeit zu erkranken geringer ist (Röttger et al., 2016), kann diese Falschdiagnose auch jüngere Menschen aus demselben Grund betreffen. Speziell für Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand wurde hinlänglich beschrieben (Arnold et al., 2022; Osborn et al., 2014; Röttger & Busse, 2016), dass die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen unterschiedlicher Fachrichtungen, aber auch interprofessionell gestärkt werden müsse, um Versorgungsbrüche an Schnittstellen des Gesundheitswesens zu vermeiden.

Bezüglich der Versorgungskontinuität ist aus einigen Artikeln der Literaturrecherche bekannt, dass die dort befragten Menschen eine hohe Zufriedenheit mit der Arbeit ihrer Hausärzt*innen schildern (Tille et al., 2019) oder im Vergleich zur fachärztlichen Behandlung mit der hausärztlichen zufriedener sind (Arnold et al., 2022; Röttger & Busse, 2016). Dies bezieht sich vor allem auf den Aspekt der Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Menschen. Die Ergebnisse der vorliegenden Ph.D.-Thesis bestätigen aus Sicht einiger Menschen die Zufriedenheit und stringente Kommunikation mit den Hausärzt*innen. Sie ergänzen diesen Aspekt jedoch auch um einen konträren, qualitativen Eindruck, wohingegen sich einige der befragten Menschen von ihren Hausärzt*innen in ihren Anliegen nicht gewürdigt fühlten. Dies bezog sich auf die Fragen, ob eine Überweisung zu kardiologischen Fachärzt*innen ausgestellt wird, inwieweit Fachärzt*innen die von den Hausärzt*innen initiierte Therapie bereichern oder verändern können und welche Erwartungen die Menschen angesichts ihres Alters aus Sicht der Hausärzt*innen noch an eine kardiologische fachärztliche Versorgung stellen. Die befragten Menschen gehen mit diesen Interaktionen je nach Persönlichkeit und Prägung unterschiedlich um. Einige zeigen sich enttäuscht oder verärgert und fühlen sich in ihren Anliegen nicht ernst genommen. Andere gehen in den Diskurs mit den Hausärzt*innen und verteidigen ihren Wunsch nach weiterer Versorgung. Dieses Beispiel zeigt, welche unterschiedlichen Wege an der Schnittstelle zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung eingeschlagen werden können. Da die Interviews dieser Ph.D.-Thesis mit Menschen durchgeführt wurden, die bereits einen Termin in der kardiologischen Versorgung vereinbart hatten, bleibt im Dunkeln, inwiefern Menschen sich von Problemen an dieser Schnittstelle beeinflussen lassen und demzufolge keinen Termin bei Fachärzt*innen in Anspruch nehmen.

Zu den strukturellen und organisatorischen Fragen der medizinischen Versorgung gehört auch die Frage der Ausstattung einer Praxis. In den Gesprächen mit den Menschen zeigen sich deren unterschiedlichen Zugänge zu einer Praxisausstattung: Einerseits gibt es Menschen, die sich umgeben von modernen Gerätschaften aufgehoben und sicher fühlen. Andere

kommen aufgrund dieser Ausstattung ins Zweifeln, wie diese wohl finanziert würden. Daraus erwachsen Unsicherheiten, inwieweit privat zu zahlende Untersuchungen für die Behandlung selbst sinnvoll sind, ob sie lediglich der Finanzierung der Ausstattung oder auch als zusätzliches Einkommen der Ärzt*innen dienen. Die befragten Menschen sind mangels einer offenen Kommunikation darüber mit diesem Gedanken auf ihre eigene Recherche- und Entscheidungskompetenz verwiesen. Maio (2018) spricht in diesem Zusammenhang von einer Legitimierung der Gleichgültigkeit, die er als schwerwiegendste Folge der Ökonomisierung der Medizin sieht. Menschen in ihrer Bedürftigkeit zu helfen, steht einem scheinbar legitimen Kalkül gegenüber, mit deren Bedürftigkeit Profit zu machen. Immer mehr Menschen stellen sich deshalb auch die Frage, ob eine Therapie "Klinikkalkül" ist oder ihnen als Patient*in hilft. Dieses anwachsende Misstrauen gefährdet zentral das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*in und Patient*in (Maio, 2018).

Ergänzt wird dies um meine Erfahrung, dass in den ‚Hinterzimmern‘ der Praxen mitunter die ärztlich-professionelle Ansicht herrscht, dass die meisten dieser modernen Gerätschaften für die eigentliche medizinische Behandlung nicht gebraucht würden, sondern der Befund auch durch früher angewandte Tätigkeiten wie Palpation und Auskultation gestellt werden könne. Gleichzeitig wird die moderne Ausstattung vonseiten der ärztlichen Selbstverwaltung als verpflichtendes Qualitätskriterium gefordert, bevor die Ärzt*innen die Untersuchung überhaupt abrechnen dürfen. In anderen Fällen werden zusätzliche, bestimmte Gerätschaften für die Erwartungshaltung der Patient*innen angeschafft – diese Erwartungshaltung wurde auch in einigen Gesprächen mit den Menschen deutlich. Es zeigt sich folglich ein Bedarf an beidem: Ärzt*innen, die weiterhin die Kunst der Auskultation und Palpation beherrschen, sich darauf verlassen können und dennoch über moderne Gerätschaften verfügen und diese ergänzend einsetzen. Dabei ist das Vorhalten moderner Gerätschaften nicht nur ein technischer Aspekt. Phänomenologisch ausgedrückt, bekommen die Geräte durch die Sichtweise der Menschen einen ganz anderen Stellenwert: Sie werden zu Gegenständen, an denen die Menschen ihr Vertrauen in die Praxis festmachen.

Damit stellt sich im organisationalen und wissenschaftlichen Kontext die Frage, nach welchem Nutzen die Praxis handelt und wie dieses Handeln den Patient*innen gegenüber kommuniziert wird. Maio (2018) spricht hier von einer aktuell in der Medizin geltenden Wertehierarchie, die durch eine nicht offen kommunizierte, aber vorhandenen betriebswirtschaftlichen Überformung geprägt ist. Ärzt*innen werden dazu angehalten, sich auf technische und handwerkliche Aufgaben im Sinne einer Reparatur zu konzentrieren. Gleichermaßen werden andere Tätigkeiten wie die psychosoziale Betreuung zurückgefahren. Zudem werden in erster Linie ökonomisch geleitete medizinische Entscheidungen nicht offen und transparent als solche kommuniziert, sondern medizinische Gründe vorgeschoben. Dies bringt auch die

entscheidenden Ärzt*innen in Schwierigkeiten, da sie, um ökonomisch zu handeln, gegen ihre eigentlich medizinisch begründete Handlungsweise handeln müssen (Maio, 2018).

All diesen Aspekten ist gemein, dass sie die medizinisch-pflegerische Behandlung beeinflussen. Zudem besteht einerseits das Problem der unbekannten Ansprechpartner*innen. Wenn nicht klar ist, wer für die Organisation zuständig ist, kann das Anliegen auch nicht zielgerecht vorgebracht oder intern bearbeitet werden. In den Gesprächen mit den befragten Menschen existieren einige Schilderungen über Zustände, für welche niemand die Verantwortung übernehmen kann oder möchte. Weiterhin existieren Vorgaben der ärztlichen Selbstverwaltung zur Sicherstellung der Qualität im Behandlungsprozess, die den befragten Menschen jedoch als Patient*innen nicht bekannt sind. Hier haben die Menschen nur begrenzt Einsicht in das Handeln einer Praxis. Andererseits bleibt auch das Problem der hierarchischen Beziehung zu den Mitarbeiter*innen und vor allem zu den Ärzt*innen. In den Gesprächen wird deutlich, dass die Menschen weder nach ihrem Erleben der Praxis im Sinne eines qualitätsorientierten Einbezugs gefragt werden noch ihre Meinung ungefragt vor den Ärzt*innen äußern würden. Die Ergebnisse dieser Ph.D.-Thesis ermutigen dazu, Menschen in Praxen nach ihrem Erleben zu befragen und diese Aussagen ernst zu nehmen: Die Äußerungen der Menschen zu schwer erreichbaren Garderobenstangen, verschmutzten Cappuccino-Automaten und herumliegenden Kabeln zeigen die Auswirkungen vermeintlicher Kleinigkeiten. Letztere können dazu führen, dass sich jemand nicht wahrgenommen oder nicht aufgehoben fühlt, wegen peinlichkeitsgefühlen nicht zuhören kann, wie sich die Herzerkrankung seit der letzten Untersuchung entwickelt hat. Daraus ergeben sich in Verbindung mit den Rahmenbedingungen und Einschränkungen der Menschen manifeste Probleme der Versorgungskontinuität. Ein Zwischenfazit lautet daher: Die Praxis muss in die Interaktion mit den Menschen treten, um herauszufinden, was die Menschen in unterschiedlichen Rahmenbedingungen erwarten. Es geht vorrangig darum, sich der Wirkung aller Interaktionen bewusst zu werden und diese mit einer Haltung des Einbezugs vonseiten der Praxis zu kombinieren.

Beziehungen in der Praxis

Durch die Regularien der Niederlassungsplanung kommt es immer wieder zu einem Unterangebot von Behandlungsterminen. Die Untersuchung von Röttger et al. (2016) benennt die Wartezeit auf einen Termin im fachärztlichen Bereich als relevanten Faktor für den Verzicht auf eigentlich notwendige Untersuchungen. In Kombination mit den Aussagen der befragten Menschen dieser Ph.D.-Thesis zeigen sich Auswirkungen dieser Rahmenbedingungen auf die Beziehungen in der Herzpraxis.

Vor dem Hintergrund der Erkenntnis, dass das Herz mit seiner Funktion als „Schaltzentrale des Seins“ (Herr Rot) eine zentrale Rolle für das Leben der Menschen spielt, wird die gespürte

Unsicherheit beim Auftreten von unbekannten Symptomen nachvollziehbar. Aus den Gesprächen geht hervor, dass sich die Menschen zeitnah in ärztliche Behandlung begeben möchten und auf Informationen und schnelle Besserung des Befundes und der eigenen Leistungsfähigkeit hoffen. Sie möchten sich aufgehoben fühlen und wahrgenommen werden. Aus einigen Erfahrungen der Menschen und auch aus meiner beruflichen Erfahrung ergeben sich immer wieder Situationen, in denen Beziehungsprozesse innerhalb der Herzpraxis beeinträchtigt werden. Als leitendes Beispiel dienen Aussagen der Menschen über die erfolgte oder nicht erfolgte Terminvergabe und wie diese qualitativ unter einem Kommunikationsaspekt abläuft. In der Analyse wird deutlich, dass Mitarbeiter*innen innerhalb ihres Spielraums machtvoll agieren und in der Lage dazu sind, den Diskurs und das Narrativ über die Motive der abhängigen Patient*innen zu gestalten. Die Aussage zu den Diskriminierungserfahrungen und deren starke Auswirkungen auf die nicht mehr wahrgenommenen Termine (Röttger et al., 2016) lässt mutmaßen, dass sich der Aspekt der Diskriminierung nicht nur auf gängige Unterscheidungskriterien wie Geschlecht, Alter, Hautfarbe oder Nationalität bezieht, sondern auch verborgene Aspekte betrifft. Dies können Ausgrenzungen aufgrund der subjektiven Theorien der Menschen, deren geschilderte Erwartungshaltungen, Stimmlagen und bisherige medizinische Stationen zur Behandlung der Symptome sein. All diese Informationen erhalten Mitarbeiter*innen über den telefonischen Kontakt mit einem unbekannten Menschen und entscheiden je nach Couleur der Anrufer*innen letztlich für oder gegen eine Terminvergabe.

Maio (2018) bietet hier einen Erklärungsansatz an: Für ihn ist das Ziel der ökonomisierten Medizin nicht die Integration aller Menschen, sondern das ‚Herauspicken‘ derjenigen, mit denen man möglichst viel Gewinn machen kann. Folglich müssen die Menschen abgewiesen werden, bei denen sich ein hoher Arbeitsaufwand vermuten lässt. Das gilt nicht nur für die ärztliche Tätigkeit, sondern auch für die Mitarbeiter*innen an einem Praxistelefon, die bereits zu Beginn anstrengend anmutende Patient*innen zu Gunsten eher gesunden, fitten, freundlichen und damit ‚lukrativen‘ Patient*innen herauspicken. Damit tragen sie zum ökonomischen Erfolg einer Praxis bei (Maio, 2018). Die Mitarbeiter*innen sind im Alltag dazu ermächtigt, diese Entscheidung zu treffen.

„Klassische“ Diskriminierungskriterien zeigen sich auch darin, ob ältere Menschen von den Hausärzt*innen in fachärztliche Behandlung überwiesen werden oder wie innerhalb der Behandlung von privat und gesetzlich versicherten Menschen verfahren wird. Gerade gesetzlich versicherte Menschen hadern mit erlebten Ungleichbehandlungen in der Versorgung. Dies betrifft vor allem zwischenmenschliche Aspekte der erhaltenen Aufmerksamkeit und Zuwendung, aber auch Möglichkeiten zur schnelleren Behandlung beim Auftreten von Beschwerden.

Im Rahmen der GT dieser Ph.D.-Thesis konnte mit den Kontinuen der Interaktion ein Beziehungs- und Interaktionsmodell erarbeitet werden. Auch wenn die beiden Kontinuen keine

klaren Wenn-dann-Kaskaden beschreiben, zeigen sie doch grundlagentheoretisch die Bedürfnisse chronisch herzkranker Menschen in einer kardiologischen Behandlung auf. Sie zeigen auf, dass es erst einmal keinen Unterschied macht, wer die Interaktion steuert, ob dies von Ärzt*innen oder Mitarbeiter*innen auszugehen hat. Vielmehr implizieren sie, dass der Mensch mit seinen Rahmenbedingungen und Annahmen im Fokus der Versorgung stehen sollte. Darüber bringt er mit seiner Lebenswirklichkeit unterschiedliche Ansatzpunkte des Verstehens mit. Dabei trägt die Praxis die Verantwortung dafür, diesen Menschen als möglichen medizinischen Laien mit seinen Voraussetzungen einzubeziehen. Übergeordnetes Ziel muss es sein, eine sinnhafte und nachhaltige medizinische Behandlung zu initiieren.

Eine von Herrler et al. (2022) durchgeführte systematische Metasynthese in der ambulanten medizinischen Versorgung bestätigt die Ergebnisse der Ph.D.-Thesis auch für die Altersgruppe der über 80-Jährigen: Menschen wünschen sich Sicherheit, möchten Kontrolle und Unabhängigkeit bewahren und als bedeutsamer Mensch in Gänze wahrgenommen werden. Bei genauerer Betrachtung der drei Kriterien verbergen sich dahinter Implikationen und Gratwanderungen, welche auch in der hiesigen GT zur Sprache kamen. Einerseits bestehen strukturelle Bedingungen, die Menschen sowie die Herzpraxis selbst sind in einer bestimmten Umgebung verortet. Diese begrenzt eine mögliche Interaktion schon per se. Andererseits bestehen Implikationen auf die Beziehungsgestaltung, auf Respekt, Autonomie und das Ernstnehmen des jeweiligen Gegenübers. Letztlich besteht die Herausforderung darin, eine zugewandte, professionelle Haltung des Gesundheitspersonals in Bezug auf die zu versorgende Zielgruppe zu erarbeiten, Handlungs- und Kommunikationsspielräume dort zu entdecken und zu etablieren, wo sie die Strukturen der ärztlichen Praxis bereichern können. Gleichzeitig gilt es, bewusst wahrzunehmen, wo die Grenzen des Handelns einer ärztlichen Praxis sind und wo sie die Erwartungen und Bedürfnisse der Zielgruppe nicht zu decken vermögen. Maio (2018) sieht hier ein Problem: Das Zugeben von Grenzen steht einer ökonomisierten Medizin diametral gegenüber. Es geht darum, eine allgemeine universelle Machbarkeit zu suggerieren, die in den Menschen konkrete Erwartungen weckt. Gleichzeitig merken die Menschen, dass diese universelle Machbarkeit von der Medizin nicht erfüllt werden kann. Er schlägt vor, das Scheitern auch in der Medizin einzudenken – viel eher die Menschen bei ihrer Bewältigung und dem Umgang mit ihrem Scheitern zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, damit leben zu lernen (Maio, 2018). Denn auch eine Bewusstwerdung über die institutionellen, strukturellen und/oder personellen Schwächen erzeugt eine Haltung, die sich in der Interaktion mit den älteren Menschen widerspiegelt und für Resonanz sorgen kann.

15.2 Implikationen

Aus den Erkenntnissen dieser Ph.D.-Thesis ergeben sich Implikationen für die Theorieentwicklung, für die Pflegewissenschaft und für die pflegerische und medizinische

Versorgung im ambulanten fachärztlichen Setting. Diese Implikationen werden nachfolgend ausgeführt.

Implikationen für weitere Theorieentwicklung

Erfahrungen und Erwartungen von Menschen im Gesundheitswesen werden von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen betrachtet, beispielsweise der Versorgungsforschung, der Gesundheitsökonomie oder auch der Psychologie. Das Konzept der HSR vonseiten der WHO dient mit seinen Dimensionen und Kriterien weiterhin als theoretisches Konstrukt, um unterschiedliche Gesundheitswesen vergleichen und Aussagen zu deren Effektivität und Effizienz tätigen zu können (De Silva, 1999; Tille et al., 2019). Aber auch die Forderung nach patient*innenzentrierter Versorgung (Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD, 2018) sorgt für Bestrebungen, diese Patient*innenzentrierung als theoretisches Konstrukt empirisch zu verankern. Eine Arbeitsgruppe um Christalle et al. (2022) beispielsweise forscht auf Grundlage qualitativer Forschung dazu, welche Items zur erlebten Patient*innenzentrierung gehören. Aus diesen Items entwickelt die Arbeitsgruppe einen Fragebogen für das stationäre und ambulante Versorgungssetting. Bislang ist der Fragebogen inhaltlich nicht zugänglich. Aufgrund der psychologischen Ausrichtung der Arbeitsgruppe ist anzunehmen, dass einige Items des Fragebogens eine inhaltliche Nähe zu den Erkenntnissen dieser Ph.D.-Thesis aufweisen. Demzufolge können Erfahrungen und Erwartungen von Patient*innen in unterschiedlichen Dimensionen zugänglich gemacht werden.

In dieser Ph.D.-Thesis wurde mithilfe der konstruktivistischen GT eine explorative Studie über die Herausforderungen im Hinblick auf Erfahrungen und Erwartungen von älteren herzkranken Menschen im Setting der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland vorgelegt. Diese hat mit der Fundierung auf den SI einen interaktionsbasierenden Blickwinkel und zielt auf pflegewissenschaftlich-grundlagentheoretische und beziehungsorientierte Erkenntnisse. Die Relevanz dieser Theorie für Patient*innen, Mitarbeiter*innen und Ärzt*innen ergibt sich bereits jetzt aus der Vielzahl chronisch herzkranker Menschen in Deutschland. In der Entwicklung des demografischen Wandels werden zukünftig noch mehr Menschen betroffen sein. Bezüglich der Theorieentwicklung können vorliegende Erkenntnisse aus anderen wissenschaftlichen Disziplinen gemeinsam mit den Erkenntnissen dieser Ph.D.-Thesis betrachtet und evaluiert werden. Gegebenenfalls kann die Reichweite der GT durch Einbezug weiterer Konzepte und Aspekte ausgeweitet werden. Als Konsequenz dieser Entwicklungen schließt sich die wissenschaftliche Überprüfung dieser Konzepte an: Inwieweit sind Items der Patient*innenzentrierung, *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* oder die HSR dazu geeignet, um die Versorgung spezifischer Patient*innengruppen hinsichtlich verschiedenster Ergebniskriterien zu verbessern? Insofern sollte das erarbeitete Konzept in weiterer Forschung operationalisiert und überprüft werden. Ziel wäre die Entwicklung eines

Evaluationsinstruments, das dafür genutzt werden kann. Denkbar sind hier Evaluationen medizinischer, pflegerischer oder pharmazeutischer Maßnahmen, um eine Aussage darüber zu treffen, inwieweit die jeweilige Maßnahme den Patient*innen unter Einbezug ihrer Rahmen- und Lebensbedingungen nützt.

Theorieentwicklung ist darüber hinaus in jeglichen Bereichen der ambulanten medizinischen und zukünftig auch pflegerischen (Primär-)Versorgung notwendig. Die in den Gesprächen mit den Menschen geäußerten unterschiedlichen Befunde zur hausärztlichen Versorgung könnten unter Einbezug der erarbeiteten Kontinuen der Interaktion evaluiert werden. Möglicherweise ergeben sich für den hausärztlichen Bereich andere Kriterien hinsichtlich der dort nötigen Interaktionen. Auch ist nicht absehbar, wie sich das erarbeitete Konzept in anderen fachärztlichen Bereichen ausgestalten lässt und wie bestehende Erkenntnisse zu qualitativen Erwartungen von Patient*innen an die Versorgung in anderen fachärztlichen Bereichen integriert werden könnten. In der vorliegenden GT wurde aufgezeigt, wie die Menschen mit ihrer Persönlichkeit und ihren Rahmenbedingungen in die kardiologische Behandlung eintauchen, welche Auswirkungen es nimmt, neben kardialen Symptomen dadurch auch *etwas auf dem Herzen zu haben*. Denkbar ist, dass sich die Interaktionen beispielsweise im orthopädischen, neurologischen oder chirurgischen Bereich voneinander unterscheiden. So könnten jeweils andere Schwerpunkte gesetzt werden. Gleichmaßen hängt auch von der Methodologie und Methode der durchgeführten Forschung ab, welcher Fokus der Datenerhebung und -auswertung eingenommen wird.

Gleichmaßen kann Theorieentwicklung zu bestimmten Patient*innengruppen in der ambulanten medizinischen Versorgung unter dem Fokus der Interaktion stattfinden. Wie kann es beispielsweise gelingen, jüngere oder berufstätige Menschen, Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand oder geringem SES sowie Menschen mit Depressionen vermehrt in die medizinisch-pflegerische Behandlung einzubeziehen? Welche Rolle spielen die erarbeiteten Kontinuen der Interaktion und welcher Rahmenbedingungen bedarf es zur Begleitung von Menschen mit spezifischen Anforderungen? Ziel einer solchen Theorieentwicklung muss sein, die Versorgung eines Menschen aus seinen Augen zu sehen und seine möglicherweise andere Sichtweise als die der ‚Gesundheitsprofessionellen‘ zu akzeptieren. Erst dann können strukturell bedingte Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens oder Ansprüche der beteiligten Berufsgruppen damit ins Verhältnis gesetzt werden. Zudem wird ein gesellschaftlicher Diskurs darüber möglich, welche Aspekte der ambulanten medizinischen Versorgung für die Menschen transparent werden, welche gewünscht sind und inwieweit diese bezahlbar sind.

Implikationen für die Pflegewissenschaft

Grundsätzlich ist das erarbeitete Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* aufschlussreich dahingehend, dass ältere Menschen auch im ambulanten medizinischen Versorgungssetting spezielle Betreuung benötigen und welche Erfahrungen und Erwartungen sie diesbezüglich mitbringen. Gleichzeitig werden die einzigartigen Bedarfe und Rahmenbedingungen der älteren Menschen ins Auge gefasst – das Konzept berücksichtigt jeden Menschen durch die Erfassung seiner jeweiligen Lebenssituation. Daher besteht hier ein Anspruch an die Pflegewissenschaft, diesen inklusiven Charakter in die ambulante kardiologische fachärztliche Versorgung einzubringen und pflegefachlich zu verankern. Im Umkehrschluss stellt sich die Frage, welche Konsequenzen zu erwarten sind, wenn Menschen nicht mit ihrem Herz an die Hand genommen werden. Für dieses Argument sei an die vielen Aussagen älterer Menschen erinnert, wie sie durch die Strukturen und Abläufe einer Herzpraxis verwirrt, überfordert und/oder desorientiert zurückgelassen wurden. Ein konkretes hypothetisches Beispiel betrifft die Menge an unterschiedlicher Medikation. Es ist denkbar, dass ältere Menschen in diesem Zustand kaum fähig dazu sind, die aktuelle Medikation zu erinnern oder neue Informationen aufzunehmen. Daraus können sich schließlich Situationen der unbewussten, falschen Behandlung ergeben: Ärzt*innen verordnen eine Behandlung oder Medikation nach bestem Wissen und Gewissen auf Grundlage der vorliegenden Informationen – welche jedoch falsch oder unzureichend sind. Ein unbewusster und unerwünschter Behandlungsfehler zweiter Ordnung entsteht als Konsequenz der Nichtausrichtung an den Bedürfnissen und Erfordernissen der älteren Menschen. Es ist zu diskutieren, wie sich solche und ähnliche Situationen krankmachender Behandlungen zukünftig vermeiden lassen. Das Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* liefert einen Ansatzpunkt dafür, die Bedürfnisse und Erwartungen älterer Menschen in die strukturelle Ausgestaltung einzubinden. Damit könnten diese Behandlungsfehler zweiter Ordnung reduziert werden. Gleichmaßen liefert das Konzept Hinweise, an welchen Stellen Ärzt*innen und Praxismitarbeiter*innen dafür Verantwortung übernehmen können.

Dieses Argument wird hinsichtlich der aktuellen Entwicklungen in der ambulanten pflegerischen Versorgung umso bedeutsamer. Mit dem geplanten Ausbau der pflegerischen Primärversorgung im Rahmen von Gesundheitskiosken (Koalitionsvertrag SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP, 2021), der pflegerischen Studiengänge zu Community Health Nursing (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, 2018) sowie der anstehenden Modellprojekte zur pflegerischen Übernahme von heilkundlichen Tätigkeiten (§ 64d SGB V, 1988) steht die pflegerische Berufsgruppe unter einer besonderen Verantwortung: Sie muss neue Strukturen der Gesundheitsversorgung gestalten und etablieren. Denkbar ist dahingehend, das pflegerische Profil der Beziehungstätigkeit in den Mittelpunkt zu stellen und somit unbewusste Behandlungsfehler zweiter Ordnung zu vermeiden. Es ergeben sich wiederum Ansätze der pflegewissenschaftlichen Evaluierung

dieser pflegerischen, ambulanten Gesundheitsversorgung. Die Evaluation kann über die bereits bekannten Kriterien der HSR oder der Patient*innenzentrierung erfolgen. Sie kann jedoch auch entlang der Operationalisierung und Testung pflegewissenschaftlich fundierter Konzepte und Theorien stattfinden. Damit ist eine Aussage über den Mehrwert pflegerischer Beziehungstätigkeit in einer Herzpraxis möglich. Dies leistet wiederum einen Beitrag zur Professionalisierung des Berufsstandes Pflege und zur Zusammenarbeit im Gesamtkonzept Ärzt*innenpraxis.

Das Konzept *Jemandem mit seinem Herz an die Hand nehmen* ist pflegewissenschaftlich außerdem anschlussfähig an die Ansätze Evidence Based Medicine und Evidence Based Nursing. Hier findet es Eingang in die interne Evidence, die den Erfahrungsfaktor von betroffenen Menschen und Professionellen der Gesundheitsversorgung beschreibt (Behrens & Langer, [2004]/2022). Über die einzelnen Kategorien *Wer ich bin*, *Wie ich lebe*, *Etwas am und auf dem Herzen haben* sowie die Kernkategorie mit den Kontinuen der Interaktion lassen sich die Lebensbedingungen der Menschen innerhalb der Versorgung strukturiert erfassen. Damit könnte eine Handreichung zur pflegerischen und medizinischen evidenzbasierten Versorgung entwickelt werden.

Eine weitere Implikation für die Pflegewissenschaft besteht in einer möglichen Anschlussstudie, die bereits in Kapitel 15.1 angerissen wurde: der Fakt, dass chronische Herzerkrankungen oftmals gemeinsam mit einer Depression diagnostiziert werden. Dies wirft die Frage auf, ob Depressionen auch dann weiter diagnostiziert würden, wenn die Menschen mit ihren Lebensbedingungen in die Versorgung einbezogen würden. Das bedeutet, dass ein Mensch *etwas am und auf dem Herzen hat*, was ihn insofern emotional und/oder psychisch mitnimmt. Diesen Bedarf gilt es im Rahmen einer pflegerischen Beziehungs- und Interaktionstätigkeit zu bearbeiten. Die Hypothese besteht insofern darin, dass die diagnostizierte Depression durch eine begründete Angst vor der Zukunft im Rahmen der Herzerkrankung und deren unsicherheitserzeugende Symptome ausgelöst wird. Eine Veränderung der gesundheitsprofessionellen Haltung könnte bewirken, dass nicht wie bisher grundsätzlich pathogenisierend diagnostiziert und medikamentös therapiert wird, sondern der entsprechende Mensch zunächst auf zwischenmenschlicher Basis begleitet wird. Dies erfordert eine Pflege, die sich an pflegewissenschaftlichen Konzepten orientiert und die Versorgung darüber an der Lebenswirklichkeit der Menschen ausrichtet. Damit kann erreicht werden, dass Menschen Ansprechpartner*innen für die Auswirkungen ihrer Herzerkrankung vorfinden und somit möglicherweise keine Symptome einer Depression zeigen. Ob diese Hypothese zutrifft oder nicht, kann beispielsweise mittels einer Kohortenstudie untersucht werden, wonach eine Studiengruppe die reguläre medizinische Behandlung erhält und eine weitere Gruppe zusätzlich pflegerisch nach dem erarbeiteten Konzept begleitet wird. Die

Auswirkungen der zusätzlichen interaktionsbasierten Behandlung sind anschließend zu evaluieren.

Pflegewissenschaftlich ist außerdem zu erarbeiten, wie das pflegerische oder betreuende Personal innerhalb einer Herzpraxis zukünftig ausgebildet bzw. weiterentwickelt wird. Die befragten Menschen berichteten teilweise im Gespräch mit mir von dem Wunsch nach nichtärztlichem Personal mit Zusatzkompetenzen in der Begleitung älterer Menschen. Die MFA verfolgen bislang innerhalb ihrer Ausbildung einen verwaltungsbezogenen und ärztlich assistierenden Schwerpunkt (Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2006). Ausgehend von der erarbeiteten GT sind Kompetenzen zu Interaktionen, lebensweltlichen Konzepten, empathischer Begleitung und sozialen sowie gesundheitlichen Einflussfaktoren vonnöten, um die Betreuung chronisch herzkranker Menschen umfassend und inklusiv zu gestalten. Die gegenwärtigen Bestrebungen einzelner Zentren, nichtärztliches Personal kardiologisch-spezifisch weiterzubilden (zum Beispiel zur Herzinsuffizienz-Nurse oder zur Spezialisierten Herzinsuffizienz-Assistenz) versuchen diese Lücke zu schließen, agieren jedoch weiterhin unter einem ärztlich supervidierten biomedizinischen Aspekt, der von der Unterstützung und Entlastung der betreuenden Ärzt*innen gekennzeichnet ist. Hier stehen erkrankungsspezifische Parameter der Erkrankungen im Zentrum, die nach Bedarf von den Mitarbeiter*innen abgefragt und für die Handlungsempfehlungen nach Rücksprache mit den betreuenden Ärzt*innen ausgesprochen werden (Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz Würzburg, 2022). Diese Fortbildungen sind eine positive Weiterentwicklung der bisherigen Versorgungspraxis.

Das erarbeitete Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* verfolgt in Ergänzung dazu mit seinem genuin pflegewissenschaftlichen Ansatz ein beziehungs- und interaktionsbasiertes Handeln. Es betrachtet nicht nur losgelöste Symptome einer Erkrankung, sondern den Menschen mit seiner Erkrankung im Hinblick auf seine Lebensaktivitäten als Ganzes (Roper et al. [2002]/2016). Das bedeutet auch eine Übernahme von pflegerischer Verantwortung für die Begleitung dieses Menschen sowie die eigene Entscheidung, Maßnahmen und Empfehlungen auszusprechen, welche nach pflegerischer Erfassung des Bedarfs im Umgang mit der Erkrankung nötig sind (Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, 2018). Dennoch bliebe auch als interprofessioneller Ansatzpunkt die Idee, eine Zertifizierung für altersgerechte ärztliche Praxen zu konzipieren; unter Einbezug medizinischer, pflegewissenschaftlicher und verwaltungsbezogener Aspekte, um einen Praxisbesuch für ältere Menschen konzeptionell zu organisieren und das Unternehmen für deren Bedarfe zu sensibilisieren. Dies bedeutet auch, das Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* zu operationalisieren, damit die einzelnen Kategorien im pflegerischen Alltag handhabbar werden und für die einzelnen Menschen in ihrer jeweiligen Dimension formuliert werden können. Daraus ergibt sich die

Implikation, dass das Konzept als Teil einer ‚Pflegeplanung‘ im ambulanten medizinischen Versorgungsbereich eingeführt wird. Damit könnte ein praxisspezifischer Leitfaden für den Umgang mit chronisch herzkranken Menschen in diesem Setting entstehen. Pflege übernimmt hier durch pflegewissenschaftliche Grundlagenarbeit einen eigenständigen, die Medizin bereichernden Tätigkeitsbereich, um Menschen in ihrer Alltags- und Gesundheitskompetenz strukturiert und engmaschig zu begleiten. Das Konstrukt und Wording ‚Arztpraxis‘ muss dann entsprechend umgedacht werden – beispielsweise in ‚Arzt- und Pflegepraxis‘, ‚Versorgungsstützpunkt‘ oder ‚Gesundheitskompetenzzentrum‘ –, sodass der eigenständige, pflegeprofessionelle Versorgungsanteil auch in der Bezeichnung sichtbar wird.

Implikationen für die Herzpraxis

Die Implikationen für die Herzpraxis ergeben sich aus einer Argumentation zwischen Unternehmer*innenschaft und der Verantwortung der Praxen gegenüber den Patient*innen. Im Verlauf der Ph.D.-Thesis wurde deutlich: Ambulante kardiologische fachärztliche Versorgung als Geschäftsmodell ist möglich. Aufgrund der Rahmenbedingungen bezüglich der reglementierten Niederlassung herrscht eine so große Nachfrage nach Behandlungsterminen, dass zur Ausübung der Heilkunde kein ergänzendes Marketing nötig ist, um als Praxis für Patient*innen attraktiv zu sein. Dies ermöglicht, Patient*innen nicht mit ihrem Herzen an die Hand zu nehmen und trotzdem genug Behandlungsfälle zu bearbeiten, ohne einen wirtschaftlichen Verlust fürchten zu müssen. Das eigene Unternehmen entlang der gesetzlichen Regelungen so zu gestalten, wie die Inhaber*innen es für notwendig und korrekt erachten, ist deren Recht und Verantwortung. Dennoch stellt sich die Frage nach dem Nutzen eines hohen Durchlaufs, wenn der rein monetäre Aspekt außer Acht gelassen wird. So zeigen sich in den Gesprächen mit den Menschen diverse Aussagen zu den möglichen Folgen, wenn die Menschen nicht mit ihrem Herzen an die Hand genommen werden: Unsicherheiten und Ungenauigkeiten oder auch Überforderung bei der Einnahme einer Vielzahl von Medikamenten, eine nicht passfähige und für die Menschen unverständliche Befundbesprechung oder Erklärung der Symptomatik. Bis hin zu einem Abbruch der medizinischen Behandlung, weil sich Menschen nicht wahrgenommen und nicht aufgehoben fühlen. Diese und weitere Folgen sind das Ergebnis einer medizinisch-pflegerischen Behandlung, die nicht am Menschen selbst ansetzt, sondern am singulären Symptom. Deshalb ist hier zwischen dem Recht auf die Gestaltung des eigenen Unternehmens und der Verantwortung für die Patient*innen auch auf lange Sicht hin abzuwägen.

Das Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* kann als Unternehmensleitfaden für die Zusammenarbeit aller Beteiligten in der Herzpraxis dienen, wie im Folgenden dargestellt wird: Für die Ärzt*innen impliziert es, nicht nur als Mediziner*innen, sondern als Unternehmer*innen zu handeln. Das bedeutet, dass infrastrukturelle und

architektonische Entscheidungen auf Grundlage dieses Konzepts in ihren Auswirkungen für Patient*innen bedacht und bearbeitet werden. Die Entscheidung, welcher Aspekt bearbeitungswürdig erscheint, ist Aufgabe der Ärzt*innen als Inhaber*innen. Die Bearbeitung dieser Aspekte kann durch Mitarbeiter*innen oder externe Expert*innen erfolgen. Dies hat zur Folge, dass ein Abstimmungsprozess über wesentliche Angebotsstrukturen der Herzpraxis in Gang gesetzt und unterschiedliche Verantwortlichkeiten reflektiert werden. Möglicherweise müssen hier Aufgaben im Rahmen der Delegation und der strukturellen Erfordernisse der Herzpraxis neu verteilt werden, um mit den knappen Ressourcen der Fachkräfte patient*innenorientiert zu wirtschaften. In diesem Sinne trägt das Konzept auch dazu bei, dass MFA und Pflegefachpersonen als Mitarbeiter*innen in der Herzpraxis einen eigenen Beitrag leisten. Dieser geht dann über die bloße Assistenz der Ärzt*innen hinaus und stellt den zu betreuenden Menschen in den Mittelpunkt.

In den Gesprächen mit den Menschen zeigt sich die Wichtigkeit der Mitarbeiter*innen für die Versorgung der Patient*innen im Rahmen der Kommunikation, der Orientierung in der Herzpraxis und als niedrigschwellige Ansprechpartner*innen zum Umgang mit der chronischen Herzerkrankung. Wichtigkeit in dem Sinne, dass sie die Interaktion unabhängig von der ärztlichen Behandlung in eine positive oder negative Richtung lenken können. Beispiele dafür ergaben sich aus den Darstellungen zur Terminvergabe und zur telefonischen Atmosphäre. Diese Aufgabe muss im interprofessionellen Versorgungsteam angesprochen und als wichtige Schnittstelle zwischen Ärzt*innen und Menschen in der Versorgung etabliert werden. Die Arbeit der nichtärztlichen Mitarbeiter*innen wird hier sichtbar – der ‚Wert‘ deren Arbeit in der Gesundheitsversorgung der Menschen zeigt sich, was wiederum Argumente in berufspolitischen Diskussionen bereitstellt.

Ergänzend dazu kann das erarbeitete Konzept dazu dienen, Aspekte einer altersgerechten Praxis zu definieren und Mitarbeiter*innen für den Umgang mit älteren Menschen und deren speziellen Bedürfnissen zu sensibilisieren. Dies kann auch bedeuten, eine mitarbeiter*innengeführte Sprechstunde zum Einbezug pflegender Angehöriger anzubieten, einen Ratgeber zum Umgang mit der chronischen Erkrankung in der jeweiligen Praxis für die eigenen Patient*innen zu entwerfen oder zu überlegen, inwieweit die Lebensbedingungen der Patient*innen in den jeweiligen Praxisalltag einfließen können. Anschließend daran stellt sich die Frage, wie Ergebnisse aus der medizinischen Behandlung an die erfassten Lebensbedingungen anschließbar kommuniziert werden können, um einen Einbezug und ein Verständnis aufseiten der Patient*innen herzustellen. Das erarbeitete Konzept ist darüber hinaus geeignet, um die Zusammenarbeit mit anderen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen zu verbessern. Grundlage dieser Verbesserung ist der Kommunikationsprozess, der an den Lebensbedingungen und Erwartungen der betroffenen Menschen ansetzt und diese transparent zu vermitteln weiß. Eine Herzpraxis mit diesem

Konzept ist in der Lage, die Versorgung der betroffenen Menschen unter Einbezug ihres Alltags zu steuern und Schnittstellenproblematiken damit gezielt zu umgehen. Nicht nur im ‚Kosmos‘ der Gesundheitsberufe kann dieses Konzept fruchtbare Ansätze liefern, sondern auch hinsichtlich der Zusammenarbeit mit anderen Berufen: So kann der Einbezug von Architekt*innen bei gestalterischen und strukturellen Fragen zur Praxisarchitektur helfen, Sozialarbeiter*innen können zur kulturell sensiblen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund beraten. IT-Dienstleister*innen haben möglicherweise Ideen, wie Apps oder andere Technologien dazu führen können, dass sich jemand mit seinem Herz an der Hand genommen fühlt. Eine weitere Möglichkeit, die auch ein Mensch selbst äußerte, ist die aktive Involvierung der Patient*innen in die Gestaltung der Praxis. Rundgänge mit eigenen Patient*innen durchzuführen, hier Probleme aufzunehmen oder eine Möglichkeit zu bieten, Probleme, Wünsche, Bedürfnisse etc. mitzuteilen, wären hier schnell umsetzbare Maßnahmen. Insbesondere strukturelle Ursachen und Anlässe für schamhafte und entwürdigende Situationen können damit aufgedeckt und minimiert werden. Dennoch bleibt einschränkend zu sagen, dass auch Praxen mit einem solchen Konzept begrenzten Handlungsspielraum haben, wenn sich die Versorgung über Sektorengrenzen hinweg gestaltet oder auch andere Berufsgruppen mit möglicherweise anders gearteten Versorgungszielen einbezogen werden. Deshalb muss auch die Grenze der Leistungsfähigkeit einer Herzpraxis mit ihren Mitarbeiter*innen und Zuständigkeiten diskutiert und anerkannt werden.

Letztlich bietet ein solcher konzeptueller Ansatz auch die Möglichkeit, ein dahingehendes Marketing für unterschiedliche Zielgruppen zu etablieren und damit einen betriebswirtschaftlichen Aspekt zu verfolgen. Denkbar ist die grundlegende Erarbeitung eines Portfolios, das die Herzpraxen für erste Maßnahmen zur Konzeption einer patient*innenorientierten Versorgung sensibilisieren könnte. Es besteht die Option, qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Fachpersonal zu finden und an das Unternehmen zu binden. Auch (potenzielle) Patient*innen könnten werbewirksam angesprochen werden, indem deren Bedürfnis nach umfassender Betreuung und Edukation im Umgang mit ihrer Erkrankung adressiert wird. Interessant ist in diesem Zusammenhang, inwieweit das Arbeiten entlang dieses Konzepts kurz- und langfristig auf der Makroebene zu einer Kostenreduktion in der ambulanten medizinischen Versorgung und auf der Mikroebene zu einem betriebswirtschaftlichen Mehrwert für die einzelnen Praxen führt.

Insofern sind diese Implikationen auch für Krankenversicherungen und Management-Gesellschaften relevant und dienen möglicherweise zukünftig als Kriterium für Entscheidungen zur Weiterempfehlungen von Praxen und als Basisqualifikation zur Teilnahme an Studien, Projekten, Verträgen der Besonderen Versorgung oder öffentlichen Fördermitteln. Radikal

gedacht, könnte man die Vergütung der Praxen an die Erfüllung oder den Erfüllungsgrad des *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* knüpfen.

Für die Herzpraxis ergeben sich daraus Implikationen dahingehend, das Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* für die Praxis zu operationalisieren. Dies geschieht in einem interprofessionellen Kommunikationsprozess, der von den Inhaber*innen angestoßen und geleitet wird. Aufgaben bestehen in der infrastrukturellen und architektonischen Gestaltung der Praxis, in der Zuordnung von Verantwortlichkeiten, im Assessment der Lebensbedingungen und der Anschlussfähigkeit der medizinischen Kommunikation daran sowie in der Erarbeitung eines patient*innenorientierten Marketings. Weiterführend können diese Errungenschaften zur verbesserten Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsangeboten verwendet werden und zukünftig auch als Kriterium dienen, an welchem sich eine Praxis messen lassen muss.

Nachdem nun die Implikationen für Theorieentwicklung, Pflegewissenschaft und -praxis sowie die Herzpraxis dargestellt wurden, kommen nachfolgend die Limitationen zur Sprache.

15.3 Kritische Würdigung und Limitationen

Im Folgenden wird der Forschungsprozess kritisch gewürdigt und aufgetretene Limitationen werden dargestellt. Dazu orientiert sich der Autor an den in Kapitel 10.2.8 beschriebenen Geltungsbegründungen von Strübing et al. (2018).

Gegenstandsangemessenheit

Die Gegenstandsangemessenheit ergibt sich aus den methodologischen und methodischen Gesichtspunkten der durchgeführten Ph.D.-Studie. Eine methodische Limitation entstand durch das Design der Longitudinalität. Nicht mit allen Teilnehmer*innen konnte ein zweites Interview geführt werden. Einige von ihnen sind im Prozess der Datenerhebung und -auswertung verstorben. Andere konnten oder wollten aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes oder aus mangelndem Interesse an der Studie nicht zum zweiten Gesprächstermin erscheinen. Demzufolge liegen nicht von allen Teilnehmer*innen evaluierende Aspekte zur Behandlung in der Herzpraxis vor. Weiterhin wurde die Studie monozentrisch geplant, wobei sich der Ort der Datenerhebung in einer städtisch geprägten Region im Süden Deutschlands befindet. Aufgrund des Einzugsbereichs der Praxis war es möglich, Menschen aus städtischen und ländlichen Gebieten in die Forschung einzubeziehen. Dabei ergaben sich die Informationen zum Wohnort aus den Erzählungen der Menschen. Deshalb lässt sich anmerken, dass das Leben in der Stadt und auf dem Land innerhalb des Konzepts in der Kategorie *Wie ich lebe* eine Verortung hat. Es ist jedoch denkbar, dass sich die Aussagen in medizinisch unterversorgten Gebieten zu den hier beschriebenen unterscheiden.

In Anbetracht des explorativen Charakters dieser Untersuchung könnte dieser Kritik in weiterer Forschung durch eine Ausweitung bzw. Überprüfung des Konzepts in weiteren Herzpraxen mit unterschiedlichen strukturellen Merkmalen begegnet werden. Damit würden auch weitere Unterscheidungskriterien wie Quantität und Qualität des beschäftigten Personals, Räumlichkeiten und Leistungsangebote beachtet werden. In den Gesprächen erzählten die Menschen aber auch von vielen eigenen Erlebnissen in anderen Herzpraxen oder von Erlebnissen Anderer, was die augenscheinliche Monozentrie der Arbeit aufbricht. Auch die Erweiterung auf andere Menschengruppen, insbesondere im Hinblick auf verschiedene kulturelle Hintergründe, ist ein möglicher Ansatzpunkt für weitere Forschung. Grundsätzlich sind die kulturellen Hintergründe der Menschen in der Kategorie *Wer ich bin* eingedacht. Es ist jedoch zu überprüfen, inwieweit beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund neue Erkenntnisse in das Konzept einbringen können.

Der Forschungsprozess wurde in seinem gesetzten Rahmen mit der geforderten Offenheit durchgeführt, um den Forschungsgegenstand, die Erwartungen und Erfahrungen von älteren, chronisch herzkranken Menschen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland umfassend abzubilden. Dies wurde mit der konstruktivistischen Ausgestaltung der GT erzielt, indem ich durch mein Vorwissen und meine Verortung im Versorgungssetting einen offenen Zugang zum Forschungsfeld hatte und diesen Zugang und die Strukturen in den Gesprächen mit den Menschen diskursiv zur Sprache bringen konnte. Die konstruktivistisch geprägte Epistemologie innerhalb des Forschungsprozesses gewährleistete tiefe, interpretative Zugänge zu den Aussagen der Menschen. Für dieses Postulat der Offenheit wurde der Interviewleitfaden im Verlauf des theoretischen Samplings um neu entdeckte Aspekte und Themen ergänzt. Damit konnte das Konzept informativ und analytisch angereichert werden und näherte sich dem Forschungsgegenstand flexibel an. Inwieweit eine andere Datenerhebungsmethode eine bessere Annäherung an den Gegenstand ermöglicht hätte, bleibt nur zu vermuten. Denkbar wären, als Ergänzung zu den durchgeführten Interviews, teilnehmende Beobachtungen während der konkreten Besuche der Menschen in der Herzpraxis. Dies wurde von mir angedacht, jedoch aufgrund unterschiedlicher Gründe verworfen: Erstens befinden sich die Menschen innerhalb der Behandlung in einer intimen und vulnerablen Situation. Eine Beobachtung in dieser Situation muss aus forschungsethischer Sicht gut begründet sein. Zweitens hätte ich durch mein Beisein als Wissenschaftler die Interaktion zwischen Mensch und Ärzt*innen verfälscht. Aus ethnografischer Perspektive ist unbestritten, dass sich situative Praktiken nur durch länger andauernde Aufenthalte im Forschungsfeld beobachten und analysieren lassen (Lüders, 2015). Durch die kurze Behandlungszeit in Herzpraxen hätte jedoch keine natürliche Kopräsenz entstehen können. Dies hätte durch eine verdeckte Beobachtung, in der ich gleichzeitig als Mitarbeiter und Wissenschaftler agierte, gelöst werden können. Dieses Vorgehen wurde aber aus

forschungsethischen Gründen verworfen. Drittens ist fraglich, wie ich meine Situation als Mitarbeiter der Praxis und Wissenschaftler in diesen Behandlungssituationen hätte gestalten sollen und was das für die Beziehung zu den befragten Menschen sowie zu meinen Kolleg*innen bewirkt hätte.

Empirische Sättigung

Ich verfügte durch meine berufliche Tätigkeit in der kardiologischen Praxis über einen konstanten Zugang ins Forschungsfeld. Vor allem für die Interviews der ersten Datenerhebungsphase sind hier keine Limitationen aufzuführen. Nach diesen Interviews und im Verlauf der kardiologischen Behandlung wurde für die Patient*innen erlebbar, dass ich kein externer Wissenschaftler, sondern auch Angestellter der Praxis bin und je nach Setting unterschiedliche Aufgaben und Haltungen wahrnehme. Insofern ist denkbar, dass der Rückzug einiger Menschen von den zweiten Interviews auch durch eine Sorge vor der Vermischung dieser Rollen und Tätigkeiten von mir begründet ist. Dies wurde jedoch in keinem der Fälle von den befragten Menschen formuliert. Damit liegt lediglich eine hypothetische Limitation vor. Es bleibt darüber zu diskutieren, durch welche Maßnahmen sichergestellt werden kann, dass möglichst viele Teilnehmer*innen am zweiten Interview teilnehmen. Außerdem ist zu klären, inwieweit dadurch weitere relevante Informationen gewonnen werden und in den Datenkorpus einfließen können. Denkbar wäre zum Beispiel die Involvierung von Angehörigen in die Interviews bei den Patient*innen, die nicht mehr selbst dazu in der Lage sind. Eine weitere Möglichkeit wäre die Einsicht in medizinische Daten bei Menschen, die nicht mehr kontaktiert werden können. Dies hätte bereits in die Organisation der Studie und das Ethische Clearing aufgenommen werden müssen und konnte in diesem Rahmen nicht realisiert werden. Des Weiteren bestand durch meine Verortung im Versorgungssetting ein Vertrauensverhältnis zwischen mir und den befragten Menschen. Dies zeigte sich immer wieder auch in kritischen Aussagen zur erfahrenen Behandlung in der Herzpraxis – oder in der Freude darüber, dass ich ihnen zuhörte und Interesse an ihnen und ihrem Erleben zeigte.

Durch die beiden Befragungszeiträume konnte sichergestellt werden, dass die empirischen Befunde fest im Datenmaterial verankert sind. Auch die Kategorien *Wer ich bin*, *Wie ich lebe* und *Etwas am und auf dem Herzen haben* sind trotz Unterschiede in den soziodemografischen und -ökonomischen Variablen der Menschen durch ihre Verknüpfung zu deren Alltagsgestaltung fester Bestandteil der Gespräche. Sie produzieren vielfältige Daten, die sich ergänzen und auch kontrastieren. Zudem ist hier anzumerken, dass bezüglich der empirischen Sättigung eine Ergänzung des Forschungsvorhabens anzudenken ist. Der Datenkorpus könnte durch weiteres Datenmaterial ergänzt werden. Denkbar wäre hier öffentlich zugängliches Datenmaterial, das Interaktionen zwischen Patient*innen und Herzpraxis aufzeigt. Beispiele sind veröffentlichte Beschwerdebriefe, Bewertungen in

Arztbewertungsportalen oder Berichte über medizinische Fehlbehandlungen in diesem Setting. Nichtsdestotrotz fand durch das beschriebene theoretische Sampling eine theoretisch gesteuerte Variation des Datenkorpus statt, indem abweichende oder sich grundsätzlich unterscheidende Interviewteilnehmende gesucht wurden. Ebenso konnte durch die konsequente Memo-Arbeit und den sequenziellen Ablauf der Interviews eine Annäherung an die empirische Sättigung erreicht werden. Jedoch wären auch hier weitere Variationsmöglichkeiten des Datenkorpus möglich.

Der Aspekt der Monozentrie wurde bereits im Rahmen der Gegenstandsangemessenheit angesprochen. Darüber ist auch fraglich, ob zum Beispiel mehrere Interviewer*innen zu anderen oder ergänzenden Ergebnissen geführt hätten. Weitere Möglichkeiten wären zum Beispiel die Kontrastierung durch die Befragung von herzkranken Menschen unter 65 Jahren oder von gesunden, älteren Menschen sowie älteren herzkranken Menschen aus anderen Ländern. Methodisch bewegt sich dieses Vorgehen zwischen der ‚reinen‘ Anwendung einer Methodologie und Methodik, die sich an einer im Voraus aufgestellten Forschungsfrage für eine Qualifikationsarbeit orientiert. Gleichzeitig gilt die GT als ‚Kunstlehre‘ und grenzt sich bei der Theorieentwicklung von einem strikten methodischen Vorgehen ab. Dies ist eine Gratwanderung innerhalb des Forschungsprozesses. Schließlich ist das Ergebnis der Methode GT nie ein endgültiges Ergebnis, sodass an diesem Punkt weitergearbeitet und durch neue Fragestellungen verfeinert werden kann.

Theoretische Durchdringung

Die theoretische Durchdringung zeigt sich zum einen im explizierten Vorwissen, das ich im theoretischen und literaturbasierten Begründungsrahmen der ersten sechs Kapitel dieser Ph.D.-Thesis transparent gemacht habe. Das Vorwissen wurde zudem zur inhaltlichen Konzeption des Interviewleitfadens zu Beginn der Interviews genutzt, bevor die Analyse der Gespräche weitere Themen, Fragen und Konzepte für die folgenden Interviews erbrachte.

Das erarbeitete Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* wurde innerhalb der Diskussion und der Implikationen weiter theoretisch abstrahiert und für weitere Forschung anschlussfähig gemacht. In diesem Sinne wurden unterschiedliche Möglichkeiten der wissenschaftlichen Weiterentwicklung des Konzepts oder der praktischen Anwendungsmöglichkeiten aufgezeigt. Diese beziehen sich wiederum auf das explizierte Vorwissen. Damit weist das erarbeitete Konzept eine theoretische und empirische Fundierung auf und ist gleichermaßen Ansatzpunkt für weitere Entwicklungen in diesem Setting. Als Limitation der theoretischen Durchdringung ist festzuhalten, dass das erarbeitete Konzept keine Aussage zu den Perspektiven der pflegenden Angehörigen oder des involvierten Gesundheitspersonals macht. Weiterhin wurden einige Patient*innengruppen aus forschungsethischen Gründen von der Studie ausgenommen, beispielsweise Menschen mit

Demenz oder Menschen in offensichtlichen Notfallsituationen. Das bedeutet, dass deren Aspekte im Rahmen der theoretischen Erörterung als Vorwissen zwar implizit als Vorwissen einfließt. Jedoch bleiben einige Aspekte – im Falle der pflegenden Angehörigen und des Gesundheitspersonals – als weiterer Forschungsbedarf bestehen. Nichtsdestotrotz wurde mit der aufgestellten Theorie des *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* in dieser Arbeit ein theoretisches Konzept entwickelt, das eine Verallgemeinerung der Menschen in dieser Praxis für alle älteren, herzkranken Menschen versucht. Als Begriffe wurden hier die konkreten Begriffe aus dem Erzählten der Menschen genutzt. Durch die gewählte Methodologie des SI und der GT konnte zudem ausgehend von der deskriptiven Beschreibung geäußelter Erwartungen und Erlebnisse der Menschen ein nutzbares Konzept erstellt werden. Es wurden hinter den erzählten Erwartungen Bedürfnisse expliziert, die das Handeln der Menschen hinsichtlich der Interaktion mit der Praxis verstehbar machen.

Textuelle Performanz

Die textuelle Performanz zielt darauf ab, den Forschungs- und Schreibprozess für eine unbekannte Leser*innenschaft transparent zu gestalten. Damit sind folgende Aspekte verbunden: Ich agierte während der Durchführung meiner Ph.D.-Studie in unterschiedlichen Rollen. Diese flossen allesamt zu einem gewissen Anteil in diese Ph.D.-Thesis und müssen daher expliziert werden. Dazu gehöre auch ich als Mensch mit subjektiven Ansichten, einer Vorgeschichte und einer spezifischen Prägung, die den gesamten Prozess beeinflussen. Weiterhin agierte ich in der Rolle des Berufsangehörigen in einer Herzpraxis und betreute Patient*innen, welche die Praxis zur Behandlung aufsuchten. Während der Datenerhebung und -auswertung war ich als Wissenschaftler in Kontakt mit den befragten Menschen. In dieser Phase sind vielfältige Deskriptionen, Analysen und Interpretationen entstanden – vonseiten der befragten Menschen in ihren Erfahrungen und der Reflexion ihrer erfahrenen Behandlung, aber auch durch meine Analyse der Daten. Darüber hinaus bin ich als Wissenschaftler mit der Aufgabe des Schreibens betraut. In dieser Rolle beeinflusste ich, wie die Menschen mit ihren Aussagen zur Sprache kommen, wie der Ton der Auswertung und Darstellung ausfällt, welche Konsequenz aus den Daten spricht. Deshalb sind mit den unterschiedlichen Rollen Verantwortlichkeiten verbunden, welche im Sinne der textuellen Performanz Wichtigkeit erfahren. Dabei ist auch die immer wieder beschriebene Subjektivität von mir relevant und erlaubt eine Aussage darüber, in welcher Rolle ich in diesem Abschnitt agiere und was dies für die Interpretation der Daten bedeutet.

Die Darstellung der Subjektivität innerhalb eines Forschungsprozesses ist in dieser Ph.D.-Thesis von methodologischen Aspekten und der Anwendung der konstruktivistischen GT nach Charmaz [2006]/(2014) geleitet. Für die Leser*innenschaft erscheint es möglicherweise befremdlich, reflexive Einschübe im Rahmen der Ergebnisdarstellung zu lesen. Dennoch stellt

sich die Frage, wie eine postulierte Konstruktivität des Denkens auf Grundlage sozialer Interaktionen vonstattengeht, wenn die eigene Befindlichkeit dabei ausgeblendet bleibt. Deshalb entschied ich mich für den wiederkehrenden Einschub von Reflexionen, um den Gang meiner Interpretation für die Leser*innenschaft nachvollziehbar zu gestalten. Denn letztlich unterliegen sämtliche Auswertungen und Analysen von Daten, qualitativen wie quantitativen, den eigenen Annahmen und Prägungen. Es gilt, sich diese bewusst zu machen, sie einzubeziehen, sich davon aber auch wieder zu lösen, um die Ergebnisse nicht einseitig zu beeinflussen. Zu diesem Zweck engagierte ich mich in einer Interpretationsgruppe, die wesentliche Datenauszüge mit unterschiedlichen Interpretationen bearbeitete, sodass hier eine kritische Distanz zu den eigenen, naheliegenden Interpretationen sichergestellt werden konnte. Des Weiteren fanden in regelmäßigen Abständen mit meinen Erst- und Zweitbetreuern Termine zur gemeinsamen Interpretationsarbeit statt, um voreilige Interpretationen zu verhindern.

In der Rolle als Autor schließlich gilt es, die gewonnene Komplexität der Datenauswertung so zu reduzieren und zu kanalisieren, dass eine potenziell fachfremde Leser*innenschaft den Ausführungen folgen kann. In der gesamten Ph.D.-Thesis wurden dafür medizinische und pflegerische Fachbegriffe in Fußnoten erläutert. Auswertungen und Interpretationen wurden mit ausgewählten Gesprächsauszügen und Reflexionen begründet und Querbezüge wurden im Verlauf des Textes aufgezeigt. Auch hier ermöglichte mir die Teilnahme an der Interpretationsgruppe sowie die Zusammenarbeit mit meinen Erst- und Zweibetreuer*innen mein geschriebenes Wort und meine textuelle Sprache kritisch zu betrachten und Geschriebenes verständlicher und nachvollziehbarer für andere zu machen.

Originalität

Die Ausarbeitungen der Ph.D.-Thesis tragen wesentliche Erkenntnisse ins Forschungsfeld. Der Stand der Forschung zeigte auf, dass für die deutsche ambulante medizinische Versorgung kaum Literatur vorhanden ist, welche sich auf das fachärztlich kardiologische Setting bezieht und qualitative, spezifische Aussagen darüber macht, inwiefern Erfahrungen und Erwartungen von Menschen mit chronischen Herzerkrankungen eine Herausforderung für die Versorgung darstellen. Hier leistet meine Forschungsarbeit einen wesentlichen und explorativen Beitrag für weiterführende Forschungsfragen. Darüber hinaus wurde der Common Sense in der Gesellschaft einbezogen, indem Patient*innen dieses Versorgungssettings befragt wurden. Die jeweiligen Annahmen, Herausforderungen, Abwägungen und Risiken wurden vor allem innerhalb der Kategorien *Wer ich bin*, *Wie ich lebe* und *Etwas am und auf dem Herzen haben* beschrieben. Das erarbeitete Konzept ist vielfältig in der Praxis anwendbar und für weitere Forschung nutzbar. Damit ist auch hier Originalität in der Weiterentwicklung zu erwarten. Der Diskurs innerhalb der eigenen Disziplin wurde im

theoretischen Rahmen aufgeführt, fließt jedoch nicht als empirischer Befund in die Ph.D.-Thesis ein. Das erarbeitete Konzept kann in weiterführender Forschung der Disziplin zugeführt und um deren Perspektiven ergänzt werden. Denkbar sind Perspektiven der Medizin, deren Assistenzberufe und der Pflegewissenschaft, sodass hier weitere Anschlussfähigkeit geschaffen werden könnte.

Nachdem das Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* kritisch gewürdigt und die Limitationen des zugehörigen Forschungsprozesses dargestellt wurden, folgt im nächsten Kapitel ein Rückblick. Dieser dient schließlich zur Beantwortung der Forschungsfragen.

16 Rückblick und Beantwortung der Forschungsfragen

Im Verlauf der Ph.D.-Thesis wurden diverse Aspekte der ambulanten kardiologischen fachärztlichen Versorgung älterer Menschen mit chronischen Herzerkrankungen in Deutschland betrachtet: Der demografische Wandel und die Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Versorgung sind strukturelle Aspekte, die gesellschaftliche Relevanz und Auswirkungen auf die Versorgung von Patient*innen nach sich ziehen. Die steigende Zahl immer älter werdender Menschen in Deutschland führt zu Fragen rund um die Quantität der Versorgungsangebote, die durch die Zahl, Größe und Verteilung ärztlicher Praxen im ambulanten Setting anvisiert werden. Der Fokus auf die Qualität dieser Angebote wird gleichzeitig immer bedeutsamer: Das zeigt sich in Entwicklungen und Evaluationen zur HSR und Patient*innenzentrierung (Christalle et al., 2022; Röttger et al., 2016; Röttger & Busse, 2016; Tille, 2019; Tille et al., 2019). Das ambulante medizinische Setting steht insofern vor diversen Herausforderungen zur Sicherstellung und Gestaltung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen. Die Prävalenz und der Umgang mit chronischen Erkrankungen sind ebenso wie Erwartungen und Erfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen in Deutschland einzubeziehende Faktoren dieser Herausforderungen.

Nach einer systematischen Literaturrecherche lagen Erkenntnisse zu strukturellen Herausforderungen für ältere Menschen mit Herzerkrankungen im ambulanten medizinischen Setting sowie Erkenntnisse zu krankheitsspezifischen Aspekten und deren Auswirkungen für betroffene ältere Menschen vor. In der Zusammenschau des theoretischen Rahmens mit den Erkenntnissen und der kritischen Würdigung der recherchierten Studien identifizierte ich die Forschungslücke. Sie wird durch die leitende Forschungsfrage konkretisiert:

Inwieweit stellen die Erwartungen und Erfahrungen der 65-plus-jährigen Patient*innen in der kardiologischen fachärztlichen Praxis unter Berücksichtigung ihrer chronischen Herzerkrankungen eine Herausforderung dar?

Die leitende Forschungsfrage wurde in drei Unterfragen aufgeteilt:

1. Welche Rolle spielen die chronischen Herzerkrankungen von 65-plus-jährigen Patient*innen bei dem Besuch einer kardiologischen fachärztlichen Praxis?
2. Welche Erwartungen werden von 65-plus-jährigen Patient*innen in der kardiologischen fachärztlichen Praxis geäußert und wie verändern sich diese Erwartungen im fortlaufenden Behandlungsprozess?
3. Wie erleben 65-plus-jährigen Patient*innen mit chronischen Herzerkrankungen den Besuch in einer kardiologischen fachärztlichen Praxis und welche Erfahrungen gelten für sie als bedeutsam?

Zur Beantwortung der leitenden Forschungsfrage und der Unterfragen führte ich eine konstruktivistische GT (Charmaz, [2006]/2014; Corbin & Strauss, [1990]/2008) durch. Das Ergebnis dieses Methodenprozesses zeigte sich in der Erarbeitung eines theoretischen Konzepts. Mithilfe dieses Konzepts ist es nun möglich, eine Antwort auf die gestellten Forschungs- und Unterfragen zu geben.

Die chronischen Herzerkrankungen der älteren Menschen zeigen sich in unterschiedlicher Art und Weise. Einige von ihnen verspüren unspezifische Symptome wie Luftnot, Schwindel und rasche Ermüdbarkeit oder spezifische Symptome wie Brustenge und Herzstechen. Charakteristisch ist die Abwägung, ob die erlebten Symptome einer bis dato unbekannten Herzerkrankung oder dem Alter geschuldet sind. Denn gleichzeitig wissen und erleben die Menschen, dass ihre verbleibende Lebenszeit begrenzt ist. Andere der befragten Menschen verspüren keine Symptome, werden jedoch beispielsweise von Hausärzt*innen aufgrund eines Untersuchungsbefunds zur weiteren Abklärung in die kardiologische Praxis überwiesen. Für manche Menschen stellt es eine Herausforderung dar, den Befund einer Herzerkrankung zu akzeptieren, wenn keine oder unspezifische Symptome vorliegen. Dennoch spielt die Herzerkrankung hier eine Rolle. Denn die Menschen müssen lernen, sie einzubeziehen und mit ihr umzugehen. Das bedeutet, dass das bisher gelebte Leben mit seinen Bedingungen, Herausforderungen und Annehmlichkeiten auf den Prüfstand gerät. Möglicherweise können nicht mehr alle Aktivitäten wie bisher verfolgt werden oder es entsteht Unsicherheit darüber, welchen Einfluss die Herzerkrankung kurzfristig und langfristig auf den Alltag und die Lebensaufgaben nimmt.

In der ausgearbeiteten GT zeigt sich dies in den Kategorien *Wer ich bin*, *Wie ich lebe* und *Etwas am und auf dem Herzen haben*. Die befragten Menschen ringen um ein Verständnis dieser Symptome oder der bereits bekannten Herzerkrankung, um dieses Verständnis in ihr Leben zu integrieren und einen Umgang damit zu finden. Subjektive Theorien werden auf Grundlage der gespürten Symptome, der eigenen Befindlichkeit und der Informationen von Dritten gebildet, die wiederum den Umgang mit der Herzerkrankung beeinflussen. Manche der befragten Menschen sind durch die gespürten Symptome bereits in dem Umfang beeinträchtigt, dass sie ihren Alltag nur mit der Hilfe anderer Menschen oder mithilfe unterstützender Strategien bewältigen können. Andere wiederum haben Sorgen davor, ihren Aufgaben und Rollen im Verlauf der Herzerkrankungen nicht mehr gerecht werden zu können. All diese Gedanken und Annahmen fließen in den Besuch der Herzpraxis implizit und/oder explizit als Fragestellung an die Ärzt*innen ein. Sie formieren außerdem die Erfahrungen und Erwartungen der Patient*innen an die Interaktion und Behandlung in der Herzpraxis als grundlegende Basis.

Die zweite Unterfrage setzt einen Fokus auf die Entwicklung der geäußerten Erwartungen der befragten Menschen im ersten und zweiten Gespräch mit mir. Im ersten Gespräch wurden die Erwartungen im Gespräch explizit erfragt und es wurde deutlich, dass diese einen engen Bezug zu den Lebenssituationen der Menschen aufweisen: Je nachdem, welche Prägung, Rahmenbedingungen und Lebensgeschichte ein Mensch hat oder welchen Beruf er ausgeübt hat, werden unterschiedliche Erwartungen an die Behandlung und Interaktion in der Herzpraxis geäußert. Die Kategorie *Wer ich bin* beschreibt als Konsequenz daraus Erwartungen an den zwischenmenschlichen Umgang in der Herzpraxis. Darunter fallen ein freundlicher Umgang, sich als älterer Mensch akzeptiert zu fühlen, und das Vorhandensein von Personal, das die Interaktion mit älteren Menschen in einer unbekannten Umgebung aufmerksam steuert. Diese Erwartungen betreffen alle Praxisangehörigen. Vor allem in Bezug auf die Interaktion mit den Ärzt*innen erwarten die Menschen zusätzlich, von diesen ernst genommen zu werden.

Aus der Kategorie *Wie ich lebe* resultieren Erwartungen hinsichtlich der Zugänglichkeit, der Infrastruktur und der Kompetenzen. Die Menschen erwarten, bei Beschwerden zügig einen Termin zu erhalten und in ihren Aussagen zu den erlebten Beschwerden ernst genommen zu werden. Sie benötigen barrierearme Zugänge und wünschen, sich in der Praxis selbstständig entlang ihrer Bedürfnisse versorgen zu können. Sie erwarten die Anwesenheit von fachlich versiertem und informiertem Praxispersonal, das vor allem Kompetenzen hinsichtlich der fundierten Betreuung älterer Menschen aufweist.

Bezüglich der Kategorie *Etwas am und auf dem Herzen haben* zeigen sich Erwartungen zur Information und Therapie sowie zum Einbezug in die Behandlung. Leitend sind hier vor allem die Erwartungen zur Einschätzung, ob die Menschen alt oder krank sind, und die Verordnung und Kommunikation einer passfähigen Therapie. Die Menschen möchten wissen, was sie selbst zur Therapie beitragen können, was sie sich zutrauen sollen und können und wo ihre persönlichen Leistungsgrenzen liegen. Sie möchten diesen Befund auf Augenhöhe und verständlich kommuniziert bekommen und ihre Ansichten, Kenntnisse, Vorbehalte in dieses Gespräch einbringen. Einige der Menschen erwarten, ein Verständnis über die Zusammenhänge der Herzerkrankung mit Symptomen oder einer spezifischen Therapie zu erhalten. Andere hingegen verfolgen diese Erwartungshaltung nicht, sondern vertrauen auf das Expertentum der Ärzt*innen.

Im Verlauf der zweiten Gespräche wurde durch den Rückblick der befragten Menschen auf die erlebte Interaktion in der Herzpraxis deutlich, inwieweit sich ihre Erwartungen erfüllt und mit anderen Erfahrungen im Gesundheitswesen verdichtet haben. Die anfangs geschilderten Erwartungen referieren auf dahinterliegende Bedürfnisse, sich aufgehoben und sich wahrgenommen zu fühlen. Aus den vielfältigen Beschreibungen der Menschen wurden zwei Kontinuen entwickelt, in welche sich die Erwartungen der Menschen im Verlauf einordnen

lassen: *sich aufgehoben und sich alleingelassen fühlen sowie sich wahrgenommen und sich als Patient*in 08/15 fühlen*. In der Rückschau auf die eingangs genannten Erwartungen zeigt sich, dass die Menschen in der Herzpraxis als Ganzes gesehen werden möchten: Mit ihren eigenen Voraussetzungen und Umständen kommen sie mit einem Anliegen in die Interaktion der Praxis und möchten nicht in den zugrunde liegenden Strukturen und Abläufen untergehen. Sie wollen vielmehr bewusst durch diesen Prozess der Interaktion hindurchbegleitet werden. Essentiell ist dabei, dass die Kommunikation, Befundstellung und Therapieplanung nach dem ‚Schlüssel-Schloss-Prinzip‘ erfolgt. Damit ist gemeint, dass ein Verständnis der Erkrankung und Maßnahmen oft erst dann erfolgt, wenn die Menschen den Befund mit ihrer Lebenssituation verknüpfen können. Bei einigen Menschen ist dieses Verständnis auch an eine Akzeptanz und Annahme der Information geknüpft. Die erarbeitete GT zeigt auch, in welchen Bereichen spezifische Erwartungen der älteren Menschen bestehen und wie diese sich im laufenden Behandlungsprozess auf tiefer liegende Bedürfnisse beziehen.

Die dritte Unterfrage schließlich fragt nach dem Erleben des Praxisbesuchs aus Sicht der älteren Menschen und welche Erfahrungen für sie bedeutsam werden. Je nach Prägung und Vorerfahrung in ärztlicher Behandlung unterscheidet sich das Erleben des Praxisbesuchs. Ein Trend ist hier sichtbar: Die Werte, Kompetenzen und Eigenschaften, welche innerhalb des Berufslebens wesentlich waren, wirken sich auf Erwartungen und das Erleben der Interaktion aus. Menschen im Gesundheitswesen oder mit herausfordernder Führungs- oder Entscheidungsbefugnis haben eher ein Verständnis für die Komplexität einer chronischen Erkrankung als Menschen mit Berufen, in welchen ein stringentes Ursache-Wirkungs-Erklärungsmodell vorherrscht. Die im Beruf gelebte Art der Kommunikation, des Auftretens und der eigenen Rolle bestimmt, wie die Art der Kommunikation, das Auftreten und die Rollen der Praxisangehörigen erlebt werden. Bedeutsame Erfahrungen zeigen sich in der erarbeiteten GT in den Kontinuen der Interaktion und deren Auswirkungen. Die Kontinuen können sich mit jedem Praxisbesuch und den damit verbundenen Interaktionen in Richtung der unterschiedlichen Pole verändern und sind in der stetigen Aushandlung. Dabei werden die momentanen Rahmenbedingungen und Bedürfnisse der Menschen mit der Ausgestaltung der Kontinuen ins Verhältnis gesetzt.

So bewerten die Menschen die Interaktion auch danach, wie sich ihre Beschwerden und Symptome im Verlauf entwickelt haben. Einige der Menschen zeigen sich zufrieden mit einer positiven Entwicklung der Beschwerden und bringen dies auch in Verbindung mit Veränderungen ihrer Lebensführung. Andere verbleiben trotz einiger Untersuchungen und verordneter Medikation bei der Aussage, es würde bei ihnen nichts gemacht. Sie erleben ihre Beschwerden als unverändert und erkennen keinen Nutzen und Mehrwert in der erhaltenen Behandlungsinteraktion. Dieses Phänomen betrifft vor allem Menschen, die innerhalb der kardiologischen Behandlung keine passfähigen Informationen über ihren Zustand, die

Befunde, die benötigte Therapie und die weiteren Schritte der Behandlung erhalten haben. Sie sind demnach nicht in der Lage, bewusst an ihrer Behandlung mitzuarbeiten. Ihnen bleibt jedoch ein anderes bedeutsames Erleben der Interaktion: das Erleben von Sicherheit in der Unsicherheit. Auch weiterhin produziert die Herzerkrankung Unsicherheit im Hinblick auf die künftige Lebensgestaltung und im Rahmen der erlebten Symptome. Des Weiteren ist das Verständnis der Zusammenhänge durch die Abgabe der Expert*innenschaft an die Ärzt*innen und die nicht passfähige Information vonseiten der Ärzt*innen erschwert. Dennoch verbleiben die Menschen in der Herzpraxis als Patient*innen, weil ihnen die regelmäßigen Kontrollen und das Bewusstsein, Ansprechpartner*innen vor Ort zu haben, Sicherheit vermitteln. Es wird deutlich, dass sie sich zur eigenen Erklärung der Zusammenhänge wieder auf das Alter als Ursache ihrer Beschwerden beziehen und die regelmäßigen Kontrollen wahrnehmen. Bei einigen der befragten Menschen zeigte sich, dass sie sich weder aufgehoben noch wahrgenommen fühlten. Sie beendeten die Behandlung in der Herzpraxis. Insofern wird dem Aushandlungsprozess der Kontinuen Bedeutsamkeit beigemessen, indem die eigenen Erwartungen an die Herzpraxis und die alltäglichen Rahmenbedingungen sinnhaft mit dem Erleben der Interaktion verknüpft werden.

Das Konzept *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* ist ein erster, empirisch gestützter und theoretisch ausgearbeiteter Entwurf einer Begründungs- und Handlungstheorie im ambulanten medizinischen Setting. Der Fokus auf die Interaktionen liegt in der gewählten Methodologie der Ph.D.-Thesis begründet. Die erarbeitete GT ist in der Lage, durch die Beantwortung der drei Unterfragen eine Antwort auf die leitende Forschungsfrage zu geben: Die Erwartungen und Erfahrungen älterer Menschen stellen unter Berücksichtigung ihrer chronischen Herzerkrankung die Herzpraxis in ihren derzeitigen Strukturen und Rahmenbedingungen vor vielfältige Herausforderungen. Diese Herausforderungen wurden detailliert innerhalb der drei Unterfragen betrachtet.

Weiterführend wurde das erarbeitete Konzept anhand unterschiedlicher Faktoren unter Einbezug des Forschungsstands in Kapitel 15 diskutiert. Weitere Forschungsansätze wurden für die Theorieentwicklung, Pflegewissenschaft und die Herzpraxis als Versorgungspraxis erschlossen. Nachdem die Ph.D.-Thesis und der damit verbundene Forschungsprozess kritisch gewürdigt und deren Limitationen aufgezeigt wurden, bleibt nun die abschließende Beantwortung der Forschungsfragen. Es folgt ein Ausblick.

17 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen in Deutschland ist Gegenstand unzähliger Beiträge, Forschungen und Projekte. Das ambulante medizinische Setting genießt besondere Relevanz, wenn es darum geht, ältere Menschen wohnortnah so zu unterstützen, dass eine chronische Herzerkrankung in das tägliche Leben mit seinen Rahmenbedingungen integriert werden kann. Wissenschaftliche und praktische Pflege agieren hier eng mit Medizin und verfolgen unterschiedliche Ansatzpunkte in der Versorgung. Mit dieser Ph.D.-Thesis konnte aufgezeigt werden, welche Erwartungen chronisch herzkrank Menschen an Herzpraxen in Deutschland stellen. Diese reichen von basalen Interaktionen im Alltag über Orientierungshilfen bis hin zu einer tiefen zwischenmenschlichen Begegnung unter Einbezug der jeweiligen Lebensbedingungen. Es wurde innerhalb der erarbeiteten GT *Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen* ausgeführt, was aus Sicht der Menschen erforderlich ist, um die Erfahrungen und Erwartungen der herzkranken Menschen in die Versorgung zu integrieren. Gleichmaßen wurde aufgezeigt, unter welchen Rahmenbedingungen das ambulante medizinische Setting in Deutschland agiert und welche Auswirkungen diese Rahmenbedingungen auf die Versorgungsrealitäten nehmen können.

Das ambulante medizinische Versorgungssetting ist essenziell dafür, Menschen im Umgang mit ihrer chronischen Herzerkrankung zu begleiten. Es gilt, ein Verständnis rund um die Erkrankung zu etablieren, Ansprechpartner*innen bereitzustellen und die Kompetenzen der Menschen zu entwickeln. Ziel muss es sein, unerwünschte Ereignisse mit Bezug zur Herzerkrankung bestmöglich zu vermeiden. An dieser Aufgabe wirken Ärzt*innen und Pflegefachpersonen gleichermaßen mit unterschiedlichem Versorgungsfokus mit. Die Ph.D.-Thesis zeigte auf, welche Implikationen mit der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit im Rahmen einer Herzpraxis verbunden sind und welchen Mehrwert es brächte, wenn Aufgaben im interdisziplinären Team fokussiert kommuniziert und verteilt würden. Dies wird umso wichtiger, wenn zukünftig eine weitere Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege forciert und der ambulante Versorgungssektor mit neuen Zuständigkeiten der Berufsgruppen reformiert wird. Dies wird Gegenstand wichtiger Aushandlungen über die jeweiligen Befugnisse und Kompetenzen sein. Die grundsätzliche Frage bleibt: Unter welchem Gesichtspunkt betrachtet und evaluiert man die Versorgung von und die Interaktion mit Menschen? Sind es philosophische Aspekte, die den Einbezug, die Aufmerksamkeit, die Verantwortung gegenüber der ganzheitlichen Erfahrung eines Menschen befürworten? Steht die Verbesserung medizinischer oder epidemiologischer Parameter im Fokus oder werden ökologische oder ökonomische Aspekte verteidigt? In Abwägung dieser Aspekte gilt es, eine Antwort zwischen den hilfesuchenden Menschen, der Medizin und der Pflege zu erarbeiten.

18 Literaturverzeichnis

- Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH. (2018). *Community Health Nursing in Deutschland: Konzeptionelle Ansatzpunkte für Berufsbild und Curriculum*. Berlin.
<https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/CHN-Veroeffentlichung/Broschuere-Community-Health-Nursing-09-2019.pdf>
- Albrecht, M. & Al-Abadi, T. (Juni 2018). *Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen: Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen*. Berlin. IGES. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/IGES-Gutachten_Sektorenuebergreifende_Verguetung_2018-06-11.pdf
- Amelung, V. E. (2012). Definitionen und Konzepte. In V. E. Amelung (Hrsg.), *Managed Care* (S. 15–28). Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-7129-6_1
- AMNOG. (2010). *Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung*. BGBl. I Nr. 67.
- Andersen, R. & Davidson, P. (2001). Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In R. Andersen, T. H. Rice & G. F. Kominski (Hrsg.), *Changing the U.S. health care system: Key issues in health services, policy, and management* (S. 3–30). Jossey-Bass.
- AOK Baden-Württemberg, MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH & Bundesverband niedergelassener Kardiologen e.V. (2021). *Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß §73c SGB V*. https://www.medi-verbund.de/wp-content/uploads/2021/12/Gesamtvertrag_Kardio_01.04.22.pdf
- Arlt, A. D. (2019). *Optimierung der Adhärenz bei Personen mit chronischen Erkrankungen: Prädiktoren, Erfassung, Intervention* [Dissertation]. Philipps-Universität Marburg, Marburg. <https://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2019/0512/pdf/daa.pdf>
- Arnold, C., Hennrich, P. & Wensing, M. (2022). Patient-reported continuity of care and the association with patient experience of cardiovascular prevention: an observational study in Germany. *BMC primary care*, 23(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01788-7>
- Ärzte-ZV. (1957). *Zulassungsverordnung für Vertragsärzte*. BGBl. I S. 572, 608 i.d.F. BGBl. I S. 2754.
- Behrens, J. & Langer, G. (2022). *Evidence-based Nursing and Caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung* (5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe Verlag. (Erstveröffentlichung 2004)

- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2018). *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie* (27. Auflage). Fischer Taschenbuch.
(Erstveröffentlichung 1969)
- Bloch, F. (2022). *Gehalt im Gesundheitswesen: Der große Überblick, alles Wissenswerte*.
<https://medwing.com/DE/de/magazine/artikel/gehalt-gesundheitswesen/>
- Blöcher, M. & Robben, T. (18. Januar 2022). *Fachkräftemangel bringt Arztpraxen in Not*.
Norddeutscher Rundfunk (NDR).
<https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Fachkraeftemangel-bringt-Arztpraxen-in-Not,medizinischefachangestellte104.html>
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Prentice-Hall, Inc.
- Blumer, H. (1981). Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In
Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (5. Aufl., S. 80–146). Springer Fachmedien.
- BMV-Ä. (2022). *Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung)*. https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf
- Bongen, R. & Sell, K. (23. Februar 2016). *Wie die Medikamenten-Mafia Ärzte besticht*.
Norddeutscher Rundfunk (NDR).
<https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Wie-die-Medikamenten-Mafia-Aerzte-besticht,krebsmafia100.html>
- Breuer, F., Mey, G. & Mruck, K. (2011). Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der
Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (2. Aufl., S. 427–448). Springer Fachmedien.
- Bundesamt für Soziale Sicherung. (2022). *Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung*.
<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>
- Bundesärztekammer. (2011). *Struktur der Ärzteschaft 2011*.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Stat11Abbildungsteil1.pdf
- Bundesärztekammer. (2020a). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020*.
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf

Bundesärztekammer. (2020b). *Struktur der Ärzteschaft 31.12.2020*.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.). (2019a). *Koronare Herzkrankheit: Warum Ernährung und Bewegung wichtig sind* (Programm für Nationale Versorgungsleitlinien).

https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-004ki-pb3_S3_KHK_2022-09.pdf

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.). (2019b). *Koronare Herzkrankheit: Warum es hilft, aufs Rauchen zu verzichten* (Programm für Nationale Versorgungsleitlinien).

https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-004ki-pb4_S3_KHK_2022-09.pdf

Bundesinstitut für Berufsbildung. (2022, 2. Februar). *Medizinische Fachangestellte und Kfz-Mechatroniker auf Platz 1: BIBB-Ranglisten der Ausbildungsberufe nach Neuabschlüssen* [Press release].

https://www.bibb.de/de/pressemitteilung_153004.php

Bundesministerium des Innern (Hrsg.). (Februar 2017). *Jedes Alter zählt: "Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen"*. Berlin.

https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/demografie/demografiebilanz.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Bundesministerium für Gesundheit. (2012, 21. März). *Richtlinie nach §63 Absatz 3c SGB V*. Bundesanzeiger Nr. 46 S. 1128. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1401/2011-10-20_RL_%C2%A7-63_Abs-3c_Erstfassung_BAnz.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (August 2021). *Konzertierte Aktion Pflege: Zweiter Bericht zum Stand der Umsetzung der Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1 bis 5*. Berlin.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/KAP_Zweiter_Bericht_zum_Stand_der_Umsetzung_der_Vereinbarungen_der_Arbeitsgruppen_1_bis_5.pdf

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2. Auflage). Sage Publ. (Erstveröffentlichung 2006)

Christalle, E., Zeh, S., Hahlweg, P., Kriston, L., Härter, M., Zill, J. & Scholl, I. (2022). Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT) – A best practice example for generating patient-reported

- measures from qualitative data. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(4), 1529–1538.
<https://doi.org/10.1111/hex.13494>
- Clarke, A. E. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory after the postmodern turn*. Sage Publ.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2004). *Weiterleben lernen: Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Huber. (Erstveröffentlichung 1993)
- Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3. Auflage). Sage Publ. (Erstveröffentlichung 1990)
- Crotty, M. (1998). *The foundations of social research: Meaning and perspective in the research process*. Sage Publ.
- De Silva, A. (1999). *A Framework for Measuring Responsiveness* (GPE Discussion Paper Series: No. 32). Genf. World Health Organization.
- Deutsche Herzstiftung e. V. (Hrsg.). (September 2022). *Deutscher Herzbericht 2021: Sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin in Deutschland* (Nr. 33). Frankfurt am Main.
<https://www.herzstiftung.de/system/files/2022-09/DHB21-Herzbericht-2021.pdf>
- Deutscher Pflegerat e.V. (Juli 2022). *Positionspapier „Community Health Nurse“* [Press release]. Berlin. https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2022/07/DPR_Positionspapier_Community-Health-Nurse.pdf
- Deutsches Ärzteblatt (14. April 2022a). Viele Medizinische Fachangestellte verlassen Arztpraxen, 2022. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133420/Viele-Medizinische-Fachangestellte-verlassen-Arztpraxen>
- Deutsches Ärzteblatt (5. Mai 2022b). Community Health Nurses sollen keine Konkurrenz zu Hausärzten sein. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133963/Community-Health-Nurses-sollen-keine-Konkurrenz-zu-Hausaerzten-sein>
- Deutsches Ärzteblatt (14. Juli 2022c). Pflegerat will heilkundliche Aufgaben an Community Health Nurses übertragen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135964/Pflegerat-will-heilkundliche-Aufgaben-an-Community-Health-Nurses-uebertragen>
- Deutsches Zentrum für Herzinsuffizienz Würzburg. (2022). *Fortbildung Spezialisierte Herzinsuffizienz-Assistenz*.
https://www.ukw.de/fileadmin/uk/dzhi/Fortbildung_HI_MFA_DZHI_22a.pdf
- Deveugele, M., Derese, A., van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. & Maeseneer, J. de (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ open*, 325(7362), 472.

- Dresing, T. & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8. Auflage). Eigenverlag.
(Erstveröffentlichung 2011)
- DS-GVO. (2016). *Datenschutz-Grundverordnung*. Amtsblatt L 119 vom 4.5.2016.
- Ehwerhemuepha, L., Roth, B., Patel, A. K., Heutlinger, O., Heffernan, C., Arrieta, A. C., Sanger, T., Cooper, D. M., Shahbaba, B., Chang, A. C., Feaster, W., Taraman, S., Morizono, H. & Marano, R. (2022). Association of Congenital and Acquired Cardiovascular Conditions With COVID-19 Severity Among Pediatric Patients in the US. *JAMA network open*, 5(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.11967>
- Das Erste. (2016, 9. März). *Pharmaindustrie zahlte an 17.000 Ärzte Geld für umstrittene Studien* [Press release]. <https://daserste.ndr.de/panorama/aktuell/Pharmaindustrie-zahlte-an-17000-Aerzte-Geld-fuer-umstrittene-Studien-anwendungsbeobachtung100.html>
- Ertl, G., Angermann, C. E., Bekereditian, R., Beyersdorf, F., Güder, G., Gummert, J., Katus, H. A., Kindermann, I., Pauschinger, M., Perings, S., Raake, P. W. J., Störk, S., Scheidt, W. von, Welz, S. & Böhm, M. (2016). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten („Heart Failure Units“, HFUs) zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz. *Der Kardiologe*, 10(4), 222–235. <https://doi.org/10.1007/s12181-016-0072-6>
- Fawcett, J. (1996). *Pflegemodelle im Überblick*. Verlag Hans Huber.
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (5. Auflage). Rowohlt Taschenbuch Verlag. (Erstveröffentlichung 1995)
- Flor, W. (2019). Alter(n) und Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I002-2.0>
- Friesacher, H. (2008). *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns: Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Pflegewissenschaft und Pflegebildung: Bd. 2*. V & R Unipress Univ.-Verl. Osnabrück.
- Friesacher, H. (2015). Wider die Abwertung der eigentlichen Pflege. *intensiv*, 23(04), 200–214.
https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/tw_pflege/Friesacher_intensiv_4_15_.pdf
- Fuchs, J., Busch, M., Lange, C. & Scheidt-Nave, C. (2012). Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. Results of the German telephone health interview survey German Health Update (GEDA) 2009. *Bundesgesundheitsblatt*,

- Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(4), 576–586.
<https://doi.org/10.1007/s00103-012-1464-9>
- Garfinkel, H. (2018). *Studies in ethnomethodology. Social and political theory from Polity Press*. Polity Press.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2022). *Disease-Management-Programme*. <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/>
- Gerlich, M. G., Klindtworth, K., Oster, P., Pfisterer, M., Hager, K. & Schneider, N. (2012). 'Who is going to explain it to me so that I understand?' Health care needs and experiences of older patients with advanced heart failure. *European journal of ageing*, 9(4), 297–303. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0244-6>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2022). *Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Euro*. https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gastd&p_aid=796072&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=322&p_indsp=4050&p_ityp=H&p_fid=
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2013, 27. November). *Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung: Reformoptionen des GKV-Spitzenverbands*. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/GKV-SV_Positionspapier_Ambulante-Versorgung-Verguetung.pdf
- GKV-VSG. (2015). *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung*. BGBl. I Nr. 30.
- GKV-VStG. (2011). *Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung*. BGBl. I Nr. 70.
- Glaser, B. G. (1992). *Emerging vs. forcing: Basics of grounded theory analysis*. Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (2010). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung* (3., unveränderte Auflage). Verlag Hans Huber. (Erstveröffentlichung 1998)
- GOÄ. (1996). *Gebührenordnung für Ärzte*. BGBl. I S. 210 i.d.F. BGBl. I S. 1470.
- Grypdonck, M. (2005). Ein Modell zur Pflege chronisch Kranker. In E. Seidl & I. Walter (Hrsg.), *Pflegewissenschaft heute: Bd. 8. Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag: Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation* (S. 15–60). Maudrich.
- GSG. (1992). *Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung*. BGBl. I S. 2266 i.d.F. BGBl. I S. 2304.
- GVWG. (2021). *Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz*. BGBl. I Nr. 44.

- Hajen, L., Paetow, H. & Schumacher, H. (2011). *Gesundheitsökonomie: Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele* (6., überarb. und erw. Aufl.). Kohlhammer. (Erstveröffentlichung 2000)
- Hausärzteverband Baden-Württemberg. (2022, 11. Mai). *AOK-Haus- und Facharztverträge im Südwesten wachsen auch 2021 auf hohem Niveau – über 8.500 Ärztinnen und Ärzte beteiligt* [Press release]. Stuttgart. https://www.hausarzt-bw.de/News/2022_05_11_pm_aok_vertrag~n-3389
- Heidemann, C., Scheidt-Nave, C., Beyer, A.-K., Baumert, J., Thamm, R., Maier, B., Neuhauser, H., Fuchs, J., Kuhnert, R. & Hapke, U. (2021). Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*, 6(3), 3–27. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8749/JoHM_03_2021_GEDA_Gesundheitliche_Lage.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. (Erstveröffentlichung 2004)
- Herrler, A., Kukla, H., Vennedey, V. & Stock, S. (2022). What matters to people aged 80 and over regarding ambulatory care? A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *European journal of ageing*, 19(3), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00633-7>
- Höhl, R. & Badenberger, C. (5. Januar 2018). Der heiße Wettbewerb um die Arztsitze: Praxisabgabe via MVZ. *ÄrzteZeitung*. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Der-heisse-Wettbewerb-um-die-Arzsitze-298304.html>
- Holstiege, J., Akmatov, M. K., Steffen, A. & Bätzing, J. (2020). *Die ischämische Herzerkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung Deutschlands: Zeitliche Trends und regionale Variationen* (20/04). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/109/VA_Bericht_20-04_IschaemHerzerkrankung_2020-08-12.pdf <https://doi.org/10.20364/VA-20.04>
- Homburg, C. & Stock-Homburg, R. (2012). Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. In C. Homburg (Hrsg.), *Kundenzufriedenheit: Konzepte - Methoden - Erfahrungen* (8. Aufl., S. 17–52). Gabler.
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (Hrsg.). (2022). *Berufstätige Ärzte nach Tätigkeitsbereichen und Arztdichte 2000–2021*. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI28.pdf

- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academies Press.
- IQWiG (Hrsg.). (2019). *Datengestütztes, zeitnahes Management in Zusammenarbeit mit einem ärztlichen telemedizinischen Zentrum bei fortgeschrittener Herzinsuffizienz* (IQWiG-Berichte Nr. 822). Köln. https://www.iqwig.de/download/n19-01_telemonitoring-bei-fortgeschrittener-herzinsuffizienz_rapid-report_v1-0.pdf
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ open*, 7(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Janssen, M., Stamann, C., Krug, Y. & Negele, C. (2017). Qualitative Inhaltsanalyse – and beyond? Tagung an der Pädagogischen Hochschule Weingarten, 5. Oktober 2016. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 18(2), Artikel 7. <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2812/4098>
- Jones, A. M., Rice, N., Robone, S. & Dias, P. R. (2011). Inequality and polarisation in health systems' responsiveness: a cross-country analysis. *Journal of health economics*, 30(4), 616–625. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.05.003>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (Oktober 2016). *Richtig kooperieren: Mit Praxisbeispielen und Informationen zum Anti-Korruptionsgesetz*. https://www.kbv.de/media/sp/Broschuere_Kooperation.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018). *Arztzeit-Mangel*. https://www.kbv.de/html/themen_38343.php
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (Januar 2020a). *Die Bedarfsplanung: Grundlagen, Instrumente und Umsetzung*. Berlin. https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020b, 3. November). *BIX 2020: Corona beschert Niedergelassenen zusätzlichen Bürokratieaufwand* [Press release]. https://www.kbv.de/html/2020_49013.php
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2021, 31. Dezember). *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister: Bundesgebiet insgesamt*. https://www.kbv.de/media/sp/2021-12-31_BAR_Statistik.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). (2022a). *Der Bürokratieindex für die vertragsärztliche Versorgung: Schwerpunktthema: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung*. https://www.kbv.de/media/sp/BIX2022_Projektbericht.pdf

- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022b). *Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren: Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021*.
https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022c). *Honorarbericht 1/2021*.
https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Honorarbericht_1._Quartal_2021.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022d). *Kooperationen: Anstellung – Kolleginnen und Kollegen als Beschäftigte*. <https://www.kbv.de/html/anstellung.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022e). *Medizinische Versorgungszentren aktuell: Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021*.
<https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2022f). *Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung*.
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (Januar 2022). *Erläuterung zu den Abrechnungsunterlagen*. Stuttgart. <https://www.kvbawue.de/api-file-fetcher?fid=2135>
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen. (2022, 12. Januar). *20 Monate Corona: Das hat die Pandemie mit den Praxen gemacht* [Press release].
<https://www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/umfrage>
- Klindtworth, K., Oster, P., Hager, K., Krause, O., Bleidorn, J. & Schneider, N. (2015). Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life. *BMC geriatrics*, 15, 125. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0124-y>
- Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD. (2018). *Koalitionsvertrag: 19. Legislaturperiode*. Berlin.
- Koalitionsvertrag SPD, BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, FDP. (2021). *Koalitionsvertrag 2021–2025*. Berlin. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>
- Landesärztekammer Baden-Württemberg. (2006, 26. April). *Ausbildungsrahmenplan für Medizinische Fachangestellte*.
<https://cdn0.scrvt.com/e90e659c888e3602776417cb5358cb67/14412bc382707c70/41f628f9b375/02rahmenlehrplanMedFach.pdf>
- Leppin, A. (2010). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 35–44). Verlag Hans Huber.
- Lockwood, C., Munn, Z. & Porritt, K. (2015). Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *International journal of evidence-based healthcare*, 13(3), 179–187.
<https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000062>

- Lorenz, S. (2023). *Die Prämedikationsambulanz: Analyse der Prozessqualität, Patientenzufriedenheit und Präoperativen Angst* (1. Aufl.). Springer eBook Collection. Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-39259-8>
- Lüders, C. (2015). Beobachten im Feld und Ethnographie. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung: Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 384–401). Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Maio, G. (2018). *Geschäftsmodell Gesundheit: Wie der Markt die Heilkunst abschafft* (3. Aufl.). *MedizinHuman: Band 15*. Suhrkamp.
- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 20(3), Artikel 16. <https://doi.org/10.17169/FQS-20.3.3343>
- Meleis, A. I. (1999). *Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Verlag Hans Huber.
- Mirzoev, T. & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ global health*, 2(4), e000486. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000486>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfet, R., Currie, M., Lisy, K., Qureshi, R., Mattis, P. & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Hrsg.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-08>
- Morse, J. M. & Johnson, J. L. (1991). Understanding the illness experience. In J. M. Morse & L. Johnson Joy (Hrsg.), *The illness experience: Dimensions of suffering* (S. 1–12). Sage.
- Nadine Millich. (2022). *Community Health Nurses kommen bei Ärzten nicht gut an*. <https://www.bibliomed-pflege.de/news/community-health-nurses-kommen-bei-aerzten-nicht-gut-an>
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S. & Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC medical research methodology*, 9, 52. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52>
- Nordsee-Zeitung (30. Oktober 2021). Bremerhavener Arztpraxen beklagen aggressive Patienten. <https://www.nordsee-zeitung.de/Norderlesen/Bremerhavener-Arztpraxen-beklagen-aggressive-Patienten-68660.html>
- Osborn, R., Moulds, D., Squires, D., Doty, M. M. & Anderson, C. (2014). International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health affairs (Project Hope)*, 33(12), 2247–2255. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0947>

- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pauschinger, M., Störk, S., Angermann, C. E., Bauersachs, J., Bekerredjian, R., Beyersdorf, F., Böhm, M., Frey, N., Gummert, J., Kindermann, I., Perings, S., Schulze, P. C., Scheidt, W. von & Raake, P. (2022). Aufbau und Organisation von Herzinsuffizienz-Netzwerken (HF-NETs) und Herzinsuffizienz-Einheiten (Heart Failure Units [HFUs] zur Optimierung der Behandlung der akuten und chronischen Herzinsuffizienz – Update 2021. *Der Kardiologe*, 16(2), 142–159. <https://doi.org/10.1007/s12181-022-00530-y>
- Regierungspräsidium Stuttgart. (2022, 14. Februar). *Landarztquote: Das Bewerbungsverfahren für das Wintersemester 2022/2023 startet Dienstag, 1. März 2022* [Press release]. <https://rp.baden-wuerttemberg.de/rps/presse/artikel/landarztquote-das-bewerbungsverfahren-fuer-das-wintersemester-2022-2023-startet-dienstag-1-maerz-2022/>
- Robert Koch-Institut. (November 2015). *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile
- Roche. (2013). *Lexikon Medizin Sonderausgabe* (5. Auflage). Urban & Fischer Verlag. (Erstveröffentlichung 2006)
- Roper, N., Logan, W. W. & Tierney, A. J. (2016). *Das Roper-Logan-Tierney-Modell: Basierend auf den Lebensaktivitäten (LA)* (3. Auflage). Hogrefe. (Erstveröffentlichung 2002)
- Rott, C. & Jopp, D. S. (2012). Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 55(4), 474–480. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1452-0>
- Röttger, J., Blümel, M., Köppen, J. & Busse, R. (2016). Forgone care among chronically ill patients in Germany – Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(2), 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.004>
- Röttger, J., Blümel, M., Linder, R. & Busse, R. (2017). Health system responsiveness and chronic disease care – What is the role of disease management programs? An

- analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data. *Social science & medicine* (1982), 185, 54–62.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.034>
- Röttger, J. & Busse, R. (2016). How do Chronically Ill Patients Rate Medical Care by their GPs and Specialists? Results of a Germany-wide Survey. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Germany)*, 78(S 01), e89-e96. <https://doi.org/10.1055/s-0041-110669>
- Sabatino, J., Rosa, S. de, Di Salvo, G. & Indolfi, C. (2020). Impact of cardiovascular risk profile on COVID-19 outcome. A meta-analysis. *PloS one*, 15(8).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237131>
- Schaeffer, D. & Moers, M. (2008). Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandelns chronisch Erkrankter. *Pflege & Gesellschaft*, 13(1), 6–30.
<https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2019/12/Schaeffer-Moers-PuG-1-2008.pdf>
- Schnell, M. W. (1999). Der Patient als Kunde? Genealogische Bemerkungen zu einem ethisch-ökonomischen Zwitter. *Pflege & Gesellschaft*, 4(3), 65–68.
- Schnell, M. W. & Dunger, C. (2018). *Forschungsethik: Informieren – reflektieren – anwenden* (2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe. (Erstveröffentlichung 2006)
- Schröder, S. L., Fink, A., Hoffmann, L., Schumann, N., Martin, O., Frantz, S. & Richter, M. (2017). Socioeconomic differences in the pathways to diagnosis of coronary heart disease: a qualitative study. *European Journal of Public Health*, 27(6), 1055–1060.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx147>
- Schröder, S. L., Fink, A. & Richter, M. (2018). Socioeconomic differences in experiences with treatment of coronary heart disease: a qualitative study from the perspective of elderly patients. *BMJ open*, 8(11), e024151. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024151>
- SGB V. (1988). *Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch*. BGBl. I S. 2477, 2482 i.d.F. BGBl. I S. 5162.
- Siebolds, M. (2003). Evidenzbasierte Medizin als Modell der Entscheidungsfindung in ärztlicher Praxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 97, 257–262.
- Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I. & Leatherman, S. (2010). Introduction. In E. Mossialos, I. Papanicolas & S. Leatherman (Hrsg.), *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects* (S. 3–24). Cambridge University Press.

- Stamann, C., Janssen, M. & Schreier, M. (2016). Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 17(3), Artikel 16. <https://doi.org/10.17169/fqs-17.3.2581>
- Statistisches Bundesamt. (2013). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011*. Wiesbaden.
https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00013041/2080610027004.pdf
- Statistisches Bundesamt. (2017, 29. September). *Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Kosten* [Press release].
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_236.html;jsessionid=7D4C91C24735B1D4E540D267DD64D706.live721
- Statistisches Bundesamt. (2019a). *Bevölkerung im Wandel: Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2019/Bevoelkerung/pressebrochure-bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2019b, 5. November). *Lebenserwartung steigt nur noch langsam: Lebenserwartung Neugeborener beträgt 83,3 Jahre bei Mädchen und 78,5 Jahre bei Jungen* [Press release]. Wiesbaden.
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/11/PD19_427_12621.html
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2020, 15. Dezember). *Pflegestatistik 2019: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Ausblick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und den Bundesländern nach dem Corona-Jahr 2020: Erste mittelfristige Bevölkerungsvorausberechnung 2021 bis 2035*.
https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publicationen/Downloads-Vorausberechnung/bevoelkerung-deutschland-2035-5124202219004.pdf;jsessionid=E04BC031CC20F1A68333D08A02DBF2D4.live732?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2021b). *Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2019*. Wiesbaden.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Branchen->

- Unternehmen/Dienstleistungen/Publicationen/Downloads-Dienstleistungen-Kostenstruktur/kostenstruktur-aerzte-2020161199004.pdf?__blob=publicationFile
Statistisches Bundesamt. (2022, 27. Juli). *Krankheitskosten pro Kopf gleichen sich zwischen Männern und Frauen weiter an* [Press release].
https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_316_236.html
- Stemmer, R. (2003). Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen. *Pflege & Gesellschaft*, 8(2), 51–58. <https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-2003-Stemmer.pdf>
- Störk, S., Bernhardt, A., Böhm, M., Brachmann, J., Dagres, N., Frantz, S., Hindricks, G., Köhler, F., Zeymer, U., Rosenkranz, S., Angermann, C. & Aßmus, B. (2022). Pulmonary artery sensor system pressure monitoring to improve heart failure outcomes (PASSPORT-HF): rationale and design of the PASSPORT-HF multicenter randomized clinical trial. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society*, 111(11), 1245–1255. <https://doi.org/10.1007/s00392-022-01987-3>
- Störk, S., Peters-Klimm, F., Bleek, J., Ninic, R. & Klöss, A. (2021). Sektorübergreifende Versorgung bei Herzinsuffizienz. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt*. Springer-Verlag.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz.
- Strübing, J. (2014). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Springer VS. (Erstveröffentlichung 2004)
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Süddeutsche Zeitung (30. Oktober 2020). Praxis-Angestellte beklagen zunehmend aggressive Patienten. *Süddeutsche Zeitung*.
<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheits-bochum-praxis-angestellte-beklagen-zunehmend-aggressive-patienten-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-201030-99-145309>
- Tesch-Römer, C. & Wurm, S. (2009). Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zu Gesundheit und Alter. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.), *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 7–30).
- Tille, F. (2019). *Patientenorientierung in der haus- und fachärztlichen Versorgung – eine Untersuchung der Health System Responsiveness in Deutschland* [Dissertation].

- Medizinische Fakultät Charité, Berlin. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/26109/Dissertation_Florian_Tille.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2019). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education & Counseling*, 102(1), 162–171. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.020>
- TSVG. (2019). *Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung*. BGBl. I Nr. 18.
- Verband medizinischer Fachberufe e.V. (2021). *Fachkräftemangel bei MFA hat Auswirkungen auf Versorgung der Patient*innen*. <https://www.vmf-online.de/verband/presse-news/2021-08-05-zi>
- Verband medizinischer Fachberufe e.V. (2022). *Auszüge aus den Protestbriefen*. <https://www.vmf-online.de/mfa/mfa-am-limit/protestbriefe>
- Vu-Eickmann, P. (2019). *Eine Mixed-Methods-Studie zu den psychosozialen Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter* [Dissertation]. Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf. https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-54341/Vu-Eickmann,%20Patricia_Dissertation_finale%20Fassung%20f%C3%BCr%20Bibliothek.pdf
- Weber-Guskar, E. (2016). *Würde als Haltung: Eine philosophische Untersuchung zum Begriff der Menschenwürde*. mentis Verlag GmbH.
- Wehkamp, K.-H. (2021). Medizinethik und Ökonomie im Krankenhaus – die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer qualitativen Studie. *Ethik in der Medizin*, 33(2), 177–187. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00603-0>
- Werner, N. & Böhm, M. (2010). Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 101–111). Verlag Hans Huber.
- Westfälische Wilhelms-Universität Münster. (2013, 30. Oktober). *Schlechte Arbeitsbedingungen statt Traumberuf? Frauen kehren Medizin häufiger den Rücken zu* [Press release]. Münster. <https://www.medizin.uni-muenster.de/fakultaet/news/schlechte-arbeitsbedingungen-statt-traumberuf-frauen-kehren-medizin-haeufiger-den-ruecken-zu.html>
- Wilson, T. P. (1981). Theorien der Interaktion und Modelle soziologischer Erklärung. In Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.), *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit* (5. Aufl., S. 54–79). Springer Fachmedien.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(1). <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/9818>

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: Health systems: improving performance*. World Health Organization.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42281/WHR_2000-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for Action*.

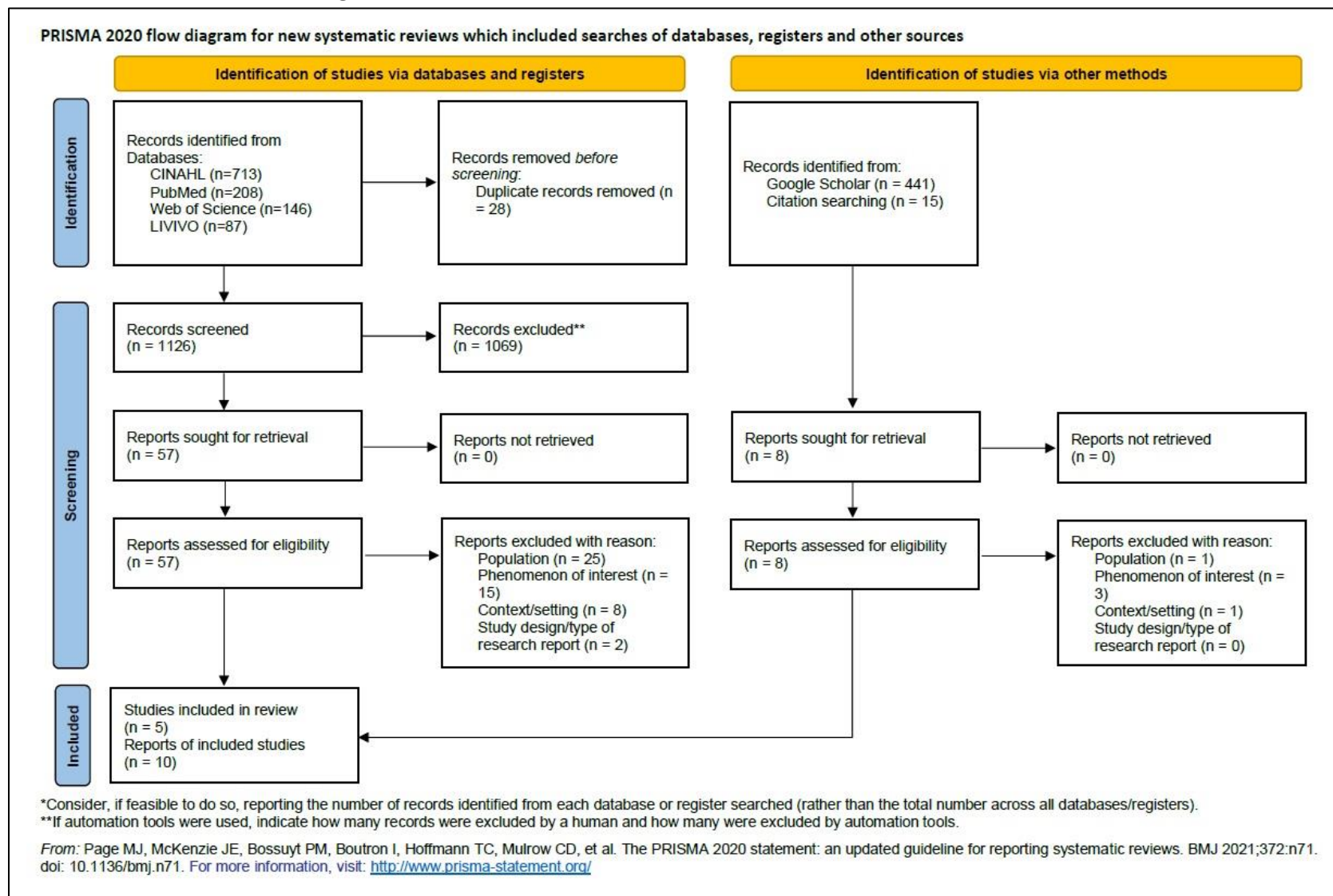
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (2021, 3. August). *Personalsituation in Praxen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung* (Zi-Paper 17/2021).

https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_17-2021_Personalsituation.pdf

19 Anhang

19.1	PRISMA Flow Diagram	237
19.2	Überblick über die eingeschlossenen Artikel	238
19.3	JBI Checklist Analytical Cross Sectional Studies	245
19.4	JBI Checklist Qualitative Research	248
19.5	Ethisches Clearing	252
19.6	Patienteninformation und Einwilligung	254
19.7	Fragebogen 1. Interview	262
19.8	Fragebogen 2. Interview	266
19.9	Interviewleitfaden 1. Gespräch.....	268
19.10	Interviewleitfaden 2. Gespräch.....	271
19.11	Merkmale der befragten Menschen.....	274
19.12	Transkriptionsregeln	276
19.13	Kodierparadigma	277

19.1 PRISMA Flow Diagram



Anhang 1: PRISMA Flow Diagram

19.2 Überblick über die eingeschlossenen Artikel

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JB1 Checklist
Osborn et al. (2014)	International survey of older adults finds shortcomings in access, co-ordination, and patient-centered care	Internationale Befragung älterer Menschen und Vergleich zu ihrem Zugang zum Gesundheitswesen, chronischen Erkrankungen und deren Koordination durch professionelles Gesundheitspersonal, Engagement innerhalb ihrer eigenen Behandlung, ihrer Bedürfnisse und zur Versorgungsplanung am Lebensende	Computergestützte internationale telefonische Umfrage mit 15.617 Menschen über 65 Jahre; Stichprobe variierte nach Land	• Besonderheiten für Deutschland: kostengünstiger Zugang zur Versorgung, schnelle Termine möglich • Schnittstellenproblematik zwischen Haus-, Fach- und Krankenhausärzt*innen durch fehlende Kommunikation, Koordination und Ansprechpartner*innen	• Stärken und Schwächen in allen Ländern und damit verbunden Verbesserungsmöglichkeiten im Sinne einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung für ältere Menschen • Schwierigkeiten im Vergleich der verschiedenen Länder und ihren Maßnahmen aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der Gesundheitswesen • Vergleich ist eine Chance herauszufinden, welche Maßnahmen Erfolg bringen und welche nicht	Analytical Cross Sectional Studies
Arnold et al. (2022)	Patient-reported continuity of care and the association with patient experience of cardiovascular prevention: an observational study	Wahrnehmung chronisch kranker Menschen über Versorgungskontinuität in der ambulanten kardiologischen Versorgung und deren Auswirkungen auf	• Gesamtstichprobe von 435 Teilnehmer*innen aus 26 hausärztlichen Praxen • Befragung der finalen Stichprobe von 247 Teilnehmer*innen mit Fragebögen zu ‚continuity of care‘ (NCQ), zur ambulanten kardiologischen Behandlung sowie zur erlebten	• 82 % der Teilnehmer*innen waren in den vergangenen drei Monaten aufgrund ihrer chronischen Herzerkrankung in einer Apotheke, 72 % bei Hausärzt*innen und 43 % bei Kardiolog*innen • 56,1 % der Teilnehmer*innen gaben an, nicht an einer KHK zu leiden, obwohl dies ein Einschlusskriterium für die Teilnahme darstellte	• Hohe Versorgungskontinuität in der ambulanten Gesundheitsversorgung, insbesondere bei Hausärzt*innen • Verbesserungspotenzial bei Versorgungskontinuität innerhalb der Zusammenarbeit zwischen Hausärzt*innen und Kardiolog*innen • Empfehlung von strukturierten Versorgungsprogrammen zur Förderung von	Analytical Cross Sectional Studies

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JBI Checklist
	in Germany	kardiovaskuläre Prävention, Vergleich zwischen hausärztlicher und fachärztlicher kardiologischer Versorgung	- Prävention - Durchschnittsalter 74,7 Jahre - Auswertung mit Chi-Quadrat-Test, T-Test und Mehrebenenanalyse	- Insgesamt bessere Versorgungskontinuität bei Hausärzt*innen im Vergleich zu Kardiolog*innen - Höhere Werte für Versorgungskontinuität waren mit besseren Präventionserfahrungen verbunden	- Schnittstellenarbeit - Allgemeine Schwierigkeiten bei der Dateninterpretation durch Coronapandemie	
Tille et al. (2019)	Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany	Analyse und Vergleich der HSR-Dimension „respect for persons“ mit den inhärenten Aspekten Würde, Vertraulichkeit, Autonomie, Kommunikation von Menschen die sich in haus- und fachärztlicher Versorgung befinden	- Befragung mittels Fragebogen von 6.113 Teilnehmer*innen verschiedener Altersgruppen - Erfassung sozioökonomischer und gesundheitsbezogener Daten 29,4 % der Teilnehmer*innen waren 65 und älter 57,8 % der Teilnehmer*innen gaben eine chronische Erkrankung an - Chi-Quadrat-Test für den Vergleich zwischen Haus- und Fachärzt*innen - binomiale logistische Regression zur Erörterung, welche Variablen mit schlechten Responsiveness-Werten in Zusammenhang stehen	- Fast 90 % der Teilnehmer*innen bewerteten die Aspekte Vertrauen, Würde, Autonomie und Kommunikation als gut - Vertraulichkeit wurde nur von fast 50 % der Teilnehmer*innen als gut eingeschätzt - Jüngere Menschen, Menschen mit einem schlechten Gesundheitszustand und jene mit höherem Bildungsstatus zeigten schlechtere Werte für Responsiveness auf - Bessere HSR-Werte bei privatversicherten Menschen	- Empfehlung baulicher Maßnahmen zur Verbesserung der Vertraulichkeit - Unpassende Übersetzung des Fragebogens als möglicher Grund für die schlechten Werte - Maßnahmen für jüngere Menschen und Menschen in schlechtem Gesundheitszustand: Problem der verzögerten Heilung oder Auslassung notwendiger Untersuchungen und Therapien - HSR als zentraler Ansatzpunkt für die Betrachtung von Zielgruppen zur Verbesserung der Versorgung	Analytical Cross Sectional Studies
Röttger und Busse (2016)	How do Chronically Ill Patients Rate Medical Care by	Analyse und Vergleich von Erfahrungen chronisch kranker Menschen	Gesamtstichprobe von 51.998 Teilnehmer*innen einer gesetzlichen Krankenkasse in Deutschland	- Die Hausärzt*innen wurden in allen Bereichen signifikant besser bewertet als die Fachärzt*innen - Die stärksten Unterschiede	Durchweg positive Bewertung der haus- und fachärztlichen Versorgung, wobei die hausärztliche Versorgung signifikant besser	Analytical Cross Sectional Studies

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JBI Checklist
	their GPs and Specialists? Results of a Germany-wide Survey	mit ihrer haus- und fachärztlichen Versorgung mithilfe einer adaptierten Version des Health System Responsiveness Fragebogens der WHO	• Befragung mittels Fragebogen der finalen Stichprobe von 13.865 Teilnehmer*innen • Teilnehmer*innen sind im DMP KHK und/oder DMP Diabetes Mellitus eingeschrieben oder erfüllen die Kriterien dafür • Durchschnittsalter von 69,7 Jahren • McNemar-Test zum Vergleich zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung	zwischen den beiden Gruppen: Bewertung der Wartezeit, die Einbeziehung in die Entscheidungsfindung und die Koordination der Behandlung • Die Teilnehmer*innen, die an einer Herzerkrankung litten, bewerteten ihre Versorgung tendenziell schlechter • 8,2 % der Teilnehmer*innen gaben an, auf einen fachärztlichen Termin verzichtet zu haben, obwohl er notwendig gewesen sei	abschneidet • Erklärungsansatz: unterschiedliche Erwartungen gegenüber Haus- und Fachärzt*innen und/oder ein häufigeres Wechseln der Hausärzt*innen bei Unzufriedenheit aufgrund der erhöhten Inanspruchnahme	
Röttger et al. (2016)	Forgone care among chronically ill patients in Germany. Results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals	Analyse des Ausmaßes und aufgrund welcher Faktoren die Menschen auf die Inanspruchnahme von medizinischen und pflegerischen Leistungen zur Begleitung ihrer Erkrankung verzichten	• Gesamtstichprobe betrug 51.998 Menschen, davon Befragung mittels Fragebögen der finalen Stichprobe von 15.565 Menschen • Menschen mit chronischer Herzerkrankung und/oder Diabetes Mellitus • Durchschnittsalter von 69,4 Jahren • Binomiale multivariate logistische Regression	• 14,1 % berichteten über Verzicht auf Inanspruchnahme des Gesundheitswesens • Gründe für Verzicht: Wartezeit auf einen Termin, das Fehlen spezialisierter Untersuchungsmöglichkeiten, fehlende finanzielle Ressourcen und zu komplizierte oder lange Anfahrtswege in die Praxen • erlebte Diskriminierung, begleitende Depression, stark mit Verzicht assoziiert • Wahrscheinlichkeit für Verzicht steigt bei folgenden Faktoren: weibliches Geschlecht, Berufstätigkeit, Single-Haushalt, erlebte Diskriminierung, Nichtteilnahme an einem DMP, begleitende Depression, schlechter gesundheitlicher Zustand,	• Verzicht auf Inanspruchnahme notwendiger Gesundheitsleistungen ist niedrig • negative Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung hängen mit Verzicht zusammen • negative Erfahrungen hängen mit erlebter Ungleichbehandlung durch gesetzliche und private Versicherung zusammen • Individuelle Gesundheitsleistungen führen zu Verwirrung um (Un-)Sinnhaftigkeit der Leistungen	Analytical Cross Sectional Studies

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JBI Checklist
				subjektiv erlebter niedriger SES		
Röttger et al. (2017)	Health system responsiveness and chronic disease care – What is the role of disease management programs? An analysis based on cross-sectional survey and administrative claims data	Analyse von Unterschieden in der wahrgenommenen HSR bei DMP-Teilnehmer*innen und Nichtteilnehmer*innen	• Gesamtstichprobe von 25.999 Menschen, aus denen 7.037 Menschen (5.082 DMP-Teilnehmer*innen, 1.955 Nicht-DMP-Teilnehmer*innen) mittels Fragebogen befragt wurden • Durchschnittsalter von 71,4 Jahren • Analyse mit Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test und McNemar-Test	• Insgesamt hohe Werte für HSR, bei DMP-Teilnehmer*innen höher • Hausärztliche Versorgung wurde mit DMP besser bewertet, für fachärztliche Versorgung kein Unterschied • Öfter Verzicht auf notwendige Behandlung ohne DMP	• Problemfeld in der intersektoralen Gesundheitsversorgung und die Koordination zwischen Hausärzt*innen und Fachärzt*innen • Bestätigung der Schlüsselrolle der Hausärzt*innen im DMP, Empfehlung, zukünftig auch Fachärzt*innen mehr in die DMP einzubinden, um die Versorgung zu verbessern	Analytical Cross Sectional Studies
Schröder et al. (2017)	Socioeconomic differences in the pathways to diagnosis of coronary heart disease: a qualitative study	Vergleich der Behandlungspfade von älteren Menschen mit einer diagnostizierten Koronaren Herzkrankheit vor ihrem Krankenhausaufenthalt in Bezug auf ihren SES	• 48 halbstrukturierte Interviews von 38 Teilnehmer*innen zwischen 59 und 80 Jahren, Durchschnittsalter 69,7 Jahre • Analyse mittels induktiver qualitativer Inhaltsanalyse • Vergleich und Kontrastierung der Menschen mit hohem und niedrigem SES	• Unterschiedliche Bewertung und Interpretationen der Erkrankung abhängig vom SES in vier Kategorien: Erwartung, Normalisierung, Hilfsmittel zur eigenen Behandlung und Annahme von Hilfen durch Dritte • Niedriger SES: auftretende Symptome werden nicht ernst genommen, es wird auf deren Normalisierung zu bestimmten Uhrzeiten oder Ereignissen gehofft; Hinweise der Hausärzt*innen oder von Familienangehörigen werden ignoriert, bis ein	• Sozioökonomische Unterschiede bei der chronischen Herzkrankung zeigen sich in erster Linie vor der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, insbesondere wenn die gespürten Symptome für die Menschen keine Akutheit bedeuten • Schulung von Hausärzt*innen zur Wahrnehmung von SES-spezifischen Symptomausprägungen, sodass frühzeitig eine Versorgung eingeleitet wird	Qualitative Research

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JBI Checklist
				Myokardinfarkt eintritt • Menschen mit niedrigerem SES benötigen die Hilfe der Hausärzt*innen, um einen Termin in kardiologischen Praxen zu erhalten • Höherer SES: Symptome werden frühzeitiger in Richtung der Herzerkrankung interpretiert, Einleitung der Behandlung erfolgt		
Schröder et al. (2018)	Socioeconomic differences in experiences with treatment of coronary heart disease: a qualitative study from the perspective of elderly patients	Analyse und Vergleich von Auswirkungen des SES auf die Erfahrungen von Patient*innen mit KHK vor einem stationären Aufenthalt und im nachfolgenden Behandlungsverlauf	• Qualitative Längsschnittstudie mit insgesamt 58 halbstrukturierten Interviews mit 41 Teilnehmer*innen, Durchschnittsalter 69,7 Jahre • Erster Erfassungspunkt während stationären Aufenthalt, zweiter Erfassungspunkt 6 Monate nach stationärem Aufenthalt • Auswertung mit induktiver qualitativer Inhaltsanalyse • Vergleich und Kontrastierung der Menschen mit hohem und niedrigem SES	• Erfahrungen der Probanden in vier Themenbereichen: stationärer Krankenhausaufenthalt, Rehabilitation, medikamentöse Behandlung und ambulante Nachsorge • Menschen mit höherem SES wissen im Vergleich zu Menschen mit niedrigem SES mehr über Erkrankung, Optionen und nutzen Informationsmöglichkeiten besser • Menschen mit höherem SES forcieren den Erhalt der Leistungsfähigkeit und sehen die Krankheit als Ganzes, Menschen mit niedrigem SES konzentrieren sich auf einzelne Parameter und Symptome • Menschen mit höherem SES involvieren die verschiedenen Gesundheitsplayer aktiv und nehmen eine proaktive Rolle ein, Menschen mit niedrigem SES delegieren Verantwortung an andere	• Themenbereiche als Erklärungsansätze für Unterschiede in der Behandlung chronischer Herzerkrankungen • Verbesserung der Arzt*innen-Patient*innen-Kommunikation und Verbesserung des Gesundheitswissens ist ein Weg, um das Krankheitsverstehen der Menschen sowie ihre wahrgenommene Rolle zu verändern und damit Ungleichheiten in der Versorgung zu reduzieren	Qualitative Research

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JBI Checklist
				und sind weniger in Entscheidungen involviert. Sie erwarten außerdem eine Anweisung, andere Ärzt*innen zu konsultieren und sehen regelmäßige Termine bei Fachärzt*innen als unnötig an		
Gerlich et al. (2012)	'Who is going to explain it to me so that I understand?' Health care needs and experiences of older patients with advanced heart failure	Analyse der Bedürfnisse sowie Erwartungen von älteren Menschen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz ab 70 Jahren an ihre Gesundheitsversorgung im Längsschnitt	• 12 Leitfadeninterviews im Rahmen einer Längsschnittstudie, Darstellung des ersten Erhebungszeitpunkts • Auswertung mittels Qualitative Description • Alter der Teilnehmer*innen zwischen 73 und 94 Jahren	• Drei Hauptkategorien konnten identifiziert werden: Information und das Verständnis über die Erkrankung und Prognose, Angebote des Gesundheitswesens sowie soziale Aktivitäten • Die Patient*innen betonten einerseits einen Mehrbedarf an Information, andererseits negierten sie diesen aus Sorge vor Überforderung • Prognosen werden von Ärzt*innen nicht angesprochen, Patient*innen fragten aus Furcht davor nicht nach • Erwartungen in Bezug auf das Gesundheitswesen: Wahrnehmung der eigenen Behandlung im Krankenhaus, ein positiv wahrgenommenes Verhältnis zu Hausärzt*innen, zur finanziellen Unterstützung der eigenen Versorgung und der Unterstützung pflegender Angehöriger • Soziale Aktivitäten werden aufgrund des eigenen Zustands eingeschränkt oder	• Empfehlung der verbesserten Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen über Prognose und Verlauf der Erkrankung • Palliative Care und Advanced Care Planning als erfolgversprechende Konzepte	Qualitative Research

Autor*innen, Jahr	Titel	Thematik	Stichprobe und Studiendesign	Zentrale Ergebnisse	Conclusio der Autor*innen	JBI Checklist
				aufgrund dessen, dass der Freundeskreis bereits verstorben war • Manche Menschen möchten ihrem Umfeld nicht zur Last fallen, keine Thematisierung des eigenen Befindens		
Klindtworth et al. (2015)	Living with and dying from advanced heart failure: understanding the needs of older patients at the end of life	Analyse der Bedürfnisse sowie Erwartungen von älteren Menschen mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz ab 70 Jahren an ihre Gesundheitsversorgung im Längsschnitt	• Längsschnittstudie mit 25 Proband*innen und insgesamt 95 Leitfadenterviews im Abstand von drei Monaten • Durchschnittsalter der Menschen 85 Jahre • 15 Proband*innen schieden im Verlauf aus • Auswertung mit GT	• Zwei zentrale Kategorien: Verständnis der Menschen zur Erkrankung und Prognose sowie der Zugang zu Leistungen des Gesundheitswesens • Herzinsuffizienz wird als Alterserscheinung mit akuten lebensbedrohlichen Ereignissen gesehen, nicht als lebenslimitierende Erkrankung • Fokus auf die alltäglichen empfundenen Einschränkungen des Lebens • Unkenntnis von Palliative Care, der eigenen Erkrankung und Prognose	• alte und sehr alte Menschen wissen oft wenig über die Ernsthaftigkeit und Schwere ihrer Herzerkrankung • Empfehlungen zum Einbezug pflegender Angehöriger und zu Kommunikationstrainings für Hausärzt*innen, um die Therapieplanung und niedrigschwellige Kommunikation über Möglichkeiten und Prognose mittels Advanced Care Planning zu verbessern	Qualitative Research

Anhang 2: Überblick über die eingeschlossenen Artikel

19.3 JBI Checklist Analytical Cross Sectional Studies

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	☐	☐	☐	☐
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	☐	☐	☐	☐
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	☐	☐	☐	☐
5. Were confounding factors identified?	☐	☐	☐	☐
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	☐	☐	☐	☐
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
8. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

© JBI, 2020. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to jbisynthesis@adelaide.edu.au

Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies - 3

EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

© JBI, 2020. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to jbisynthesis@adelaide.edu.au.

Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies - 4

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

19.4 JBI Checklist Qualitative Research

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	☐	☐	☐	☐
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	☐	☐	☐	☐
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	☐	☐	☐	☐
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	☐	☐	☐	☐
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	☐	☐	☐	☐
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	☐	☐	☐	☐
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	☐	☐	☐	☐
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	☐	☐	☐	☐
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	☐	☐	☐	☐
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

© JBI, 2020. All rights reserved. JBI grants use of these tools for research purposes only. All other enquiries should be sent to jbisynthesis@adelaide.edu.au.

Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research - 3

DISCUSSION OF CRITICAL APPRAISAL CRITERIA

How to cite: Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. Int J Evid Based Healthc. 2015;13(3):179–187.

1. Congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology

Does the report clearly state the philosophical or theoretical premises on which the study is based? Does the report clearly state the methodological approach adopted on which the study is based? Is there congruence between the two? For example:

A report may state that the study adopted a critical perspective and participatory action research methodology was followed. Here there is congruence between a critical view (focusing on knowledge arising out of critique, action and reflection) and action research (an approach that focuses on firstly working with groups to reflect on issues or practices, then considering how they could be different; then acting to create a change; and finally identifying new knowledge arising out of the action taken). However, a report may state that the study adopted an interpretive perspective and used survey methodology. Here there is incongruence between an interpretive view (focusing on knowledge arising out of studying what phenomena mean to individuals or groups) and surveys (an approach that focuses on asking standard questions to a defined study population); a report may state that the study was qualitative or used qualitative methodology (such statements do not demonstrate rigour in design) or make no statement on philosophical orientation or methodology.

2. Congruity between the research methodology and the research question or objectives

Is the study methodology appropriate for addressing the research question? For example: A report may state that the research question was to seek understandings of the meaning of pain in a group of people with rheumatoid arthritis and that a phenomenological approach was taken. Here, there is congruity between this question and the methodology. A report may state that the research question was to establish the effects of counselling on the severity of pain experience and that an ethnographic approach was pursued. A question that tries to establish cause-and effect cannot be addressed by using an ethnographic approach (as ethnography sets out to develop understandings of cultural practices) and thus, this would be incongruent.

3. **Congruity between the research methodology and the methods used to collect data**

Are the data collection methods appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through phenomenological interviews. There is congruence between the methodology and data collection; a report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through a postal questionnaire. There is incongruence between the methodology and data collection here as phenomenology seeks to elicit rich descriptions of the experience of a phenomena that cannot be achieved through seeking written responses to standardized questions.

4. **Congruity between the research methodology and the representation and analysis of data**

Are the data analyzed and represented in ways that are congruent with the stated methodological position? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of grief by asking participants to describe their experiences of grief. If the text generated from asking these questions is searched to establish the meaning of grief to participants, and the meanings of all participants are included in the report findings, then this represents congruity; the same report may, however, focus only on those meanings that were common to all participants and discard single reported meanings. This would not be appropriate in phenomenological work.

5. **There is congruence between the research methodology and the interpretation of results**

Are the results interpreted in ways that are appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to inform practitioners about accommodating individual differences in care. There is congruence between the methodology and this approach to interpretation; a report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to generate practice checklists for assessment. There is incongruence between the methodology and this approach to interpretation as phenomenology seeks to understand the meaning of a phenomenon for the study participants and cannot be interpreted to suggest that this can be generalized to total populations to a degree where standardized assessments will have relevance across a population.

6. Locating the researcher culturally or theoretically

Are the beliefs and values, and their potential influence on the study declared? For example:

The researcher plays a substantial role in the qualitative research process and it is important, in appraising evidence that is generated in this way, to know the researcher's cultural and theoretical orientation. A high quality report will include a statement that clarifies this.

7. Influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed

Is the potential for the researcher to influence the study and for the potential of the research process itself to influence the researcher and her/his interpretations acknowledged and addressed? For example:

Is the relationship between the researcher and the study participants addressed? Does the researcher critically examine her/his own role and potential influence during data collection? Is it reported how the researcher responded to events that arose during the study?

8. Representation of participants and their voices

Generally, reports should provide illustrations from the data to show the basis of their conclusions and to ensure that participants are represented in the report.

9. Ethical approval by an appropriate body

A statement on the ethical approval process followed should be in the report.

10. Relationship of conclusions to analysis, or interpretation of the data

This criterion concerns the relationship between the findings reported and the views or words of study participants. In appraising a paper, appraisers seek to satisfy themselves that the conclusions drawn by the research are based on the data collected; data being the text generated through observation, interviews or other processes.

19.5 Ethisches Clearing



Ethikkommission · Pettenkoferstr. 8 · 80336 München
Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Prof. Dr. Stefan Philipp Lorenzl
Klinikum Großhadern
81377 München

Vorsitzender:
Prof. Dr. W. Eisenmenger
Telefon+49 (0)89 440055191
Telefax+49 (0)89 440055192
Ethikkommission@
med.uni-muenchen.de
www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de

Anschrift:
Pettenkoferstr. 8a
D-80336 München

11.10.2018 Vb/om

Projekt Nr.: **18-612** (bitte bei Schriftwechsel angeben)

Beratung nach Fakultätsrecht

Studientitel: „Hauptsache, der Herzdoktor ist nett?!“ Eine qualitative Studie zu den Erwartungen und Erfahrungen von 65+-jährigen Patientinnen und Patienten an die ambulante kardiologische Facharztversorgung im Behandlungsprozess
Antragsteller: Prof. Dr. Stefan Philipp Lorenzl, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum Großhadern, 81377 München
Untersucher: Prof. Dr. Stefan Philipp Lorenzl, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Klinikum Großhadern, 81377 München

Sehr geehrter Herr Prof. Lorenzl,

besten Dank für Ihr Schreiben vom 11.10.2018 mit der Beantwortung unserer Fragen bzw. Erfüllung der Auflagen und den noch ausstehenden bzw. überarbeiteten Unterlagen.

Die Ethikkommission (EK) kann Ihrer Studie nun die ethisch-rechtliche Unbedenklichkeit zuerkennen.

Vorsorglich möchte ich darauf hinweisen, dass auch bei einer positiven Beurteilung des Vorhabens durch die EK die ärztliche und juristische Verantwortung für die Durchführung des Projektes uneingeschränkt bei Ihnen und Ihren Mitarbeitern verbleibt.

Allgemeine Hinweise:

- Änderungen im Verlauf der Studie sind der EK zur erneuten Prüfung vorzulegen.
- Schwerwiegende unerwartete studienabhängige Ereignisse sind der EK mitzuteilen (trifft nur für interventionelle Projekte zu).
- Das Ende der Studie ist anzuzeigen und das Ergebnis vorzulegen.
- Die ärztliche und juristische Verantwortung bei der Durchführung der Studie verbleibt uneingeschränkt bei Ihnen und Ihren Mitarbeitern. Bitte berücksichtigen Sie, dass diese Bewertung die ggf. erforderliche Konsultation des behördlichen Datenschutzbeauftragten nach Art. 26 BayDSG nicht ersetzt.

Mitglieder der Kommission:

Prof. Dr. W. Eisenmenger (Vorsitzender), Prof. Dr. E. Held (Vorsitzender), Prof. Dr. H. Angstwurm, Prof. Dr. S. Böck, J. Eckert, Prof. Dr. B. Emmerich, Prof. Dr. S. Endres, Prof. Dr. R. Fischer, Prof. Dr. H. U. Gallwas, Prof. Dr. O. Genzel-Boroviczeny, Prof. Dr. K. Hahn, Prof. Dr. N. Harbeck, Dr. B. Henrikus, Prof. Dr. C. Heumann, Prof. Dr. A. Holsteg, Prof. Dr. Huber, Prof. Dr. V. Klaus, Dr. F. Kohlmayer, Prof. Dr. J. Lindner, Prof. Dr. S. Lorenzl, Prof. Dr. G. Marckmann, Dr. V. Mönch, PD Dr. Dr. H. Mückter, Prof. Dr. A. Nassehi, Prof. Dr. R. Penning, Prof. Dr. J. Peters, Prof. Dr. K. Pfeifer, Dr. I. Saake, Prof. Dr. H. Schardey, Prof. Dr. M. Schmauss, Prof. Dr. U. Schroth, Prof. Dr. O. Steinlein, PD Dr. G. Stüben, Prof. Dr. H. Waldner, PD Dr. U. Wandl, Prof. Dr. C. Wendtner, Dr. A. Yassouridis, Dr. C. Zach

Für Ihre Studie wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen


Prof. Dr. W. Eisenmenger
Vorsitzender der Ethikkommission

19.6 Patienteninformation und Einwilligung

Patienteninformation und -Einwilligung

Prüfstelle: Ethikkommission bei der Medizinischen Fakultät der LMU München

Pettenkoferstr. 8a, 80336 München

Prüfpflegender: Christopher Läßle

Prüfplancode:

Titel des Forschungsprojekts:

„Hauptsache, der Herzdoktor ist nett?!“

Eine qualitative Studie zu den Erwartungen und Erfahrungen von 65+-jährigen Patientinnen und Patienten an die ambulante kardiologische Facharztversorgung im Behandlungsprozess

Sehr geehrte PatientInnen,

wir informieren Sie über das Forschungsprojekt mit dem o.g. Arbeitstitel, für das wir Sie gern interviewen möchten und über unser Vorgehen. Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung, dass wir die Interviews speichern und auswerten.

Die Interviews innerhalb des Forschungsprojekts werden von Herrn Christopher Läßle geführt, der im Rahmen seiner Ph.D. Thesis von Herrn Prof. Dr. Stefan Lorenzl betreut wird. In dem Forschungsprojekt geht es um Erwartungen an und um Erfahrungen mit der ambulanten kardiologischen Facharztversorgung (=niedergelassene FachärztInnen für Herzerkrankungen) von älteren PatientInnen im Behandlungsprozess. Befragt werden PatientInnen die mindestens das 65igste Lebensjahr erreicht haben und einen Erstvorstellungstermin in einer kardiologischen Facharztpraxis vereinbart haben. Insgesamt sollen pro teilnehmender PatientIn zwei Interviews in einem Zeitraum von maximal neun Monaten geführt werden. Ziel des Forschungsprojektes ist die Verbesserung der Versorgung von älteren, herzkranken Menschen in der ambulanten kardiologischen Facharztversorgung durch Identifizierung von Erwartungen und Erfahrungen.

Die Durchführung der Studie geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Der Interviewer unterliegt der Schweigepflicht und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Forschungsarbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken und ist von der Ethikkommission bei der Medizinischen Fakultät der LMU München zustimmend bewertet worden.

Versionsnummer 3.0 | Versionsdatum 30.04.18 | Seite 1 von 8

Patienteninformation und -Einwilligung

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie werden also nur interviewt, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklären. Sofern Sie nicht an den Interviews teilnehmen oder später aus dem Forschungsprojekt ausscheiden möchten, erwachsen Ihnen keine Nachteile.

Sie wurden bereits auf das geplante Forschungsprojekt angesprochen. Der nachfolgende Text soll Ihnen die Ziele und den Ablauf näher erläutern. Des Weiteren wird Herr Christopher Läßle mit Ihnen vor dem ersten Interview ein Gespräch führen. Bitte zögern Sie nicht, Fragen und unklare Punkte anzusprechen.

1. Warum wird dieses Forschungsprojekt durchgeführt?

Besonders im Alter sind Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems weit verbreitet, verursachen hohe Kosten und menschliches Leid. Die medizinische Versorgung von älteren, herzkranken Menschen findet aufgrund des chronischen Charakters der meisten Herzerkrankungen über viele Jahre hinweg in Facharztpraxen für Herzkrankheiten statt. Um sich in Zukunft auf diese wachsende Bevölkerungsgruppe der „Alten“ optimal einzustellen sind die Erhebung von Patientenerwartungen an die kardiologische Facharztversorgung, die Erwartungserfüllung sowie die Erfahrung der PatientInnen mit der Versorgung wichtige Ansatzpunkte. Da diese Themen bisher nahezu unerforscht sind, versucht dieses Forschungsprojekt diese Wissenslücke zu schließen, mit dem Ziel eine Verbesserung der Versorgung von älteren, herzkranken Menschen zu ermöglichen.

2. Wie ist der Ablauf der Studie und was muss ich bei Teilnahme beachten?

Grundsätzlich werden Sie zu zwei verschiedenen Zeitpunkten interviewt. Herr Christopher Läßle macht mit Ihnen telefonisch einen Termin für das erste Interview vor Ihrem Erstbesuch in der Facharztpraxis für Herzerkrankungen aus. Den Ort für das Interview wählen Sie, dies kann bei Ihnen zuhause oder an einem neutralen Ort (Café etc.) sein.

Eine besondere Vorbereitung ist nicht notwendig!

An dem ersten Interviewtermin werden noch einmal eventuell aufgekommene Fragen geklärt und anschließend die Einwilligung nach erfolgter Aufklärung von Herrn Christopher Läßle von Ihnen eingeholt. Dann wird das erste Interview durchgeführt und mit Hilfe eines Aufnahmegerätes aufgenommen, anschließend abgetippt und ausgewertet. Nach dem ersten Termin von Ihnen in der Herarztpraxis werden Sie von Herrn Christopher Läßle telefonisch kontaktiert um einen zweiten Interviewtermin mit Ihnen auszumachen. Ziel ist es, dass in der Zeit bis zum zweiten Interviewtermin zwei weitere Besuche von Ihnen, zumindest

Versionsnummer 3.0 | Versionsdatum 30.04.18 | Seite 2 von 8

Patienteninformation und -Einwilligung

jedoch ein weiterer Besuch in der Herzarztpraxis stattfindet. Ungefähr zwei Wochen vor dem Termin des zweiten Interviews nimmt Herr Christopher Läßle noch einmal telefonischen Kontakt mit Ihnen auf um ggfs. aufgetretene Fragen zu klären. Das zweite Interview selbst wird dann erneut mit einem Aufnahmegerät aufgenommen, abgetippt und ausgewertet.

3. Welchen persönlichen Nutzen habe ich von der Teilnahme an der Studie?

Sie selbst haben keinen direkten Nutzen durch die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt. Jedoch tragen Sie durch die Teilnahme am Forschungsprojekt zur Verbesserung der Versorgung von älteren, herzkranken Menschen bei.

4. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an der Studie verbunden?

Mit der Teilnahme am Forschungsprojekt sind für Sie keine Risiken verbunden.

5. Wer darf am Forschungsprojekt nicht teilnehmen?

Grundsätzlich kann jeder am Forschungsprojekt teilnehmen der der Zielgruppe der 65+-Jährigen angehört. Die Gesamtzahl der Teilnehmenden ist jedoch aufgrund der begrenzten Ressourcen des Forschungsprojektes limitiert. Darüber hinaus wurden zu Ihrem Schutz und für eine machbare Durchführbarkeit Ausschlusskriterien gebildet, die eine Teilnahme am Forschungsprojekt nicht ermöglichen machen. Dies sind: Notfall- oder Akutsituationen, keine fließenden deutschen Sprachkenntnisse, schwere kognitive und/oder psychische Erkrankungen und/oder geistige Behinderungen.

6. Entstehen für mich Kosten durch die Teilnahme an der Studie? Erhalte ich eine Aufwandsentschädigung?

Durch die Teilnahme an dem Forschungsprojekt entstehen für Sie keine zusätzlichen Kosten. Generell kann ein Interview abhängig von der Dauer ermüdend sein. Als Aufwandsentschädigung erhalten Sie wahlweise eine Flasche Rot- oder Weißwein oder Traubensaft. Zudem werden pro Teilnehmer 15 Euro an die SWR Kinderhilfsaktion „Herzenssache“ gespendet.

7. Wer entscheidet, ob ich aus der klinischen Prüfung ausscheide?

Sie können jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, Ihre Teilnahme beenden, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile bei Ihrer Versorgung entstehen. Unter gewissen Umständen ist es aber auch möglich, dass das Forschungsteam Ihre Teilnahme am

Versionsnummer 3.0 | Versionsdatum 30.04.18 | Seite 3 von 8

Patienteninformation und -Einwilligung

Forschungsprojekt vorzeitig beendet, ohne dass sie auf die Entscheidung Einfluss haben.

Die Gründe hierfür können z.B. sein:

- a. Ihre weitere Teilnahme am Forschungsprojekt ist medizinisch nicht mehr vertretbar,
z. B. wenn Sie eine der Ausschlusskriterien erfüllen
- b. Es wird das gesamte Forschungsprojekt vorzeitig beendet.

8. Was geschieht mit meinen Daten?

Wir gehen mit Ihren Daten sorgfältig um und sichern Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben im Interview nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

1. Wir nehmen das Gespräch mit Hilfe eines Aufnahmegerätes auf. Sie haben die Möglichkeit, die gesamte Aufnahme nach Abschluss des Interviews nochmals anzuhören. Ferner haben Sie das Recht auf die Löschung einzelner Passagen oder Äußerungen. Im Rahmen des Interviews wird keine Aufzeichnung Ihres Namens erfolgen. Nach dem Interview wird die durch das Aufnahmegerät erstellte Tondatei abgetippt und anschließend gelöscht. Die anonymisierte Abschrift wird als Arbeitsdokument unter Beachtung des Datenschutzes elektronisch gespeichert. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie der Abschrift.
2. Wir anonymisieren, d.h. wir verändern alle Personen-, Orts-, Straßennamen. Alle Altersangaben werden um ein bis zwei Jahre nach unten oder oben verändert. Berufe werden durch andere vergleichbare Berufe ersetzt. Das Transkript inklusive Kurzfragebogen wird mit einem nur von Ihnen nachvollziehbaren Code versehen.
3. Die Abschrift des Interviews wird nicht veröffentlicht und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Die anonymisierte Abschrift wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Projektes gelesen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen. In Veröffentlichungen gehen aber einzelne Zitate ein, selbstverständlich ohne dass erkennbar ist, von welcher Person sie stammen.
4. Ihr vollständiger Name, Ihre Adresse und andere Informationen, die Ihre direkte Identifizierung ermöglichen, werden in einem Kontaktformular (Telefonnummer, Adresse, etc.) gesammelt. Das Kontaktformular wird von Herrn Christopher Läßle in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung

Patienteninformation und -Einwilligung

zugänglichen Stelle aufbewahrt und die enthaltenen Informationen nicht weitergegeben.

5. Das Kontaktformular wird am Ende des Projektes in unseren Unterlagen gelöscht, so dass lediglich das anonymisierte Transkript existiert. Dieses wird nach Fertigstellung der Ph. D. Thesis vernichtet. Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur der Projektleitung zugänglichen Stelle aufbewahrt. Diese dient lediglich dazu, bei einer Überprüfung durch einen Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

9. An wen wende ich mich bei weiteren Fragen?

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Teilnahme an dieser Studie haben oder wenn Sie irgendwelche Bedenken haben, können Sie sich an folgende Kontaktadressen wenden:

Christopher Läpple

Telefon: 07161/68015

Poststr. 25-27

73033 Göppingen

E-Mail: christopher.laepple@cardiopraxis-staufen.de

Prof. Dr. med. Stefan Lorenzl

Telefon: 08026/3932811

E-Mail: stefan.lorenzl@khagatharied.de

Einwilligungserklärung

Prüfstelle: Ethikkommission bei der Medizinischen Fakultät der LMU München

Pettenkoferstr. 8a, 80336 München

Prüfpflegender: Christopher Läpple

Prüfplancode:

Titel des Forschungsprojekts:

„Hauptsache, der Herzdoktor ist nett?!“

Eine qualitative Studie zu den Erwartungen und Erfahrungen von 65+-jährigen Patientinnen und Patienten an die ambulante kardiologische Facharztversorgung im Behandlungsprozess

Name, Vorname TeilnehmerIn Interview (bitte in Druckbuchstaben):

Geburtsdatum:

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen „freien“ Interviews im Rahmen des o.g. Forschungsprojekts mit einem Informationsblatt in einem persönlichen Gespräch mit Herrn Christopher Läpple informiert worden (u. a. Abschrift gelangt nicht an die Öffentlichkeit, Anonymisierung bei der Abschrift, Löschung der Tondatei, Löschung von Namen, Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Nachweis des Datenschutzes und nicht zusammenführbar mit dem Interview).

Ich habe darüber hinaus den Text der Patienteninformation sowie die hier nachfolgend abgedruckte Einwilligungserklärung gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, mit Herrn Christopher Läpple über die Durchführung des Forschungsprojekts zu sprechen. Alle meine Fragen wurden zufrieden stellend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden.

Ich weiß, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Nachteile für meine weitere medizinische Versorgung zurückziehen kann (mündlich oder schriftlich). Beim Widerruf meiner Einwilligung habe ich das Recht, die Löschung der bis

Einwilligungserklärung

dahin erhobenen Daten zu verlangen, soweit nicht rechtliche Dokumentations- oder Meldepflichten entgegenstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung auch für anschließende Forschungsprojekte genutzt werden können.

Mir wurde versichert, dass die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz im Rahmen dieser Studie eingehalten werden und dass nur anonymisierte Abschriften der Interviews ohne Namensnennung erstellt werden. Die Interviews sowie ein vorausgehender Kurzfragebogen wird von mir mit einem sieben-stelligen Code aus Buchstaben und Zahlen versehen, dessen Rekonstruktion nur mir möglich ist. Beispiel:

„Erster Buchstabe des Vornamen der Großmutter (z. B. Anna): __“

Unter diesen Bedingungen bin ich mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden.

Ein Exemplar der Patienten-Information und –Einwilligung habe ich erhalten. Ein Exemplar verbleibt bei Herrn Christopher Läßle.

Name, Vorname TeilnehmerIn Interview (bitte in Druckbuchstaben):

Datum:

Unterschrift TeilnehmerIn:

Einwilligungserklärung

Ich habe das Aufklärungsgespräch geführt und die Einwilligung des Patienten eingeholt.

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben):

Datum:

Unterschrift aufklärende Person:

Versionsnummer 3.0 | Versionsdatum 30.04.18 | Seite 8 von 8

19.7 Fragebogen 1. Interview

Sehr geehrte Interviewpartnerin, sehr geehrter Interviewpartner,

der folgende Fragebogen ist ein Teil des Interviews und hilft mir als Interviewer, mich optimal vorzubereiten und die passenden Fragen zu stellen. Zu Beginn bitte ich Sie ein paar Angaben zu machen um für Sie einen individuellen Code erstellen zu können, der Ihre Anonymität wahrt.

Erster Buchstabe des Ortes der Grundschuleinschulung (z. B. München): __

Letzter Buchstabe des Vornamen des Vaters (z. B. Ralf): __

Eigener Geburtsmonat als zweistellige Zahl (z. B. Mai = 05): __ __

Anzahl der Geschwister als zweistellige Zahl (z. B. 02): __ __

Erster Buchstabe des Vornamen der Großmutter (z. B. Anna): __

Für das Ausfüllen des Fragebogens beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Grundsätzlich gibt es weder bei diesem Fragebogen noch bei dem anschließenden Interview falsche Antworten. Probieren Sie einfach, so präzise wie möglich den Fragebogen auszufüllen.

Am besten machen Sie das Kreuz direkt in das Kästchen, nicht neben das Kästchen:

☒ Männlich
☐ Weiblich

Wenn Sie eine Angabe rückgängig machen wollen, füllen Sie das Kästchen ganz aus und kreuzen das neue Kästchen normal an:

☐ Männlich
☒ Weiblich

Bei manchen Fragen benötige ich von Ihnen eine handschriftliche Angabe. Bitte schreiben Sie die Antwort am Besten in Druckbuchstaben oberhalb der dafür vorgesehenen Linie:

Anzahl pro Tag: 3

Bereits jetzt Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens und die Teilnahme am Interview!

Code: _____

Kurzfragebogen 1. Interview

Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich
Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	☐ Deutsch ☐ Nicht-Deutsch Wenn Nicht-Deutsch: Welche? _____
Wie alt sind Sie (bitte den entsprechenden Altersbereich ankreuzen)?	☐ 65-69 Jahre ☐ 70-74 Jahre ☐ 75-79 Jahre ☐ 80-84 Jahre ☐ 85 Jahre und älter
Familienstand?	☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Ledig ☐ Verwitwet
Lebensform	☐ Alleinlebend ☐ Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner) ☐ Alleinstehend im Mehrpersonenhaushalt (bspw. bei Verwandten oder Kindern) ☐ Gemeinschaftsunterkunft (Alters- oder Pflegeheim)
Welchen <u>höchsten</u> allgemeinen Bildungsabschluss haben Sie?	☐ Haupt- (Volks-)schulabschluss ☐ Realschulabschluss ☐ Fachhochschulreife ☐ Allgemeine Hochschulreife ☐ Ohne allgemeinen Schulabschluss

Seite 2

Bitte fahren Sie auf der nächsten Seite fort.

Code: _____

Welchen <u>höchsten</u> beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?	☐ Abgeschlossene Ausbildung ☐ Fachhochschulabschluss ☐ Hochschulabschluss ☐ Promotion ☐ Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
Aktuelle oder ehemalige berufliche Stellung (Rente)	☐ Selbstständig ☐ Mithelfender Familienangehöriger ☐ Beamter ☐ Angestellter ☐ Arbeiter
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? Wenn Sie nicht mehr erwerbstätig sind, welche Tätigkeit haben Sie bei Ihrer früheren Erwerbstätigkeit zuletzt ausgeübt?	_____ _____
Wie hoch ist das monatliche Einkommen Ihres Haushaltes insgesamt (Bitte ca. in Euro)?	_____ ☐ Keine Angabe
Wie sind Sie versichert?	☐ Gesetzliche Krankenkasse ☐ Private Krankenkasse ☐ Sonstiges: _____
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	☐ Ja ☐ Nein
Besteht bei Ihnen die Zuckerkrankheit (Diabetes)?	☐ Ja ☐ Nein
Sind bei Ihnen Fettstoffwechselstörungen oder erhöhte Blutfettwerte bekannt (Cholesterin)?	☐ Ja ☐ Nein

Code: _____

Sind in Ihrer Familie Gefäßerkrankungen aufgetreten? (Herzinfarkt, Schlaganfall?)	☐ Ja ☐ Nein
Rauchen Sie? Wenn ja: Seit wann und wie viele Zigaretten pro Tag?	☐ Ja ☐ Nein Wenn Ja: Seit (in Jahren): _____ Anzahl Zigaretten pro Tag: _____
Wurde bei Ihnen bereits eine Katheteruntersuchung durchgeführt? (Herzkatheter, Katheter der Kopf-/Beingefäße)	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Wie viele? _____
Wurden Sie schon einmal am Herzen oder an den Gefäßen operiert? (Herzschrittmacher, Defibrillator, Bypass, Herzklappenersatz)?	☐ Ja ☐ Nein
Wie viele von einem Arzt/Ärztin verschriebene Medikamente nehmen Sie regelmäßig pro Tag ein?	Anzahl pro Tag: _____
Wie oft haben Sie niedergelassene Ärztinnen/Ärzte in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	Anzahl: _____
Wie viele Nächte waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?	Anzahl: _____
Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittelmäßig ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht

19.8 Fragebogen 2. Interview

Sehr geehrte Interviewpartnerin, sehr geehrter Interviewpartner,

der folgende Fragebogen ist ein Teil des Interviews und hilft mir als Interviewer, mich optimal vorzubereiten und die passenden Fragen zu stellen. Zu Beginn bitte ich Sie ein paar Angaben zu machen um für Sie einen individuellen Code erstellen zu können, der Ihre Anonymität wahrt.

Erster Buchstabe des Ortes der Grundschuleinschulung (z. B. München): __

Letzter Buchstabe des Vornamen des Vaters (z. B. Ralf): __

Eigener Geburtsmonat als zweistellige Zahl (z. B. Mai = 05): __ __

Anzahl der Geschwister als zweistellige Zahl (z. B. 02): __ __

Erster Buchstabe des Vornamen der Großmutter (z. B. Anna): __

Für das Ausfüllen des Fragebogens beachten Sie bitte folgende Hinweise:

Grundsätzlich gibt es weder bei diesem Fragebogen noch bei dem anschließenden Interview falsche Antworten. Probieren Sie einfach, so präzise wie möglich den Fragebogen auszufüllen.

Am besten machen Sie das Kreuz direkt in das Kästchen, nicht neben das Kästchen:

☒ Männlich
☐ Weiblich

Wenn Sie eine Angabe rückgängig machen wollen, füllen Sie das Kästchen ganz aus und kreuzen das neue Kästchen normal an:

☐ Männlich
☒ Weiblich

Bei manchen Fragen benötige ich von Ihnen eine handschriftliche Angabe. Bitte schreiben Sie die Antwort am Besten in Druckbuchstaben oberhalb der dafür vorgesehenen Linie:

Anzahl pro Tag: 3

Bereits jetzt Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens und die Teilnahme am Interview!

Code: _____

Kurzfragebogen 2. Interviewtermin

Wie oft waren Sie seit dem letzten Mal in dieser Herzarztpraxis (Inklusive Erstbesuch)?	Anzahl: _____
Wurde bei Ihnen seit dem Erstbesuch in der Herzarztpraxis eine Katheteruntersuchung durchgeführt? (Herzkatheter, Katheter der Kopf-/Beingefäße)	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: Wie viele? _____
Wurden Sie seit dem Erstbesuch in der Herzarztpraxis am Herzen oder an den Gefäßen operiert? (Herzschrittmacher, Defibrillator, Bypass, Herzklappenersatz)?	☐ Ja ☐ Nein
Wie oft haben Sie niedergelassene Ärztinnen/Ärzte seit dem ersten Interview in Anspruch genommen?	Anzahl: _____
Wie viele Nächte waren Sie seit dem ersten Interview zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?	Anzahl: _____
Wie viele von <u>einem Arzt/Ärztin</u> verschriebene Medikamente nehmen Sie regelmäßig pro Tag ein?	Anzahl pro Tag: _____
Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Mittelmäßig ☐ Schlecht ☐ Sehr schlecht

19.9 Interviewleitfaden 1. Gespräch

Interviewleitfaden zum 1. Interviewtermin			
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
Sie haben vor kurzer Zeit einen Termin in der Sprechstunde einer Herzarztpraxis ausgemacht. Erzählen Sie mir doch mal wie es dazu kam?	Charakter und Bedrohungspotenzial der Beschwerden? Rolle von Angehörigen? Lebensumstände? Vorerfahrung Hausarzt/Krankenhaus/anderer Herzarzt? Vorherige Behandlungsversuche? Ausschlaggebende Auswahlgründe für diese Praxis? Allgemeine Sichtweise über die Gesundheitsversorgung?	Welche Bedeutung hat dieser Besuch für Sie in der Arztpraxis? Wenn ja: Wie war der Erfolg?	Alternative: Wie geht es Ihnen wenn Sie an Ihr Herz denken? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter? Wie war das so mit? Nonverbale Aufrechterhaltung Wenn Sie zurückschauen auf diesen Moment, wie erging es Ihnen damals als es klar war, dass Sie zu einem Herzarzt gehen? Gab es Menschen, die ihr weiteres Vorgehen beeinflusst haben und wie?

Denken Sie nun mal an den Tag Ihres Termins bei dem Herzarzt. Sie machen sich auf den Weg zur Praxis, treten ein, melden sich an, nehmen im Wartezimmer Platz, werden aufgerufen, werden eventuell untersucht, sprechen mit einem Arzt oder Ärztin und MitarbeiterInnen. Denken Sie an den gesamten Besuch. Was erwarten Sie sich von diesem Besuch?	Arzt? Praxispersonal? Untersuchungen? Allgemeine Praxisausstattung? Beratung? Betreuungsverhältnis? Behandlung?		Alternative: Welche Gefühle/Ideen/Hoffnungen Wünsche kommen Ihnen durch den Kopf, wenn Sie an diesen Besuch denken? Alternative: Wie müsste dieser Besuch ablaufen, damit sie rundum zufrieden nach Hause gehen? Gibt es weitere Faktoren die bei Ihren Erwartungen eine Rolle spielen? Was wissen Sie denn über einen Herzarzt?
Denken Sie nun an die Zeit nach ihrem Besuch in der Herzarztpraxis. Sie kommen wieder zu Hause an, reden mit Freunden und/oder Angehörigen über Ihren Besuch, kommen wieder im Alltag an. Welche Erwartungen haben Sie an die Herzarztpraxis für die Zeit nach Ihrem ersten Besuch?	Arzt? Praxispersonal? Beratung? Betreuungsverhältnis? Beschwerdeverlauf?		Kennen Sie negative oder positive Erlebnisse aus Ihrer Erfahrung oder aus Erzählung Anderer?

Was denken Sie, inwieweit der Herzarztbesuch ihr Leben beeinflussen wird? Welche Probleme könnten nach dem Besuch in der Herzarztpraxis auftreten und welche Ursachen könnten diese Probleme haben?			

Anhang 9: Interviewleitfaden 1. Gespräch

19.10 Interviewleitfaden 2. Gespräch

Interviewleitfaden zum 2. Interviewtermin			
Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt? Memo für mögliche Nachfragen – nur stellen wenn nicht von alleine angesprochen! Formulierung anpassen	Konkrete Fragen – bitte an passender Stelle (auch am Ende möglich) in dieser Formulierung stellen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
Nun ist schon eine längere Zeit vergangen seit dem wir uns das letzte Mal getroffen haben. Mich interessiert jetzt natürlich sehr wie es Ihnen und Ihrem Herzen geht?	Charakter und Bedrohungspotenzial der Beschwerden? Rolle von Angehörigen? Lebensumstände? Allgemeine Sichtweise über die Gesundheitsversorgung? Behandlungsversuche anderer (Herz-) Ärzte?		Alternativ: Welche Gefühle/Gedanken kommen Ihnen in den Kopf wenn Sie zurückblicken und an Ihr Herz denken? Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Und dann? Wie ging das weiter? Wie war das so mit? Nonverbale Aufrechterhaltung

Sie waren in den letzten Monaten X in einer Herzarztpraxis. Denken Sie nun zurück an die Besuche in der Sprechstunde und an die Herzarztpraxis im Allgemeinen. Erzählen Sie mir doch bitte, was Sie dort erlebt haben? Ergänzung: Was passierte dann als nächstes? Wer war alles in ihrer Behandlung in der Herzarztpraxis involviert? Und wie?	Arzt? Praxispersonal? Untersuchung? Allgemeine Praxisausstattung? Beratung? Betreuungsverhältnis? Behandlung? Beschwerdeverlauf?		Alternativ: Was fühlen, hören, denken Sie wenn Sie an Ihre Besuche in der Herzarztpraxis im Allgemeinen zurückdenken? Was oder wer ist Ihnen besonders in Erinnerung geblieben, wenn Sie zurückschauen?
Nun haben wir über die zurückliegende Zeit gesprochen. Denken Sie nun an die kommende Zeit und mögliche nächste Besuche in der Herzarztpraxis. Sie machen sich wieder auf den Weg zur Praxis, treten ein, nehmen im Wartezimmer Platz, werden aufgerufen, werden vielleicht untersucht, sprechen mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt und den MitarbeiterInnen. Sie sind ja jetzt schon ein Alter Hase und kennen das alles schon. Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Herzarztpraxis in der Zukunft?	Arzt? Praxispersonal? Beratung? Betreuungsverhältnis? Beschwerdeverlauf?	Welche Bedeutung hat die Herzarztpraxis in Ihrem Leben bekommen?	Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen? Denken Sie auch mal an Ihre Erwartungen wenn Sie älter werden, z.B. in 10, 15, 20 Jahren?

Nachdem Sie nun einige Erfahrung in einer Herarztpraxis gesammelt haben, welchen Ratschlag würden Sie jemanden anderes geben, der in eine ähnliche Situation kommt wie sie damals mit der Herarztpraxis? Wenn Sie zurückblicken: War der Besuch in der Herarztpraxis hilfreich? Wer oder was genau hat Ihnen geholfen und warum war das hilfreich? Welche positiven oder negativen Veränderung sind in ihrem Leben durch den Besuch in der Herarztpraxis aufgetreten? Können Sie mir erzählen, wie sich die Sicht oder das Denken über eine Herarztpraxis verändert hat, seit dem Sie in einer Herarztpraxis waren?	Arzt? Praxispersonal? Praxisausstattung? Untersuchungen? Beratung? Betreuungsverhältnis? Maßnahmen & Angebote? Rolle von Angehörigen in Versorgung?	Welche konkreten Verbesserungsvorschläge haben Sie?	Alternativ: Stellen Sie sich vor, sie dürfen das Zertifikat „Altersgerechte Herarztpraxis“ vergeben. Welche Faktoren sind für Sie wichtig? Alternativ: Wenn Sie jemanden eine Herarztpraxis für Ältere Menschen empfehlen müssten. Wie müsste diese sein? Welche Eigenschaften müsste diese haben? Sie haben gesagt, dass X gemacht werden könnte. Können Sie in diesem Fall noch etwas konkreter werden?
Vielen herzlichen Dank für die Teilnahme an den Interviews. Zum Abschluss interessiert es mich noch, wie es Ihnen mit den Interviews und der Teilnahme an der Studie insgesamt ergangen ist?	Positive Aspekte? Negative Aspekte?		Welche Gefühle/Gedanken kommen Ihnen in den Kopf wenn Sie an die Interviews und den Forschungsprozess denken?

Anhang 10: Interviewleitfaden 2. Gespräch

19.11 Merkmale der befragten Menschen

Name		Teilnahme 1. Interview	Teilnahme 2. Interview	Sozio-demografische Fragen										
				Geschlecht	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Wie alt sind Sie (bitte den entsprechenden Altersbereich ankreuzen)?	Familienstand?	Lebensform	Welchen <u>höchsten</u> allgemeinen Bildungsabschluss haben Sie?	Welchen <u>höchsten</u> beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?	Aktuelle oder ehemalige berufliche Stellung (Rente)	Welche berufliche Tätigkeit üben Sie derzeit aus? Wenn Sie nicht mehr erwerbstätig sind, welche Tätigkeit haben Sie bei Ihrer früheren Erwerbstätigkeit zuletzt ausgeübt?	Wie hoch ist das monatliche Einkommen Ihres Haushaltes insgesamt (Bitte ca. in Euro)?	Wie sind Sie versichert?
Frau Söb		Ja	Ja	Weiblich	Deutsch	75-79	Verwitwet	Alleinlebend	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Angestellter	Rentnerin/Krankenschwester	Keine Angabe	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Fischer		Ja	Nein (Verstorben)	Weiblich	Deutsch	85 Jahre und älter	Geschieden	Alleinlebend	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Angestellter	Rentnerin/Altenpflegerin	1.100	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Schmidt		Ja	Ja	Weiblich	Deutsch	80-84	Verwitwet	Alleinlebend	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Angestellter/Selbstständig	Rentnerin/Kfm. Angestellte & Musiklehrerin	1.500	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Rudolf		Ja	Nein (Ablehnung aufgrund des schlechten Allgemeinzustands)	Weiblich	Deutsch	80-84	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	Angestellter	Rentnerin/Näherin	Keine Angabe	Gesetzliche Krankenkasse
Herr Schneider		Ja	Nein (Ablehnung unklarer Grund)	Männlich	Deutsch	70-74	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Angestellter	Rentner/Drucker	Keine Angabe	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Weber		Ja	Ja	Weiblich	Deutsch	75-79	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Angestellter	Rentner/Kfm. Angestellte	1.500	Gesetzliche Krankenkasse
Herr Koch		Ja	Ja	Männlich	Deutsch	75-79	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Arbeiter	Rentner/Verkaufsleiter im Außendienst	1.700	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Stecher		Ja	Ja	Weiblich	Deutsch	70-74	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Fachhochschulabschluss	Angestellter	Rentner/Personalierin	2.500	Gesetzliche Krankenkasse
Herr Rot		Ja	Ja	Männlich	Deutsch	70-74	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Fachhochschulabschluss	Beamter	Rentner/Beamter	3.500	Private Krankenkasse
Herr Maler		Ja	Ja	Männlich	Deutsch	75-79	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Arbeiter	Rentner/Karosseriebauer	2.500	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Müller		Ja	Ja	Weiblich	Deutsch	85 Jahre und älter	Verwitwet	Alleinlebend	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	Angestellter	Rentnerin/Näherin & Montage	Keine Angabe	Gesetzliche Krankenkasse
Herr Götz		Ja	Ja	Männlich	Deutsch	65-69	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Angestellter	Rentner/Karosseriebauer	Keine Angabe	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Becker		Ja	Ja	Weiblich	Deutsch	65-69	Verwitwet	Alleinstehend im Mehrpersonenhaushalt	Ohne allgemeinen Schulabschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	Angestellter	Rentnerin/Hausmeisterin	Keine Angabe	Gesetzliche Krankenkasse
Frau Wolke		Ja	Nein (Ablehnung aufgrund des schlechten Allgemeinzustands)	Weiblich	Deutsch	80-84	Verheiratet	Als Paar zusammenlebend (Ehe- oder Lebenspartner)	Haupt- (Volks-)schulabschluss	Abgeschlossene Ausbildung	Mithelfender Angehöriger	Rentnerin/Kfm. Angestellte & Hausfrau	3.000	Gesetzliche Krankenkasse

Name	Allgemeine medizinische Fragen					Fragen zur med. Versorgung 1. Termin							Fragen zur med. Versorgung 2. Termin						
	Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	Besteht bei Ihnen die Zuckerkrankheit (Diabetes)?	Sind bei Ihnen Fettstoffwechselstörungen oder erhöhte Blutfettwerte bekannt (Cholesterin)?	Sind in Ihrer Familie Gefäßkrankungen aufgetreten (Herzinfarkt, Schlaganfall)?	Rauchen Sie? Wenn ja: Seit wann und wie viele Zigaretten pro Tag?	Wurde bei Ihnen bereits eine Katheteruntersuchung durchgeführt (Herzkatheter, Katheter der Kopf-/Beingefäße)?	Wurden Sie schon einmal am Herzen oder an den Gefäßen operiert (Herzschrittmacher, Defibrillator, Bypass, Herzklappenersatz)?	Wie viele von einem Arzt/einer Ärztin verschriebene Medikamente nehmen Sie regelmäßig pro Tag ein?	Wie oft haben Sie niedergelassene Ärztinnen/Ärzte in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	Wie viele Nächte waren Sie in den letzten 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?	Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	Wie oft waren Sie seit dem letzten Mal in dieser Herzpraxis (inklusive Erstbesuch)?	Wurde bei Ihnen seit dem Erstbesuch in der Herzpraxis eine Katheteruntersuchung durchgeführt (Herzkatheter, Katheter der Kopf-/Beingefäße)?	Wurden Sie seit dem Erstbesuch in der Herzpraxis am Herzen oder an den Gefäßen operiert (Herzschrittmacher, Defibrillator, Bypass, Herzklappenersatz)?	Wie oft haben Sie niedergelassene Ärztinnen/Ärzte seit dem ersten Interview in Anspruch genommen?	Wie viele Nächte waren Sie seit dem ersten Interview zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?	Wie viele von einem Arzt/einer Ärztin verschriebene Medikamente nehmen Sie regelmäßig pro Tag ein?	Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?	
Frau Süß	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	1	Nein	3	12	6	Mittelmäßig	2	1	Nein	4	1	6	Mittelmäßig	
Frau Fischer	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	1	Nein	8	6	-	Schlecht	Keine Teilnahme 2. Termin							
Frau Schmidt	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	7	10	-	Mittelmäßig	6	-	Nein	7	-	8	Gut	
Frau Rudolf	Ja	Nein	Nein	Nein	nein	Nein	Nein	11	10	-	Mittelmäßig	Keine Teilnahme 2. Termin							
Herr Schneider	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	1	2	-	Gut	Keine Teilnahme 2. Termin							
Frau Weber	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	5,5	6	3	Mittelmäßig	2	Nein	Nein	4	-	5	Gut	
Herr Koch	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	3	5	-	Mittelmäßig	4	Nein	Ja	6	14	6	Mittelmäßig	
Frau Stecher	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	5	4	-	Gut	4	Nein	Nein	5	-	4	Gut	
Herr Rot	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	5	3	-	Gut	2	Nein	Nein	5	-	4	Gut	
Herr Maier	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	-	2	6	Mittelmäßig	3	Nein	Nein	3	-	4	Gut	
Frau Müller	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	3	4	-	Gut	2	Nein	Nein	2	-	3	Gut	
Herr Götz	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	3	2	-	Mittelmäßig	2	Nein	Nein	4	-	4	Gut	
Frau Becker	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein	2	2	-	Mittelmäßig	3	Nein	Nein	-	-	2	Gut	
Frau Wolke	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	6	4	-	Mittelmäßig	Keine Teilnahme 2. Termin							

Anhang 11: Merkmale der befragten Menschen

19.12 Transkriptionsregeln

Adaptierte Transkriptionsregeln für ein inhaltlich-semantisches Transkript nach Dresing und Pehl (2018), S. 21-22

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend.
2. Wortverschleifungen werden an das Schriftdeutsch angenähert. „So 'n Buch“ wird zu „so ein Buch“ und „hamma“ wird zu „haben wir“. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, z.B.: „Bin ich nach Kaufhaus gegangen.“
3. Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, z.B.: „Ich gehe heuer auf das Oktoberfest“.
4. Umgangssprachliche Partikeln wie „gell, gelle, ne“ werden transkribiert.
5. Stottern wird geglättet bzw. ausgelassen, abgebrochene Wörter werden ignoriert. Wortdoppelungen werden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel zur Betonung genutzt werden: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
6. Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden mit dem Abbruchzeichen „/“ gekennzeichnet.
7. Interpunktion wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt, bei kurzem Senken der Stimme oder nicht eindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Sinneinheiten sollten beibehalten werden.
8. Rezeptionssignale wie „hm, aha, ja, genau“, die den Redefluss der anderen Person nicht unterbrechen, werden nicht transkribiert. Sie werden dann transkribiert, wenn sie als direkte Antwort auf eine Frage genannt werden.
9. Pausen ab ca. 3 Sekunden werden durch {...} markiert.
10. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch VERSALIEN gekennzeichnet.
11. Jeder Sprecherbeitrag erhält eigene Absätze. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwurfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.
12. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
13. Unverständliche Wörter werden mit „(unv.)“ gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen werden möglichst mit der Ursache versehen: „(unv., Mikrofon rauscht)“. Vermutet man einen Wortlaut, wird die Passage mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt, z.B. „(Axt?)“. Unverständliche Stellen werden mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine weitere Zeitmarke gesetzt ist.
14. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet („B1:“, „Peter:“).
15. Das Transkript wird als Rich Text Format (RTF-Datei) gespeichert. Die Benennung der Datei erfolgt entsprechend dem Mediendateinamen (ohne Endung wav, mp3), beispielsweise: Interview_04022011.rtf oder Interview_schnitt.rtf.

Kernkategorie: Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen

- Wer ich bin** (Blue boxes)
 - Ursache**
 - Ich habe Erfahrungen gemacht, die mein Gesundheitsdenken prägen
 - Erwartungen an die Praxis als Konsequenz
 - Einen Arzt in Anspruch nehmen, weil andere es empfehlen
 - Sich Sorgen über sich machen
 - Selbstständigkeit erhalten
 - Ich schone meine Helfer für den Ernstfall
 - Kontext**
 - Lebensverlauf und Lebenssituation
 - Sozialer Status
 - Berufliche Erfahrungen als Ursache
 - Handlung/Strategie**
 - Seinen eigenen Beitrag leisten wollen
 - Die Behandlung selbst in die Hand nehmen
 - Konsequenz**
 - Strategien im Umgang mit Ärzten als K. gemachter Erfahrungen
 - Bilder über Gesundheitsberufe als K. gemachter Erfahrungen
 - Erwartungen an die Praxis
- Wie ich lebe** (Purple boxes)
 - Ursache**
 - Empfundener struktureller Mangel aufgrund der Wohnsituation
 - Professionelle Versorger haben
 - Familiäre Unterstützung bei med. Fragen
 - Die eigene Lebensaufgabe als Ursache
 - Pflegebedürftigkeit als Ursache für Einschränkungen
 - Kontext**
 - Handlung/Strategie
 - Konsequenz
 - Handlung/Strategie**
 - Hilfe auswählen auf Basis der Empfehlung anderer
 - Konsequenz**
 - Sich um Hilfe kümmern
- Etwas am und auf dem Herzen haben** (Red boxes)
 - Ursache**
 - Der schwere Alltag macht mein Herz kaputt
 - Ich habe Angst, meine Lebensaufgaben nicht mehr machen zu können
 - Lebensstärken beeinflussen Herzrhythmus
 - Frühere med. Erfahrung für den Umgang mit Herzerkrankung
 - Spürbares/Erlebtes kann nicht eingeordnet werden
 - Vorhandene subj. Theorien
 - Die Relevanz meines Herzens
 - Kontext**
 - Handlung/Strategie
 - Konsequenz
 - Handlung/Strategie**
 - Aus der Expertenrolle handeln
 - Etwas tun, um den Einschränkungen des Gesundheitswesens zu entgehen
 - nach Bedeutung suchen
 - Konsequenz**
 - Kontrolle erhalten
 - Angst aufgrund der Verkettung spüren
 - Erwartungen an die Praxis
 - Erwartungen an den Arzt auf Basis bio. Verständnis
- Sich aufgehoben fühlen - sich allein gelassen fühlen** (Orange boxes)
 - Ursache**
 - Den Arzt in der Verantwortung für die Praxis als Ganzes sehen
 - Auch ich als Patient bin ein Faktor, ob es läuft oder nicht
 - Kontext**
 - Handlung/Strategie
 - Konsequenz
 - Handlung/Strategie**
 - Informationen zum Behandlungsprozess
 - Ich schränke mich ein im Alltag
 - Interaktion bezüglich Terminvergabe
 - Ausstrahlung von Sicherheit und Kompetenz
 - Architektonische Gestaltung
 - Variabilität der Kontexten
 - Konsequenz**
 - Sich wahrgenommen fühlen - sich als Pat. 08/15 fühlen
 - Ursache: Erwartung als Ausdruck eines Bedürfnisses
 - Handlungen: Kontinieren der Interaktion
 - Konsequenzen: Einfluss der Interaktion
 - Ich werde unverschämt, wenn ich schlecht behandelt werde
 - Ich nehme Medikamente, obwohl ich nicht dafür bin
 - Ich beende die Behandlung
 - Die Medizin hat eine Beruhigung verursacht
 - Unter Kontrolle bleiben, weil sonst nichts da ist
 - Ich bin jetzt sicher! - aufgehoben
 - Würde und Aufmerksamkeit
 - Patient*in 0815 in starren Strukturen
 - Umgang mit altersbedingten Einschränkungen
 - Interaktion auf persönlicher oder individueller Basis
 - Bilder über Gesundheitsberufe als K. gemachter Erfahrungen
 - Strategien im Umgang mit Ärzten als K. gemachter Erfahrungen
 - Erwartungen an die Praxis
 - Handlung/Strategie
 - Konsequenz

Anhang 13: Kodierparadigma

Danksagung

Es begann einmal damit, dass sich meine Eltern Johanna und Wolfgang Läpple für ein drittes Läpples-Kind entschieden – statt für einen schönen Mercedes – was im Remstal nahe Stuttgart durchaus legitim gewesen wäre. Liebe Eltern, ihr habt mich zur Welt gebracht, mir mit Liebe die Welt aus eurer Sicht erklärt, mich erzogen, mich und manche Lügen ertragen, mich meine Sicht der Welt entwickeln lassen und immer ein liebevolles Heim für mich und mein Herz geboten. Euch widme ich diese Arbeit. Danke Mama, danke Papa.

Weiter entstand etwas auf der kardiologischen Station 2a des Rems-Murr-Klinikums Waiblingen, was zu einer Familie mit zwei großartigen Jungs gewachsen ist. Danke dir Miriam, für das täglich an meiner Seite stehen und das gemeinsam durch dieses Leben der Ungewissheit und Freude gehen. Danke Levi und Valentin, dass ihr mein an manchen Tagen sehr ausgeprägtes Grübeln beim Lego-Bauen hingenommen habt.

Eines Tages landete ich als junger und unbekümmerter Mensch bei einem Mann namens Thomas Störk, der mich so wie ich war aufnahm, 13 Jahre lang formte, förderte, ertrug, immer wieder erdete – und mir immer mehr als ein Vater, denn als Chef zugewandt war. Dafür bin ich dir dankbar.

Dann kamen Menschen in mein Leben, die diese Arbeit im Besonderen prägten. Hier beginne ich mit den 14 Menschen, die mich an ihrer Welt teilhaben und diese Arbeit damit mitentstehen lassen haben. Darauf folgt Stefan Lorenzl, der mir bei den zentralen Knackpunkten unterstützend zur Seite stand. Ursula Immenschuh, die mich in meiner wahrhaftigen Unwissenheit als Lehrling unter ihre Fittiche genommen, immer wieder kritisch in die Daten zurückgeschickt und damit mich und diese Arbeit mitgeformt und mitentwickelt hat zu dem Endprodukt, das sie jetzt ist. Margitta Beil-Hildebrand, die mir die Chance zur Erstellung der Arbeit überhaupt gab und sich verlässlich um meine Studienkolleg*innen und mich über die Studienzeit kümmerte. Zuletzt meine Studienkollegen*innen, die mir neben ihren stets äußerst wertvollen Beiträgen in den Vorlesungen bei 1-2 Bier die schönen nebenuniversitären Seiten Salzburgs näher gebracht haben. Dafür danke ich.

Ein Dank geht an meine hinzugewonnenen Eltern Evelyn und Peter Kohnle. Wie habt ihr mir die Zeit mit leckerem Sonntagsbraten und kühlem Bier versüßt und euch um Levi und Valentin gekümmert, als wären es eure eigenen Kinder.

Zuletzt geht ein Dankeschön an meine Freunde und meine Groß-Familie, die ihr mich über die Zeit jeder auf seine Art begleitet und immer aufgezeigt habt, dass es euch von Herzen wirklich egal ist, ob ich diese Arbeit nun erfolgreich oder erfolglos beende.

Ich danke von Herzen.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Christopher Läßle, an Eides statt, dass ich die vorliegende Ph.D.-Thesis mit dem Titel ‚Jemanden mit seinem Herz an die Hand nehmen‘ – Eine Grounded Theory zu den Erwartungen und Erfahrungen von 65-plus-jährigen Patient*innen an die ambulante kardiologische Facharztversorgung im Behandlungsprozess“ selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt sowie die verwendeten Quellen und Hilfsmittel in vollständigem Umfang angegeben habe. Diese Ph.D.-Thesis wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsinstanz als Prüfungsleistung eingereicht. Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandeln geahndet wird und weitere rechtliche Schritte nach sich ziehen kann. Die Arbeit wurde neben der gedruckten Version auch auf CD-ROM in PDF- und Word-Format zur Prüfung der eidesstattlichen Erklärung abgegeben.

Remshalden, 31.03.2023 – Christopher Läßle