

# Beratung bei Hamburger Orthopäden: Note 3,9

## Keiner „sehr gut“ – nur 9% „gut“ – 39% durchgefallen!

Wer zum Arzt muss, hat ein Problem: Welcher ist gut? Nimmt sich Zeit? Nimmt mich ernst? Beherrscht seine Kunst? Ist auf dem Stand von Wissenschaft und Technik?

Gefühlt am häufigsten werden wir nach einem „guten Orthopäden“ gefragt. Offenbar haben sie keinen guten Ruf, gelten als organfixiert und wenig kommunikationskompetent. Aber Zufriedenheit entsteht beim Patienten nicht nur durch den Erfolg der Behandlung, sondern schon beim Betreten der Praxis. Der subjektive Eindruck vom Arzt, seinem Team und seinen Räumen ist mindestens genauso entscheidend. Eine erfolgreiche Behandlung gelingt nur, wenn Arzt und Patient für Planung und Durchführung der Behandlung einen gemeinsamen Konsens finden.<sup>1</sup>

Im Frühjahr 2014 besuchte eine Patientin 23 zufällig ausgewählte Orthopäden in elf Hamburger Stadtteilen. Sie hatte seit mehreren Jahren immer wiederkehrende Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich und wollte sich untersuchen und beraten lassen, was sie dagegen tun kann. So war es möglich, exemplarisch die Beratungsqualität Hamburger Orthopäden zu ermitteln.

Bei unserer Untersuchung ging es nicht darum, die Qualität der ärztlichen *Behandlung* zu bewerten, sondern wir wollten erfahren, wie eine Patientin die Qualität der *Diagnostik und Beratung* aus Patientensicht wahrnimmt. Die Patientensicht ist zwar immer subjektiv, allerdings hatten wir unseren Kriterienkatalog für eine gute Erstberatung aus objektiven Quellen zusammengestellt: aus Leitlinien der Fachgesellschaften, Lehrbüchern und Rechtsprechung. Und abgesichert durch einen Referenzarzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Dadurch können wir für unseren Praxis-Check eine relativ hohe Objektivität in Anspruch nehmen.

Das Ergebnis vorweg: In Schulnoten ausgedrückt, haben die Orthopäden einen sehr schlechten Schnitt gemacht. Die Durchschnittsnote lag bei 3,9; kein Arzt bekam die Note 1, und neun von 23 Ärzten (39%) fielen mit Note 5 glatt durch. Bleibt nur zu hoffen, dass der schlechte Ersteindruck nicht auch die Qualität der eigentlichen *Behandlung* widerspiegelt.

Aber wie kann eine Behandlung gut sein, wenn sie auf flüchtiger, oberflächlicher und schlampiger Anamnese, Diagnose und Beratung aufbaut? Bildet nicht der erste Schritt das Fundament für den Rest der Behandlung?

---

1 (Bestmann & Verheyen, 2010)

## Methode

Wir beurteilten Anamnese, Diagnostik und Beratung der Orthopäden anhand einer Kriterienliste, die wir aus mehreren Quellen zusammenstellten: aus Leitlinien der orthopädischen und allgemeinmedizinischen Fachgesellschaften<sup>2, 3</sup>, aus der Rechtsprechung<sup>4</sup> sowie aus orthopädischen Lehrbüchern<sup>5</sup> und der Hilfe eines Referenzarztes.

Für die Bewertung verwendeten wir das an Schulen und Hochschulen übliche Notensystem von 1 bis 5 (1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft, durchgefallen). Für jeden Aspekt unserer Kriterienliste waren 1 bis 3 Punkte erreichbar. Das Ergebnis wurde mithilfe einer Umrechnungstabelle der Universität Gießen<sup>6</sup> in Schulnoten umgewandelt.

Die Namen von 188 Hamburger Orthopäden entnahmen wir dem Online-Branchenbuch.<sup>7</sup> Auch der normale Verbraucher würde dort einen Facharzt suchen. Wir wählten per Los aus ärmeren, mittleren und reicheren Stadtteilen je zehn Orthopäden. Kriterien für die Bildung der Stadtteilgruppen waren die vom Statistikamt Nord angegebenen Daten der Empfänger von Arbeitslosengeld-II und der jährlichen Einkünfte Steuerpflichtiger.<sup>8</sup>

Bei sieben Ärzten kam aus unterschiedlichen Gründen kein Termin zustande (Telefonnummer nicht vergeben, Praxis nie erreichbar), so blieben in den ärmeren und reicheren Stadtteilen je acht, in den mittleren sieben Ärzte übrig.

In Gemeinschaftspraxen oder Praxisgemeinschaften sollten nicht zwei Ärzte derselben Praxis besucht werden. Die Patientin fragte nach dem frühestmöglichen Termin bei einem der dort arbeitenden Ärzte und ließ so den Zufall über den aufzusuchenden Arzt entscheiden.

Wir wissen nicht, ob die Hamburger Bürger für die Wahl ihres Orthopäden eine stadtteilbezogene Auswahl treffen, jedoch vermuten wir, dass sie meist den nächstgelegenen Arzt aufsuchen. Allerdings lässt die Häufung von Orthopäden im innenstädtischen Stadtteil Neustadt vermuten, dass dort viele Menschen hingehen, die nicht in diesem Stadtteil wohnen, aber in der Innenstadt arbeiten.

	<b>Alg-II-Empfänger</b>	<b>Einkünfte Steuerpflichtiger</b>
Ärmere Stadtteile	> 11%	< 24.000 €
Mittlere Stadtteile	4 bis 11%	24.000 bis 37.000 €
Reichere Stadtteile	< 4%	> 37.000 €

*Tabelle 1: Kriterien für die Bildung der Stadtteilgruppen*

2 (Scherer & Plat, 2009)

3 (Arbeitsgemeinschaft Bundesärztekammer (BÄK) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013)

4 (Martis & Winkhart, 2010)

5 (Wirth, 1992, Wirth, 2013)

6 (Justus-Liebig-Universität Gießen, 2012)

7 (hamburg.de GmbH & Co. KG)

8 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2012)

Dies ergibt folgende Stadtteilgruppen:

	Einwohner	ALG-II-Empfänger	ALG-II-Empfänger in %	Einkünfte Steuerpflichtiger (2007)	Orthopäden je Stadtteil
<b>Ärmere Stadtteile:</b>					
Harburg	21 892	4 216	19,30%	19 157 €	6
Lohbrügge	38 933	4 381	11,30%	26 178 €	4
Wilhelmsburg	50 731	12 310	24,30%	20 020 €	2
Billstedt	69 261	16 066	23,20%	22 077 €	2
<b>Mittlere Stadtteile:</b>					
Barmbek Süd	31 933	2 471	7,70%	26 480 €	2
Neustadt	12 026	1 201	10%	29 135 €	12
<b>Reichere Stadtteile:</b>					
Sasel	22 959	318	1,40%	54 084 €	3
Niendorf	39 804	1 457	3,70%	37 051 €	2
Blankenese	12 884	135	1%	110 108 €	4
Rotherbaum	15 820	522	3,30%	75 381 €	3
Poppenbüttel	22 377	525	2,30%	49 953 €	3

Tabelle 2: Die zugeordneten Stadtteile

## Die Patientin

Unsere Patientin klagt seit mehr als zehn Jahren über Verspannungen in der Nackenmuskulatur mit Schmerzen im Schulter- und Kopfbereich an „schlimmen“ Tagen, die sich bei langem Stehen oder Gehen in den unteren Rücken ausweiten. Ein Unfall oder eine andere Vorerkrankung lagen nicht vor.

Ein als Gutachter erfahrener Facharzt für Orthopädie des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) half uns als Referenzarzt bei der Erstellung der Kriterienliste und bei der Bewertung der einzelnen Elemente. Er untersuchte die Patientin nach den Vorgaben der Leitlinien und erstellte eine Diagnose und eine Therapieempfehlung.

Unser Referenzarzt stellte bei seiner Untersuchung Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich und eine dadurch verursachte Steilstellung der Halswirbelsäule fest. Die Beweglichkeit des Kopfes beurteilte er als „endgradig leicht eingeschränkt“ und empfahl als Therapie eine Kräftigung und Stabilisierung der Halsmuskulatur. Dabei sollte ihr vorzugsweise Krankengymnastik helfen, Übungen zu erlernen, die sie selbständig zu Hause durchführen könnte. Ergänzend empfahl er eine moderate sportliche Betätigung.

Der wichtigste Punkt in der Krankengeschichte der Patientin war für ihn die Dauer der Schmerzen. Da diese schon über zehn Jahre bestehen, gehe man in diesem Fall von einem *chronischen* Leiden aus, dessen Behandlung von der eines akuten Nackenschmerzes deutlich zu unterscheiden sei. Werde ein *akuter* Nackenschmerz vorerst lediglich durch die Gabe von Schmerzmitteln behandelt (teilweise seien nicht einmal die nötig) müssten bei einem *chronischen* Nackenleiden längerfristige Behandlungsmethoden gewählt werden, etwa bewusste Stressbewältigungsstrategien, krankengymnastische Übungen oder verschiedene Sportarten. Ebenso sei die Kommunikation über die Dauer der Therapie in diesem Falle sehr wichtig. Bei

lange bestehenden Nackenschmerzen sei eine langfristige Therapie angezeigt und der Arzt müsse die Patientin auch zu dieser motivieren und entsprechende Folgetermine anbieten.

## Bewertungskriterien

Die DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz<sup>9</sup> definiert Nackenschmerzen als „Schmerz in dem Gebiet, das nach oben durch die obere Nackenlinie (linea nuchalis superior), nach unten durch den ersten Brustwirbel und seitlich durch die schultergelenksnahen Ansätze des Trapezmuskels (musculus trapezius) begrenzt wird.“

Ein einheitliches Vorgehen bzw. eine festgelegte Vorgehensweise ist für die orthopädische Erstuntersuchung nicht vorgeschrieben. Die DEGAM-Leitlinie Nackenschmerz wurde für den Gebrauch in Hausarztpraxen konzipiert. Aus diesem Grund ist sie für die vorliegende Untersuchung lediglich als Richtwert, nicht aber als vollständig verbindliche Leitlinie genutzt worden. Es werden darin jedoch Kriterien genannt, die laut Fachliteratur und den Hinweisen unseres Referenzarztes auch bei der orthopädischen Erstuntersuchung einer Patientin mit den genannten Schmerzen beachtet werden müssen – z.B. die abzufragenden Punkte bei der Anamnese und die Vorgehensweise bei der Grunduntersuchung. Eine weitere wichtige Quelle für die Anforderungen an den orthopädischen Erstkontakt war die Rechtsprechung.<sup>10</sup>

Jedes geforderte Element von Diagnose und Beratung erhält einen Punktwert zwischen 1 und 3. Besonders wichtige Elemente bekommen drei Punkte, weniger wichtige zwei und solche, deren Erfüllung unsere Quellen zwar als wünschenswert, aber nicht zwingend notwendig ansehen, einen Punkt. Die Checkliste enthält neben den unbedingt notwendigen orthopädisch-medizinischen Untersuchungen (Anamnese, Palpation der Gliedmaßen, Test der Bewegungseinschränkung...) auch den Umgang mit der Patientin in der anschließenden Beratung über das weitere Vorgehen.

## Partizipative Entscheidungsfindung (shared decision making)

Da die vorliegende Untersuchung sich im Besonderen auf die Beratungsqualität der Ärzte konzentriert, haben wir die Partnerschaft zwischen Arzt und Patient als einen besonders wichtigen Punkt angesehen. „*Shared decision-making* (SDM; zu deutsch: partizipative Entscheidungsfindung) ist eine Form der Arzt-Patienten-Interaktion, bei der beide Partner aktiv und verantwortlich an Entscheidungsprozessen beteiligt sind.“<sup>11</sup>

Die Hauptaspekte dieses Konzeptes stützen sich auf eine beidseitige Entscheidungsfindung. Beide Parteien sind gleichberechtigt an der Planung der bevorstehenden Behandlung beteiligt. Der Arzt als tonangebender Part in der Arzt-Patient-Beziehung soll abgelöst werden durch ein gemeinschaftliches Erarbeiten des Behandlungsweges. Um dabei jedoch wirksam mitbestimmen zu können, muss der Patient alle nötigen Informationen erhalten und verstehen können.

---

9 (Scherer & Plat, 2009)

10 (Martis & Winkhart, 2010)

11 (Scheibler et al., 2005)

Ein solches Format ist nicht einfach umzusetzen. Verschiedene empirische Arbeiten haben gezeigt, dass Ärzte ihre Patienten bisher noch selten in die Entscheidungsfindung einbeziehen. Dies mag vor allem daran liegen, dass Ärzte Angst vor zu hohen Erwartungen oder Fehlinformationen auf Seiten des Patienten haben. Eine persönliche Aufklärung, die positive und negative Seiten verschiedener Behandlungsmöglichkeiten beleuchtet, ist demnach sehr wichtig. Die von einigen Ärzten gerne verwendeten Broschüren zur Patientenaufklärung können nur in geringem Maße eine persönliche Aufklärung ersetzen.

Patienten, so haben Umfragen ergeben, wollen in die Entscheidung über den Verlauf ihrer Behandlung einbezogen werden, fühlen sich aber gleichzeitig leicht überfordert und alleingelassen, wenn der Arzt ihnen zu wenig Unterstützung bietet.<sup>12</sup>

Für die behandelnden Ärzte ist es schwierig, die Waage zu finden zwischen einerseits Richtungsweisung und Tonangabe und andererseits der beratenden Unterstützung und freien Entscheidung des Patienten. Wird die partizipative Entscheidungsfindung im richtigen Maße angewendet, lassen sich sehr positive Effekte nachweisen: Die Patienten sind zufriedener, erhalten ein höheres Verständnis für ihre Krankheit, Ängste werden verringert, die Bereitschaft zum Durchhalten der Therapie gesteigert und damit eine höhere Lebensqualität und die Verringerung der bestehenden Leiden ermöglicht.<sup>13</sup>

Eine Studie des WINEG zum Thema Patientenzufriedenheit zeigte deutlich auf, dass zwar ein Großteil der befragten Patienten mit ihrem Arzt zufrieden waren, aber gerade im Bereich des *shared decision making* noch viel Handlungsbedarf besteht<sup>14</sup>.

## Allgemeine Kriterien für alle Orthopäden

Bei den folgenden Kriterien der Checkliste konnten alle 23 besuchten Orthopäden insgesamt jeweils 54 Punkte erreichen. Die Checkliste gliedert sich in die Bereiche Anamnese, Untersuchung, Behandlungsplanung Aufklärung, Beratung zum weiteren Vorgehen. Den Umgang mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) haben wir nicht bewertet.

### Anamnese

- Zu Beginn der Anamnese muss der Orthopäde nach der **Lokalisation der Beschwerden** fragen (2 Punkte). Nur so kann er den etwas weitläufigen Bereich der Nackenschmerzen genauer eingrenzen und dann gezielt weitere Fragen stellen.
- Dann muss er das **zeitliche Auftreten** der Beschwerden eingrenzen (3 Punkte). Aus der Dauer der bestehenden Schmerzen kann der Arzt einen akuten oder chronischen Verlauf ableiten. Danach richtet sich dann die Art der Behandlung.
- Für eine korrekte Beratung zur weiteren Behandlung muss der Arzt wissen, ob eine **Vorerkrankung** oder ein **Unfall** die Schmerzen ausgelöst haben könnten und ob in den letzten Jahren schon einmal eine **Behandlung** durchgeführt wurde (3 Punkte).

---

12 (Härter et al., 2005)

13 (Scheibler et al., 2005)

14 (Bestmann & Verheyen, 2010)

- **Röntgenbilder** sind ein wichtiges Mittel zur Beurteilung der vorhandenen chronischen Beschwerden (3 Punkte). In unserem Fall hatte die Patientin vorher schon Röntgenbilder der Halswirbelsäule anfertigen lassen.
- Orthopädische Lehrbücher empfehlen, die körperlichen Gesamtzusammenhänge (z.B. Lendenwirbelsäule, Füße) nicht zu vernachlässigen und auch nach **weiteren Beschwerden** an anderen Organsystemen zu fragen (2 Punkte).<sup>15</sup>
- Die **Familienanamnese** wurde in die Checkliste aufgenommen, da chronische Beschwerden im Rückenbereich auch erblich bedingt sein können und etwa bei vermehrtem Auftreten von Rheuma-Erkrankungen in der Familie auch in diese Richtung geforscht werden könnte (1 Punkt).

### Untersuchung

- Die Untersuchung erfolgt im Idealfall **entkleidet** (3 Punkte), das heißt zur Untersuchung des Nackenbereiches darf eine Frau oben herum nicht mehr tragen als ihren BH.
- Sie beginnt idealerweise mit der **Inspektion und Palpation** der schmerzenden Gliedabschnitte (3 Punkte). Darunter versteht man die Ansicht und das Abtasten der betroffenen Bereiche. Eine symptombezogene Untersuchung reichte hier aus.
- Schmerzen im Nackenbereich können nicht nur durch Verspannungen, sondern auch durch verschobene Wirbel oder Bandscheibenvorfälle entstehen. Dabei können Nerven abgeklemmt werden, die zu Taubheitsgefühlen, Lähmungen oder Kribbeln in den Armen und Händen führen. Um dies auszuschließen, muss ein **neuronaler Ausfalltest** durchgeführt werden (3 Punkte). Hierbei drückt der Patient einmal fest die Hände des Arztes und dann noch einmal von oben nach unten und umgekehrt mit dem ganzen Arm gegen die Arme des Arztes. Zuletzt tastet der Arzt noch die Arme und Finger des Patienten ab und fragt dabei nach Gefühlsstörungen.
- Eine **Beweglichkeitsprüfung**, bei der der Patient vom Arzt geführt den Kopf nach links und rechts dreht, nach vorn und hinten sowie seitwärts neigt, muss durchgeführt und mit mindestens qualitativen Angaben zum Bewegungsausmaß kommentiert werden (3 Punkte).
- Eine **allgemeine körperliche Untersuchung** (1 Punkt) ist dann sinnvoll, wenn dem Arzt außer den genannten weitere Symptome auffallen, etwa Rötungen der Haut oder Ausschläge. Dies könnte auf eine weitergehende systemische Erkrankung hinweisen, z.B. Rheuma.

### Aufklärung und Beratung zu empfohlenen Behandlungsformen

- Zunächst steht dem Patienten eine **Aufklärung** über die Art seiner Beschwerden und die vermutete oder gestellte Diagnose zu (3 Punkte).<sup>16</sup>
- Um den weiteren Weg der Behandlung verstehen und an den vorgesehenen Maßnahmen sinnvoll teilnehmen zu können, muss der Patient eine gut verständliche **Begründung und Erklärung** der vorgeschlagenen Schritte und Methoden erhalten (3 Punkte).

---

15 (Wirth, 1992)

16 (Martis & Winkhart, 2010) [vgl. BVerfG, Beschl. V. 18.04.2004 – 1BvR 2315/04]

- Da es, gerade im vorliegenden Fall durch die chronischen Schmerzen, **verschiedene Möglichkeiten** (Alternativen) der Therapie bzw. der Therapieunterstützung gibt, muss der Arzt zumindest deren wichtigste nennen (3 Punkte).
- Bei der Wahl der weiteren Möglichkeiten muss der Patient über die **Chancen und Risiken** jeder angesprochenen Behandlung aufgeklärt werden, um selbst objektiv entscheiden zu können (3 Punkte).

### Art der Aufklärung

- Zunächst einmal geht es um den richtigen **Umgang mit Fachbegriffen** (3 Punkte). Werden Fachbegriffe und Fremdwörter verwendet, müssen sie entweder allgemein geläufig sein oder ungefragt verständlich erklärt werden.
- Der Arzt muss **Fragen verständlich beantworten** (3 Punkte). Nur so kann der Patient sicher sein, alles richtig verstanden zu haben, und fühlt sich selbst ernst genommen und verstanden.
- Ebenso muss der Arzt sich **vergewissern**, dass sein Patient alle Erklärungen richtig verstanden hat (3 Punkte).
- Wenn der Patient mit dem ausdrücklichen **Wunsch** in die Praxis kommt, nur untersucht und beraten zu werden, um die vorliegende Schmerzsituation abzuklären, muss der Arzt dies **respektieren** (2 Punkte). Eine Behandlung ohne Einverständnis der Patientin wäre dann sogar eine strafbare Körperverletzung.
- Die Planung der weiteren Behandlung sollte im Sinne des **shared decision making** partnerschaftlich erfolgen. Dem Vorgehen nach diesem innovativen Konzept haben wir eine hohe Priorität beigemessen (3 Punkte).
- Wünschenswert, aber nicht unbedingt notwendig fanden wir das Einbeziehen von Bildern oder Modellen zur Verdeutlichung der Erklärungen des Arztes (1 Punkt).

### Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)

Laut WIDO-Monitor 2013 bieten Orthopäden IGeL fünfmal häufiger an als Allgemeinmediziner.<sup>17</sup>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung<sup>18</sup> beschreibt für Ärzte, die ihren Patienten solche Selbstzahlerleistungen anbieten wollen, in ihrer IGeL-Checkliste unter anderem folgende Anforderungen:

- Erklärung, warum eine IGeL in diesem Fall besser als eine Kassenleistung ist,
- Darlegung wissenschaftlicher Belege zur Wirksamkeit,
- Aufklärung über Nutzen und Risiken,
- Angebot ohne Anpreisung und Werbung,
- genaue Aufklärung über Kosten,
- genügend Bedenkzeit.

---

17 (Zok, 2013)

18 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014)

Nach diesen Anforderungen haben wir unsere Checkliste zur IGeL-Sonderauswertung eingeteilt. Das IGeL-Angebot hatte allerdings keinen Einfluss auf die Gesamtnote des Arztes.

## Ergebnisse: Die Besuche

Die Terminvergabe gestaltete sich in allen Praxen relativ einfach. Bei zwei Praxen war der Vorlauf von 2–3 Monaten sogar noch zu früh. Diese Erfahrung legt die Vermutung nahe, dass Termine für einen normalen Termin (kein Notfall) etwa mit vier Wochen Wartezeit zu veranschlagen sind. Allerdings kann dies von Praxis zu Praxis auch stark schwanken.

Bei jedem Besuch ging die Patientin im Kopf den vorher festgelegten Leitfaden durch und versuchte, das Gespräch an den ausgearbeiteten Punkten zu orientieren. Da natürlich nicht ein Gespräch wie das andere verlief, richtete die Patientin ihre Aussagen und Fragen an dem entstandenen Gesprächsverlauf aus. Und sie brachte die vorher angefertigten Röntgenbilder der Halswirbelsäule mit.

Auf die Frage nach den Beschwerden wies die Patientin stets auf ihre Schmerzen im Nackenbereich hin und bat, da die Beschwerden schon lange bestehen und nun doch sehr nervig waren, um Untersuchung und Beratung, was zur Verbesserung getan werden könne.

Von diesem Zeitpunkt an verliefen die Arztbesuche sehr unterschiedlich. Zumeist begann die Anamnese mit den in der Checkliste festgelegten Punkten. In einigen Fällen fand bereits vor der ärztlichen Untersuchung eine kurze Erhebung durch einen Fragebogen oder durch eine Arzthelferin statt.

### Die einzelnen Kriterien

- Schon bei einem der ersten Checklistenpunkte, der Frage nach der **Dauer der Schmerzen**, erreichten nur 10 von 23 Ärzten (43%) die volle Punktzahl. Wie erwähnt, war diese Frage weichenstellend für den weiteren Verlauf der Behandlung.
- Nur zwei der 23 Ärzte (**9%**) baten die Patientin, für die Untersuchung den **Oberkörper** bis auf den BH frei zu machen.
- Der Test der **Beweglichkeit** erreichte mit **57%** korrekt durchgeführter Untersuchungen eine der höchsten Punktzahlen in der Gesamtwertung.
- Wie bereits erwähnt, hatte die Patientin **Röntgenbilder** ihrer Halswirbelsäule dabei, um einem mehrfachen Röntgen während der Datensammlung zu entgehen. Wie sich zeigte, war das die richtige Entscheidung, da 22 Orthopäden (**96%**) Bilder zur genaueren Abklärung der Beschwerden forderten.
- Alle Ärzte (**100%**) **erklärten** die Röntgenbilder gut bis sehr gut. Die diagnostischen Aussagen schwankten jedoch zwischen „Da ist alles in Ordnung“ bis „Das kann mal zum Bandscheibenvorfall führen“.

Die Erklärungen zur Diagnose und zum weiteren Vorgehen waren überwiegend gleicher Natur. Leider musste die Patientin feststellen, dass ein junger Mensch mit „nur“ einem muskulären Leiden oftmals nicht wirklich ernst genommen und als „typisch“ abgewertet wird. Sicherlich ist den Ärzten zugute zu halten, dass sie die Patientin beruhigen wollten, nichts Schlimmes zu ha-

ben. Allerdings war die lapidare Aussage „Das ist typisch, das haben viele in Ihrem Alter“, kombiniert mit einem Rezept für Krankengymnastik, nicht mit unserer Vorstellung des *shared decision making* vereinbar, da hier keinerlei gemeinschaftliches Beraten zwischen Arzt und Patientin erkennbar war. Eine Einbeziehung des Patienten in die Planung der Behandlung schien vielen Ärzten fremd – nur 5 Ärzte erreichten dort die volle Punktzahl.

- Lediglich zwei Ärzte (**9%**) **untersuchten** die Patientin gründlich, beruhigten sie und schlugen verschiedene **Alternativen** zur Verbesserung der Beschwerden vor. Darüber hinaus empfand die Patientin die Aussage „Ich kann gut verstehen, dass Sie das nervt – ist ja auch wirklich schmerzhaft teilweise“ empathischer als andere Aussagen.
- Nur 19 von 23 besuchten Ärzten (**83%**) entsprachen dem ausdrücklichen Wunsch der Patientin, nur untersucht und beraten, aber noch **nicht behandelt** zu werden. Zwei Ärzte drängten sie zu einer sofortigen Behandlung, ließen sich aber von ihr noch stoppen. Zwei Ärzte begannen jedoch plötzlich, unerwartet und ohne Ankündigung mit der Behandlung.

### **Behandlung gegen ausdrücklichen Patientenwillen**

In diesen beiden Fällen war die Patientin sehr überrascht und schockiert.

- Der erste Arzt renkte, ohne vorherige Ansage oder Vorwarnung, durch Druck auf den Rücken die Brustwirbelsäule der Patientin ein. Im Anschluss sprach er dann von Chiropraktik und dass nach einer solchen Behandlung ein Tapeverband sinnvoll sei (eine IGeL). Das Wort Chiropraktik und auch die Absicht, diese an der Patientin anzuwenden, waren im Vorgespräch nicht vorgekommen. Mit der Aussage, er wolle sich den Rücken nur einmal ansehen, sollte sich die Patientin bäuchlings auf die Liege legen. Nach kurzem Abtasten erfolgte dann völlig unerwartet das Einrenken. Auf Nachfrage der Patientin, was diese Handlung nun mit den angegebenen Beschwerden an der Halswirbelsäule zu tun hätte, reagierte der Arzt etwas genervt und erklärte nochmals an den mitgebrachten Röntgenbildern – allerdings ohne für die Patientin ersichtlichen Zusammenhang –, dass die Gelenke der Halswirbelsäule verschoben seien. Ein Zusammenhang mit der Brustwirbelsäule wurde der Patientin nicht ersichtlich.
- Der zweite Arzt untersuchte die Patientin zuvor entsprechend den nach unserer Checkliste zu erwartenden Punkten. Danach wurde mit den Worten „Ich will nur mal schaun“ ohne weitere Vorwarnung oder Absprache die Halswirbelsäule der Patientin eingerenkt. Durch den entstandenen Schockmoment (Knacken) war die Patientin vorerst nicht in der Lage, weitere Fragen zu stellen oder gar sich angemessen zu beschweren.

Glücklicherweise führte das ausdrücklich nicht erwünschte Einrenken in beiden Fällen nicht zu einer Verschlimmerung der Beschwerden – andernfalls hätte es als Behandlungsfehler verfolgt werden können. Gebessert hat sich das Beschwerdebild aber durch keine der beiden Behandlungen.

Die **Aufklärung über Nutzen und Risiken** einzelner Behandlungsmöglichkeiten war bis auf einen Arzt durchweg mangelhaft.

	Anzahl Ärzte (von 23), die alle möglichen Punkte erreicht haben			in %
		Mögliche Punkte		
Anamnese	Lokalisation der Beschwerden	2	15	65%
	zeitliches Auftreten der Beschwerden	3	10	43%
	Vorerkrankungen/ Vorbehandlungen	3	2	9%
	Röntgenbilder	3	11	48%
	weitere Beschwerden	2	4	17%
	Familienanamnese	1	1	4%
Untersuchung	Inspektion/Palpation (symptombezogen)	3	12	52%
	neuronaler Ausfalltest/Orientierung	3	3	13%
	Bewegungstest mit Bewertung	3	12	52%
	entkleidet	3	2	9%
	allgemeine körperliche Untersuchung	1	0	0%
Aufklärung	Diagnose	3	5	22%
	Begründung/Erklärung des weiteren Vorgehens	3	9	39%
	alternative Empfehlungen	3	1	4%
	Chancen/Risiken der Behandlungen erklärt	3	0	0%
	sichergehen, dass Patient alles verstanden hat	3	0	0%
Beratung	Wird Wunsch nach Beratung nachgekommen	2	9	39%
	<i>shared decision making</i>	3	4	17%
	Fachbegriffe	3	15	65%
	Nachfragen beantwortet	3	14	61%
	Einsatz Bilder/Modelle	1	4	17%

Tabelle 3: Vollständigkeit der Kriterienerfüllung

## Geht „schnell und gut“?

Wir wollten bei der Auswertung wissen, ob Ärzte, die sich mehr Zeit nahmen, bessere Noten erzielten als die Schnellen. Die Untersuchungs- und Beratungszeiten lagen zwischen 7 und 20°Minuten, der Schnitt bei knapp 12 Minuten. Dabei erhielten sehr kurze und längere Beratungen identische Bewertungen. Daraus folgt: Es scheint auch unter Zeitdruck möglich zu sein, einen Patienten nach den von uns zugrunde gelegten Kriterien gut zu untersuchen und zu beraten.

## Unterschiede zwischen den Stadtteilen

Ein wichtiger Aspekt unserer Untersuchung war, ob sich die Beratung der Ärzte zwischen den Stadtteilgruppen unterscheidet. 2013 hatten wir bei Zahnärzten eindeutige Unterschiede in Bezug auf die Empfehlung von Selbstzahlerleistungen gefunden – in diesem Fall Implantate für eine Zahnlücke.<sup>19</sup>

19 (<http://www.vzhh.de/gesundheit/293054/ein-drittel-durchgefallen.aspx>)

Bei der vorliegenden Untersuchung ließ sich eine solch starke Ausprägung nicht feststellen. Alle besuchten Praxen waren modern ausgestattet, hygienisch einwandfrei (jedenfalls oberflächlich aus der Sicht der Patientin) und boten in allen Stadtteilgruppen ähnliche Zusatzleistungen an.

Note	1	2	3	4	5	Durchschnitt
Ärmere Stadtteile		1	1	2	4	4,1
Mittlere Stadtteile			4	1	2	3,7
Reichere Stadtteile		1	2	2	3	3,9
<b>Gesamt</b>		<b>2</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>3,9</b>

Tabelle 4: Verteilung der Schulnoten auf Stadtteilgruppen

Die mittleren Stadtteile schneiden geringfügig besser ab als die reichen und armen. Außerdem wurden dort häufiger Selbstzahlerleistungen empfohlen (siehe weiter unten).

Erwartungsgemäß waren in den ärmeren Stadtteilen die Wartezimmer durchweg voller. Das hatte allerdings weder einen Einfluss auf die Wartezeit (auch in augenscheinlich leeren Praxen musste die Patientin bis zu 30 Minuten warten), noch auf die Durchführung der Behandlungen. Ein deutlicher Einfluss der Sozialstruktur der Stadtteile ist in unserer Untersuchung also nicht zu sehen.

## Sind Orthopäden wirklich so schlecht?

Kann es sein, dass die Hamburger Orthopäden im Durchschnitt wirklich so schlecht sind? Wir können es nicht glauben. Daher betrachten wir die Ergebnisse noch einmal getrennt nach den zwei wesentlichen Kriteriengruppen: einerseits der rein orthopädisch-medizinischen Vorgehensweise bei der Anamnese und Untersuchung, andererseits der Aufklärung und Beratung und dem Umgang mit der Patientin.

Separat betrachtet gibt es bei diesen beiden Kriteriengruppen einige Unterschiede.

- Bei den mehr medizinischen Leistungen verbesserte sich der Notendurchschnitt von 3,91 auf 3,47. Dieser Unterschied mag vorerst nicht besonders groß erscheinen. Prüft man allerdings die Notendurchschnitte der Stadtteile einzeln, zeigt sich in den ärmeren Stadtteilen eine Verbesserung von 4,12 auf 3,37 und bei den reicheren von 3,87 auf 3,37. Bei den mittleren Stadtteilen blieb der Schnitt bei 3,71. Man sieht also, dass im Vergleich zum Gesamtergebnis bei den rein orthopädischen Sachverhalten teilweise eine leicht höhere Punktzahl erreicht wurde.
- Bei den eher „sozialen“ Kriterien wiesen alle Stadtteile einen schlechteren Schnitt auf. In der Gegenüberstellung zum orthopädischen Teil verschlechterten sich die ärmeren Stadtteile auf einen Schnitt von 4,12, die mittleren auf 4 und die reicheren auf 3,75.

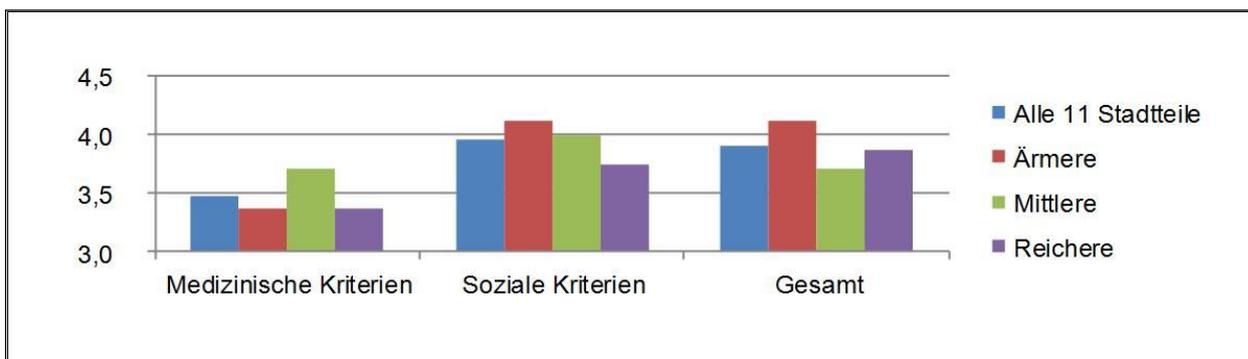


Abbildung 1: Unterscheidung in „medizinische“ und „soziale“ Kriterien

Dieses Ergebnis zeigt zum einen, dass die Anforderungen an die Beratungsqualität generell ein schlechteres Ergebnis erzielten, und zum anderen, dass der Unterschied in den armen Stadtteilen am deutlichsten wird.

Wie bereits berichtet, waren die Praxen in den Stadtteilen Harburg, Lohbrügge, Wilhelmsburg und Billstedt deutlich überlaufener als die Praxen in den reicheren Stadtteilen. Die behandelnden Ärzte dort wirkten auf die Patientin gestresster und mehr in Eile. Auch besuchte die Patientin ausschließlich in den ärmeren Stadtteilen Praxen, die ohne Terminvergabe arbeiten. Hier wartete bereits lange vor Praxisöffnung eine große Menschenmenge. Die Vermutung liegt nahe, dass ein Arzt, der um die vielen wartenden Patienten weiß, sich für den einzelnen weniger Zeit nehmen kann und will.

## Sonderauswertungen

### IGeL

Bei den Selbstzahlerleistungen ließ die Beratungsqualität stark zu wünschen übrig.

- Ein Arzt wollte den Aufklärungsbogen für eine Akupunkturbehandlung nur gegen Nachfrage herausgeben, der Preis für die Behandlung war handschriftlich darauf geschrieben und das Papier wurde der Patientin mit den Worten überreicht: „Wenn Sie es gelesen haben, können Sie es wegwerfen“. Auf dem besagten Aufklärungsbogen wurde auch über mögliche Nebenwirkungen der Akupunktur aufgeklärt.
- Ein Arzt erklärte zum Thema Akupunktur lediglich, es gebe keinerlei Nebenwirkungen.
- Zu allen angebotenen Tapeverbänden gab es keine Aufklärungen oder Hinweise auf Nebenwirkungen. Auch wurde dazu nie ein Aufklärungs- oder Kostenbogen mitgegeben.
- Zumeist erfolgten die IGeL-Angebote gegen Ende der Besuche, ohne echten Elan. Warum ein Tapeverband notwendig oder empfehlenswert sei, blieb oft wegen unzureichender und extrem knapper Erklärungen nicht nachvollziehbar.

Insgesamt wurde bei 23 Ärzten 12-mal eine IGeL empfohlen (**52%**) und 11-mal nicht. In den reichen Stadtteilen schlugen 50% der Ärzte eine individuelle Gesundheitsleistung vor (4 von 8), in den ärmeren nur 25% (2 von 8). Mit 71,4% (5 von 7 Ärzten) wurden IGeL am häufigsten in den mittleren Stadtteilen angeboten. Die Angebote waren meist Tapeverbände und Akupunktur-

turbehandlungen, einmal auch homöopathische Spritzen und eine Wärmebehandlung auf einem Wasserbett.

Preislich gab es kaum Unterschiede. Die Tapeverbände lagen bis auf eine Ausnahme (8 Euro) bei 15 Euro. Für die empfohlenen Akupunkturbehandlungen wurde teilweise kein Preis genannt, im Mittel bewegten sich die Kosten jedoch im Bereich von 30 Euro pro Sitzung.

	<b>IGeL angeboten</b>
ärmere Stadtteile	25%
mittlere Stadtteile	71%
reichere Stadtteile	50%
<b>Gesamt</b>	<b>52%</b>

*Tabelle 5: Prozentuale Verteilung der IGeL-Angebote auf die Stadtteilgruppen*

## Such- und Bewertungsportale

Wer einen Arzt sucht, nutzt heutzutage meist das Internet. Aus diesem Grund haben wir, wie erwähnt, unsere Orthopäden im Internetbranchenbuch gesucht. Häufig werden aber auch Suchportale mit Arztbewertungen zu Hilfe genommen. Eine Prüfung der fachlichen Kompetenz der Ärzte ist auf diesem Wege sicherlich nicht möglich, dennoch können sie einen ersten Anhaltspunkt geben.

Die Eindrücke unserer Patientin sowie die Endnote des jeweiligen Arztes haben wir mit zwei der größten Arztbewertungsportale im Internet (Jameda<sup>20</sup> und Weiße Liste<sup>21</sup>) verglichen.

Natürlich ist ein direkter Vergleich unmöglich, da beispielsweise ein Urteil im Portal der Weißen Liste erst ab fünf Bewertungen, bei Jameda hingegen schon ab einer einzigen Bewertung veröffentlicht wird. Vor allem die Freitextbewertungen bei Jameda entsprachen jedoch häufig den Erfahrungen unserer Patientin. Unterschiede waren zwar vorhanden, die Tendenz der Bewertungen ging aber meist in die gleiche Richtung.

Allerdings unterscheidet sich unsere Endnote zum Teil sehr von den angegebenen Bewertungen, da wir andere Kriterien anlegten als die genannten Portale. Beispielsweise wurde die Praxisausstattung mit Zeitschriften oder anderes Entertainment nicht von uns bewertet. Auch legten wir fundierte wissenschaftliche Quellen bei der Bewertung von Anamnese, Untersuchung und Beratung zugrunde. Eine solche Einschätzung kann von einem Laien normalerweise nicht erwartet werden.

## Zusammenfassung und Fazit

Mit unserem Praxistest wollten wir die Qualität des Erstbesuchs bei 23 zufällig ausgewählten Hamburger Orthopäden ermitteln – nur Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Beratung zum weiteren Vorgehen. Die eigentliche Behandlung konnte nicht Bestandteil dieser Untersuchung sein.

<sup>20</sup> (jameda GmbH, 2014)

<sup>21</sup> (Weisse Liste gemeinnützige GmbH, 2013)

Dabei ergab sich ein erschreckendes Bild: Kein einziger Orthopäde bekam die Schulnote 1, aber fast 40 Prozent fielen mit Note 5 glatt durch.

Warum waren die Ärzte so schlecht? Keiner tat alles, was er hätte tun sollen – beurteilt nicht nach unrealistischen Patientenwünschen, sondern nach objektiven Anforderungen, die etwa in Leitlinien und in der Rechtsprechung niedergelegt sind. Bei den eher sozialen Aspekten, bei der Aufklärung und Beratung zu möglichen Behandlungsalternativen, waren die Ärzte besonders schlecht.

Andererseits konnte die Patientin erleben, dass der überwiegende Teil der Ärzte zwar freundlich, jedoch so gestresst war, dass eine wirklich ausführlichere Beratung gar nicht zum Bestandteil der Behandlung werden konnte. Ein gemeinsames, partnerschaftliches Entscheiden (*shared decision making*) ist so gar nicht denkbar.

Sind Fachärzte durch Überarbeitung und den Ansturm hilfesuchender Kranker gar nicht mehr in der Lage, sich mit jedem Patienten individuell zu beschäftigen und partnerschaftlich eine Behandlung zu planen? Allerdings ergab unsere Untersuchung auch keinen konkreten Zusammenhang zwischen der Beratungsdauer und der Beratungsqualität. Es scheint ja doch möglich zu sein, auch in kurzer Zeit das Richtige zu tun. Und mit viel Zeit das Falsche.

## Forderungen

- Mehr **Leitlinien**, z.B. für das orthopädische Problem Nackenschmerz – oder deutlichere Orientierung an den Leitlinien allgemeinmedizinischer Fachgesellschaften,
- Mehr **Empathie** bei den Orthopäden, vor allem auch für Patienten mit chronischen Leiden, die nicht durch einmalige schnelle Interventionen behandelbar sind,
- Bessere und individuellere Aufklärung zu **verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten**,
- Sorgfältigere Aufklärung zu **individuellen Gesundheitsleistungen**.

## Literaturverzeichnis

- AOK Die Gesundheitskasse, 2007. *Erfolgsfaktor Kommunikation – Dokumentation einer Fachveranstaltung des AOK-Bundesverbandes*. Bonn/ Frankfurt am Main: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
- Arbeitsgemeinschaft Bundesärztekammer (BÄK) + Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2013. *Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung*. [Online]  
Available at: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de/>  
[Zugriff am 15 Januar 2014].
- Bestmann, B. & Verheyen, F., 2010. *TK.de*. [Online]  
Available at:  
<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/224246/Datei/2088/WINEG%20Wissen%20-%20Patientenzufriedenheit.pdf>  
[Zugriff am 17 Februar 2014].
- Füller, I. & Bastain, T., 2002. *Wie behandle ich meinen Arzt – Ein Leitfaden für mündige Patienten*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- hamburg.de GmbH & Co. KG, kein Datum *hamburg.de*. [Online]  
Available at: <http://www.hamburg.de/branchenbuch/hamburg/10237887/n0/>  
[Zugriff am 15 November 2013].
- Hansis, M. L. & Hansis, D. E., 1999. *Der ärztliche Behandlungsfehler – verbessern statt streiten*. Landsberg/Lech: ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG.
- Härter, M., Loh, A. & Spies, C. Hrsg., 2005. *Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte - Verlag GmbH.
- jameda GmbH, 2014. *jameda.de*. [Online]  
Available at: <http://www.jameda.de/>  
[Zugriff am 5 März 2014].
- Justus-Liebig-Universität Gießen, 2012. *uni-gießen.de*. [Online]  
Available at: [http://www.uni-giessen.de/cms/fbz/svc/hrz/svc/medien/el/notentabelle\\_intern](http://www.uni-giessen.de/cms/fbz/svc/hrz/svc/medien/el/notentabelle_intern)  
[Zugriff am 25 Februar 2014].
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014. *kbv.de*. [Online]  
Available at: <http://www.kbv.de/html/igel.php>  
[Zugriff am 16 Januar 2014].
- Martis, R. & Winkhart, M., 2010. *Arzthaftungsrecht*. Köln: Verlag Dr. Otto Schmidt KG.
- Scheibler, F., Schwantes, U., Kampmann, M. & Pfaff, H., 2005. *wido.de*. [Online]  
Available at: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_ggw/wido\\_ggw\\_aufs3\\_0105.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs3_0105.pdf)  
[Zugriff am 14 Januar 2014].
- Scherer, M. & Plat, E., 2009. <http://www.degam.de>. [Online]  
Available at: [http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-13\\_Kurzversion\\_01.pdf](http://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-13_Kurzversion_01.pdf)  
[Zugriff am 13 Januar 2014].
- Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 2012. *statistik-nord.de*. [Online]  
Available at: [http://www.statistik-nord.de/uploads/tx\\_standdocuments/NR13\\_Stadtteil-Profile\\_2012.pdf](http://www.statistik-nord.de/uploads/tx_standdocuments/NR13_Stadtteil-Profile_2012.pdf)  
[Zugriff am 15 November 2013].
- Verbraucherzentrale Hamburg e.V., 2011. *Wie finde ich den richtigen Arzt?*
- Weisse Liste gemeinnützige GmbH, 2013. *weisse Liste – Wegweiser im Gesundheitswesen*. [Online]  
Available at: <http://www.weisse-liste.de/>  
[Zugriff am 7 März 2014].
- Wirth, C. J., 1992. *Praxis der Orthopädie*. Stuttgart: Thieme.
- Wirth, C. J., 2013. *Praxis der Orthopädie und Unfallchirurgie*. Stuttgart: Thieme.
- Zok, K., 2013. *wido.de*. [Online]  
Available at: [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_wido\\_monitor/wido\\_mon\\_ausg1-2013\\_0313.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wido_mon_ausg1-2013_0313.pdf)  
[Zugriff am 17 Januar 2014].