

Begleitete Patient:innen in der hausärztlichen Sprechstunde

Vera Kalitzkus, Franziska Randerath, Sabrina Hoppe & Stefan Wilm

Article - Version of Record



Suggested Citation:

Kalitzkus, V., Randerath, F., Hoppe, S., & Wilm, S. (2024). Begleitete Patient:innen in der hausärztlichen Sprechstunde: Patient:innen mit/ohne türkischen Migrationshintergrund im Vergleich. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 100(3), 150–157. <https://doi.org/10.1007/s44266-023-00170-9>

Wissen, wo das Wissen ist.

This version is available at:

URN: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:061-20241219-102523-3>

Terms of Use:

This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License.

For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Z Allg Med 2024 · 100:150–157
<https://doi.org/10.1007/s44266-023-00170-9>
Angenommen: 3. Dezember 2023
Online publiziert: 25. Januar 2024
© The Author(s) 2024



Begleitete Patient:innen in der hausärztlichen Sprechstunde

Patient:innen mit/ohne türkischen Migrationshintergrund im Vergleich

Vera Kalitzkus · Franziska Randerath · Sabrina Hoppe · Stefan Wilm
Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland

Zusammenfassung

Die hausärztliche Konsultation wird gewöhnlich als Interaktion zwischen zwei Personen verstanden. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass ein Großteil der Patient:innen aber begleitet zur hausärztlichen Sprechstunde erscheint. Weder Häufigkeit der Mitnahme einer Begleitperson noch etwaige Zusammenhänge mit dem kulturellen Hintergrund wurden bisher für den deutschsprachigen Raum untersucht. Im Jahr 2018 wurde eine explorative Studie in sechs städtischen Hausarztpraxen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt (numerische Erfassung von Patient:innen mit/ohne Begleitung in der Sprechstunde; leitfadengestützte Befragung begleiteter Patient:innen nach der Konsultation). Von allen erfassten Patient:innen ($n = 1155$) wurden 27 % (95%-Konfidenzintervall, 95%-KI: 24,31–29,41) begleitet. Zwischen dem Vorliegen eines türkischen Migrationshintergrunds (MH) und der Mitnahme einer Begleitperson besteht ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2(2) = 92,37; p < 0,01$). Patient:innen mit türkischem MH wurden mit 47 % (95%-KI = 41,64–52,98) häufiger begleitet als Patient:innen ohne MH (19 %; 95%-KI = 16,38–21,95). Von allen erfassten Patient:innen konnte mit 124 begleiteten Patient:innen ein Kurzinterview geführt werden. Das Durchschnittsalter der interviewten begleiteten Patient:innen lag bei 50 Jahren. Frauen wurden mit 67 % deutlich häufiger begleitet als Männer. Die Begleitpersonen stammten fast ausschließlich aus dem Kreis der Familie. Etwas über die Hälfte der Begleitpersonen waren Frauen. Der überwiegende Teil der Begleitpersonen war selbst Patient:in in dieser Hausarztpraxis und wies zu 60 % einen eigenen Behandlungsanlass in dieser Konsultation auf. Die Motive zur Mitnahme einer Begleitperson betrafen die Bereiche *Organisation, Kommunikation* und *soziale Unterstützung*. Prominent vertreten war der Wunsch, die *Familie in das Krankheitsgeschehen einzubeziehen, emotionaler Beistand* sowie *Unterstützung in der Kommunikation*. Begleitete Patient:innen ohne/mit türkischem MH unterscheiden sich aber kaum in Bezug auf die genannten Motive.

Schlüsselwörter

Arzt-Patient-Beziehung · Begleitpersonen · Kultursensibilität · Familienmedizin · Familienmitglieder

Fragestellung

Die hausärztliche Konsultation wird üblicherweise als Begegnung von und Interaktion zwischen zwei Personen verstanden. Studien aus anderen Ländern zeigen, dass ein Großteil der Patient:innen aber begleitet zur hausärztlichen Sprechstunde erscheint [1–4]. Zudem sind Unterschiede in der Nutzung medizinischer Angebo-

te durch Patient:innen unterschiedlicher kultureller Herkunft nachgewiesen [5–8]. Weder Häufigkeit der Mitnahme noch Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund (MH) und Mitnahme einer Begleitperson wurden bisher für den deutschsprachigen Raum untersucht. Die vorliegende Studie fokussiert auf Patient:innen mit türkischem MH, da sie die größte Bevölkerungsgruppe mit Migrationshintergrund in



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Deutschland darstellt und in der Praxis häufiger in Begleitung erscheinen als Patient:innen ohne MH.

Die für die hausärztliche Tätigkeit zentralen Forschungsfragen sind folgende:

- Wie häufig erscheinen Patient:innen begleitet in der hausärztlichen Sprechstunde?
- Gibt es einen Zusammenhang zwischen türkischem MH und der Mitnahme einer Begleitperson?
- Welches soziodemografische Profil haben Patient:innen und ihre Begleitpersonen?
- Welche Motive haben Patient:innen zur Mitnahme einer Begleitperson?
- Wie schätzen Patient:innen die Begleitung bei der hausärztlichen Sprechstunde ein?

Methoden

Es wurde eine explorative Studie in städtischen Hausarztpraxen in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, die aus einer konsekutiven numerischen Erfassung von Patient:innen mit/ohne Begleitung in der Sprechstunde sowie einer leitfadengestützten Befragung der begleiteten Patient:innen nach ihrer Konsultation bestand. Die Erhebung fand – nach einer je eintägigen Pilottestung in zwei Praxen – in hausärztlichen Praxen für je eine Woche statt, wobei ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Hausarzt:innen mit/ohne türkischem MH angestrebt war. Eine Fallzahlberechnung war für eine explorative Studie nicht erforderlich.

Die konsekutive Zählung aller Patient:innen mit/ohne Begleitung wurde jeweils durch eine medizinische Fachangestellte der beteiligten Praxen während der Sprechstundenzeit durchgeführt. Dabei wurde auch der Migrationsstatus durch die medizinische Fachangestellte erfragt. Der Definition des Statistischen Bundesamtes folgend liegt dieser bei einer Person vor, „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ [9]. Für die Häufigkeit der Begleitung von Patient:innen wurden 95%-Konfidenzintervalle (95%-KI) berechnet. Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen eines MH und der Mitnahme einer

Begleitperson wurde mit Chi-Quadrat-Test untersucht.

In die Interviewstudie eingeschlossen wurden alle Patient:innen ab einem Alter von 16 Jahren, die im Erhebungszeitraum mit einer Begleitperson die hausärztliche Sprechstunde aufsuchten und zur Studienteilnahme bereit waren. Ausgeschlossen wurden Patient:innen mit demenziellen Erkrankungen, Minderjährige ohne Begleitung eines/einer Erziehungsberechtigten, und ohne für die Befragung ausreichende Deutschkenntnisse (Selbsteinschätzung der Patient:innen). Mangelnde Sprachkenntnisse sind unabhängig vom kulturellen Hintergrund ein häufiger Grund für die Mitnahme einer Begleitperson. Die Besonderheiten von Konsultationen mit Sprachmittlung und wie diesen in der Praxis begegnet werden kann, sind gut untersucht [10–12]. Das Anliegen der vorliegenden Studie war, etwaige *kulturelle Unterschiede* in Häufigkeit und Motivation für die Mitnahme einer Begleitperson zwischen Menschen ohne und Menschen mit türkischem MH zu untersuchen. Sprachschwierigkeiten gehören hier per se nicht dazu und hätten die Ergebnisse hinsichtlich Häufigkeit und Motivation verzerrt. Wie Schinkel et al. darlegen, kann das Fehlen einer gemeinsamen Sprache das Gefühl von Diskriminierung verstärken und damit auch die Bedeutung unterschiedlicher kultureller Werte zwischen Ärzt:innen und Patient:innen [13]. Uns ist bewusst, dass wir damit eine Teilgruppe der Patient:innen mit türkischem MH nicht erfasst haben.

Mit allen dazu bereiten Patient:innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, wurde von der Studiendurchführenden, der in Interviewtechnik trainierten Franziska Randerath eine im Mittel fünfminütige retrospektive leitfadengestützte Befragung [14, 15] durchgeführt (ohne Anwesenheit der Begleitperson). Neben soziodemografischen Daten (auch des MH) von Patient:in und Begleitperson (anamnestisch von Patient:in) sowie einer Kurzanamnese zum Beratungsanlass und etwaigen chronischen Erkrankungen wurde nach den Gründen für die und dem Erleben der Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Sprechstunde gefragt. Die Antworten wurden direkt auf dem Dokumentationsbogen schriftlich festge-

halten [16]. Der aus der Literatur und aus hausärztlichen Erfahrungen entwickelte, pilotierte Leitfaden beinhaltete folgende Fragen:

- Sie kamen heute in Begleitung zu Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt. Würden Sie mir die Gründe dafür nennen?
- Gibt es noch weitere Gründe?
- Wie war es für Sie, eine Begleitperson dabei zu haben?

Bereits auf dem Dokumentationsbogen zum Ankreuzen aufgenommen waren folgende Kategorien:

- *Organisation*:
() Hilfe beim Transport, () Koordination der Medikation, () Koordination des Arztbesuchs
- *Kommunikation*:
() Übersetzung, () Unterstützung beim Ausdrücken von Bedenken, () Verstehen von Informationen, () Bewertung von Informationen, () Erinnerung an Informationen, () Entscheidungshilfe
- *Sozialer Beistand*:
() emotionaler Beistand, () Gefühl der Sicherheit beim Arztbesuch, () Einbeziehung der Familie bei der Bewältigung von Krankheiten, () Begleitung wurde durch Begleitperson initiiert, () Begleitung wurde durch Patient:in initiiert, () Gewohnheit zum gemeinsamen Besuch von Arztterminen.

Um sprachliche Missverständnisse zu vermeiden, wurden die Studieninformationen/Einwilligungs- und Datenschutzerklärung auch auf Türkisch vorgehalten.

Die Auswertung der Befragung erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [17] und orientierte sich an zwei Hauptfragen: *Motive* der Patient:innen für die Mitnahme einer Begleitperson und *Bewertung* der Patient:innen der Begleitung bei der hausärztlichen Sprechstunde. Dazu wurde in der interdisziplinären Arbeitsgruppe stufenweise ein Kategoriensystem entwickelt. Die Ergebnisse werden deskriptiv dargestellt.

Tab. 1 Alter der begleiteten Patient:innen ^a				
Herkunft	Patient:innen ohne MH	Patient:innen mit türkischem MH	Patient:innen anderer Herkunft	Gesamt
Anzahl	62	36	9	107
<i>Alter</i>				
Mittelwert/Median	58,8/66	31,1/31,5	50,3/58	50,1/53
Unter 18 Jahre	1 (2%)	1 (3%)	–	2 (2%)
18–29 Jahre	12 (19%)	16 (44%)	2 (22%)	30 (28%)
30–39 Jahre	3 (5%)	5 (14%)	2 (22%)	10 (9%)
40–49 Jahre	4 (6%)	6 (17%)	–	10 (9%)
50–59 Jahre	7 (11%)	4 (11%)	1 (11%)	12 (11%)
60–69 Jahre	7 (11%)	4 (11%)	1 (11%)	12 (11%)
70–79 Jahre	14 (23%)	–	3 (33%)	17 (16%)
80–89 Jahre	13 (21%)	–	–	13 (12%)
90–99 Jahre	1 (2%)	–	–	1 (1%)

^aAlle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews, die Prozentangaben auf die Gesamtanzahl der Patient:innen und Begleitpersonen. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn die Patient:innen mit mehr als einer Begleitperson kamen. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100%

Ergebnisse

Im Frühjahr 2018 fand eine je einwöchige Erhebung in sechs städtischen hausärztlichen Praxen statt. Das Verhältnis von Ärzt:innen ohne ($n=3$, davon 2 männlich) und Ärzt:innen mit türkischem MH ($n=3$, davon 2 männlich) war ausgeglichen.

Von allen im Erhebungszeitraum erfassten Patient:innen in den sechs Praxen ($n=1155$) wurden 27% ($n=309$, 95%-KI = 24,31–29,41) begleitet. Von diesen 1155 Patient:innen hatten $n=313$ einen türkischen MH und $n=44$ einen anderen MH.

Der Anteil der Patient:innen mit türkischem MH ($n=313$) fiel in den Praxen, die von Ärzt:innen mit türkischem MH geführt wurden, mit 40% ($n=257$) deutlich höher aus als in den Praxen von Ärzt:innen ohne MH ($n=56$; 11%). Patient:innen mit türkischem MH integrierten mit 47% (95%-KI = 41,64–52,98) häufiger eine Begleitperson als Patient:innen ohne MH ($n=798$), die in 19% (95%-KI = 16,38–21,95) der Fälle begleitet wurden. Zwischen türkischem MH und der Mitnahme einer Begleitperson besteht ein signifikanter Zusammenhang ($\chi^2(2) = 92,37$; $p < 0,01$).

Aufgrund des höheren Anteils von Patient:innen mit türkischem MH in Praxen von Ärzt:innen mit türkischem MH tritt das Phänomen begleiteter Patient:innen dort mit 31% ($n=195$) häufiger auf als in Praxen von Ärzt:innen ohne MH (22%; $n=114$).

Von den 309 begleiteten Patient:innen im Erhebungszeitraum konnte mit 124 Pa-

tient:innen ein Kurzinterview geführt werden (bei $n=185$ war dies aufgrund organisatorischer Aspekte, Ablehnung des Interviews seitens der Patient:innen oder anderer Ausschlusskriterien [s. oben] nicht möglich). Es wurden 17 Interviews von der Auswertung ausgeschlossen, als sich herausstellte, dass die Einschlusskriterien nicht erfüllt waren (z. B. Vorliegen einer demenziellen Erkrankung oder Erscheinen zum Interview vor der ärztlichen Konsultation). Alle folgenden Daten beziehen sich damit auf 107 interviewte Personen.

Welche Patient:innen erschienen in Begleitung in der hausärztlichen Sprechstunde? Und von wem wurden sie begleitet?

Soziodemografische Charakteristika der interviewten begleiteten Patient:innen

Das Durchschnittsalter aller interviewten begleiteten Patient:innen lag bei 50 Jahren. Das Durchschnittsalter der Patient:innen ohne MH lag mit knapp 59 Jahren deutlich über dem der Patient:innen mit türkischem MH, das nur 31 Jahre betrug. Zwei Altersgruppen der begleiteten Patient:innen waren am stärksten vertreten: die 18- bis 29-Jährigen ($n=30$; 28%) und die 70- bis 79-Jährigen ($n=17$; 16%). Die Altersverteilung unterscheidet sich zwischen den Patient:innen ohne und mit türkischem MH. Bei den Patient:innen ohne MH waren die 70- bis 79-Jährigen sowie die 80- bis 89-Jährigen am häufigsten vertreten. Bei den

Patient:innen mit türkischem MH lag die Altersgruppe von 18- bis 29-Jährigen mit 44% deutlich höher als bei der Gruppe ohne MH (19%) (■ Tab. 1).

Auffällig ist, dass in der Gruppe der begleiteten Patient:innen mit türkischem MH keine Person über 70 Jahre alt war, in der Gruppe der Patient:innen ohne MH dies jedoch die am häufigsten vertretene Altersgruppe war. Die Gründe zur Ablehnung der Teilnahme wurden nicht erfasst, bleiben also unbekannt. Es liegt jedoch die Vermutung nahe, dass dies an den geringeren Deutschkenntnissen und dem geringeren Zutrauen der älteren Patient:innen mit türkischem MH für ein solches Interview liegt.

Frauen wurden insgesamt mit 67% ($n=72$) deutlich häufiger begleitet als Männer ($n=35$). Hier unterscheiden sich beide Patient:innengruppen (ohne/mit türkischem MH) kaum. Über die Hälfte der interviewten begleiteten Patient:innen insgesamt (und mit nur graduellen Unterschieden zwischen beiden Gruppen) war verheiratet ($n=57$; 53%) und hatte eigene Kinder ($n=65$; 61%). Das Verhältnis von Patient:innen mit Haupt-/Volksschulabschluss ($n=37$; 35%) zu Patient:innen mit Realschulabschluss ($n=28$; 26%) oder Abitur/Fachhochschulreife ($n=36$; 34%) war in etwa ausgewogen ($n=6$ mit keinem/anderem Schulabschluss).

54 (50%) der Patient:innen gaben an, unter einer Krankheit oder mehreren chronischen Krankheiten zu leiden. 53 (50%) wiesen keine chronische Erkran-

Tab. 2 Wer begleitet wen? ^a				
Herkunft	Patient:innen ohne MH	Patient:innen mit türkischem MH	Patient:innen anderer Herkunft	Gesamt
Anzahl	62	36	9	107
<i>Wer begleitet wen?</i>				
Gegenseitige Begleitung	4 (6 %)	9 (25 %)	1 (11 %)	14 (13 %)
Begleitung aus Gewohnheit	38 (61 %)	29 (81 %)	8 (89 %)	75 (70 %)
Begleitperson bleibt gleich	44 (71 %)	20 (56 %)	8 (89 %)	72 (67 %)
Begleitperson wechselt	18 (29 %)	16 (44 %)	1 (11 %)	35 (33 %)

^aAlle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews, die Prozentangaben auf die Gesamtanzahl der Patient:innen und Begleitpersonen. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn die Patient:innen mit mehr als einer Begleitperson kamen. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %

Tab. 3 Begleitperson selbst Patient:in in der Praxis ^a				
Herkunft	Begleitpersonen ohne MH	Begleitpersonen mit türkischem MH	Begleitpersonen anderer Herkunft	Gesamt
Gesamt	66	39	8	113
<i>Begleitperson selbst Patient:in in der Praxis</i>				
Ja	59 (89 %)	34 (87 %)	4 (50 %)	97 (86 %)
Nein	7 (11 %)	5 (13 %)	4 (50 %)	16 (14 %)
<i>Vorhandensein eines Behandlungsanlasses?</i>				
Ja	38 (58 %)	27 (69 %)	3 (38 %)	68 (60 %)
Nein	28 (42 %)	12 (31 %)	5 (63 %)	45 (40 %)

^aAlle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews, die Prozentangaben auf die Gesamtanzahl der Patient:innen und Begleitpersonen. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn die Patient:innen mit mehr als einer Begleitperson kamen. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %

kung auf. Unter den genannten chronischen Krankheiten waren zweimal (3 %) die Nennung Neubildungen, einmal (2 %) die Angabe Krankheiten des Blutes/der blutbildenden Organe vertreten, und 19 (32 %) aller Patient:innen führten endokrine Erkrankungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten an. Einmal (2 %) wurden psychische Störungen und Verhaltensstörungen genannt. Krankheiten des Nervensystems fanden viermal (7 %) Erwähnung, Krankheiten des Kreislaufsystems zehnmal (17 %), und zwölf (2 %) der Patient:innen gaben Krankheiten des Atmungssystems an. Krankheiten des Verdauungssystems wurden dreimal (5 %) angegeben, einmal (2 %) Krankheiten der Haut und der Unterhaut. Beschwerden des Muskel-Skelett-Systems begleiten vier (7 %) aller Befragten als chronische Erkrankung, Krankheiten des Urogenitalsystems wurden einmal (2 %) genannt. Chronische Erkrankungen, die unter 38 Allgemeinsymptome zu fassen sind, waren einmal (2 %) präsent.

67 % der interviewten Patient:innen ($n=72$) gaben an, meist von derselben Person in die hausärztliche Sprechstunde begleitet zu werden. 13 % der ausgewerteten Interviews ließen einen Rückschluss

auf eine gegenseitige Begleitung zu. Ein großer Teil der Patient:innen (70 %) gab an, sich aus Gewohnheit zur hausärztlichen Sprechstunde begleiten zu lassen (■ Tab. 2).

Soziodemografische Charakteristika der Begleitpersonen

Die Angaben zu den Begleitpersonen wurden anamnestisch von den Patient:innen erhoben. Zwei Altersgruppen der Begleitpersonen (Durchschnittsalter: 50 Jahre) der interviewten Patient:innen ($n=113$, 6 Patient:innen wurden von zwei Personen begleitet) waren am häufigsten vertreten: die 18- bis 29-Jährigen ($n=26$; 23 %) und die 50- bis 59-Jährigen ($n=20$; 18 %). Die Unterschiede zwischen Begleitpersonen ohne und Begleitpersonen mit türkischem MH waren marginal. 62 % der Begleitpersonen insgesamt waren Frauen, ihr Anteil lag in der Gruppe der Begleitpersonen mit türkischem MH noch höher ($n=27$ von 39; 69 %; ■ Tab. 3). Das Verhältnis von allen Begleitpersonen mit Haupt-/Volksschulabschluss ($n=39$; 35 %) zu Begleitpersonen mit Abitur/Fachhochschulreife ($n=35$; 31 %) war insgesamt in etwa ausgewogen. Ein Re-

alschulabschluss ($n=15$; 13 %) lag bei Begleitpersonen weniger häufig vor ($n=24$ ohne Angabe oder mit anderen Schulabschlüssen).

Mit nur graduellen Unterschieden zwischen der Gruppe ohne und der Gruppe mit türkischem MH stammten die Begleitpersonen fast ausschließlich aus dem Kreis der Familie ($n=107$ von 113; 95 %). Nur wenige kamen aus dem nahen Bekanntenkreis ($n=6$; 5 %). In der Gruppe der Patient:innen ohne MH ($n=62$) waren die Begleitpersonen zumeist die Ehepartner:innen. Patient:innen mit türkischem MH waren am häufigsten Töchter in Begleitung ihrer Mutter ($n=15$; 37 %), gefolgt von Frauen in Begleitung meist ihrer Tochter ($n=8$; 20 %). Väter und Söhne spielen als Begleitperson in beiden Gruppen eine marginale Rolle.

Der überwiegende Teil der Begleitpersonen war selbst Patient:in in dieser Hausarztpraxis ($n=97$; 86 %) und wies zu 60 % ($n=68$) – in der Untergruppe mit türkischem MH sogar zu 69 % – einen eigenen Behandlungsanlass in dieser hausärztlichen Sprechstunde auf (■ Tab. 3).

Tab. 4 Aufgaben der Begleitpersonen (BP) aus Sicht der Patient:innen
Organisation
<i>Organisation des Sprechstundenbesuchs</i>
Hilfe beim Transport, Koordination Arztbesuch
<i>Organisation des Krankheitsgeschehens</i>
Koordination Medikamente, einfachere Koordination durch gemeinsame Konsultation
<i>Wer entscheidet über eine Begleitung?</i>
Begleitung durch BP initiiert, Begleitung durch Pat. initiiert, gemeinsame Entscheidung
Kommunikation
<i>Hilfe im Gespräch</i>
Übersetzung im Gespräch, Hilfe bei der Äußerung von Anliegen
<i>Gemeinsamer Umgang mit Erkrankung</i>
Retrospektiver Austausch zwischen Pat. und BP, Hilfe bei der Entscheidungsfindung
<i>Hilfe beim Umgang mit Informationen</i>
Verstehen von Informationen, Bewertung von Informationen, Erinnerung von Informationen, Bessere Aufnahme von Informationen
Soziale Unterstützung
<i>Psychosoziale Unterstützung</i>
Emotionale Unterstützung, Sicherheitsgefühl
<i>Krankheitsbewältigung</i>
Familieneinbezug, gemeinsame Krankheitsbewältigung

Motive zur Mitnahme von Begleitpersonen in die hausärztliche Sprechstunde

Die Auswertung der Befragung der 107 interviewten Patient:innen ergab die drei Hauptkategorien *Organisation*, *Kommunikation* und *soziale Unterstützung* als Motive zur Mitnahme einer Begleitperson, die in weitere Unterkategorien aufgeschlüsselt wurden (■ Tab. 4). Für eine ausführliche Beschreibung der einzelnen Unterkategorien s. Randerath (2022) [16].

Die Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Konsultation war überwiegend dadurch motiviert, die *Familie in das Krankheitsgeschehen einzubeziehen*, *emotionalen Beistand in der Konsultation* sowie *Unterstützung in der Kommunikation* mit der Ärztin/dem Arzt zu haben. Bei einem Drittel der Befragten war Unterstützung bei *Verständnis*, *Be-*

Tab. 5 Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation aus Sicht der Patient:innen ^a				
Herkunft	Patient:innen ohne MH	Patient:innen mit türkischem MH	Patient:innen anderer Herkunft	Gesamt
Anzahl	62	36	9	107
<i>Einschätzung der Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation durch die Patient:innen</i>				
Positive Auswirkung	54 (87 %)	32 (89 %)	8 (89 %)	94 (88 %)
Negative Auswirkung	2 (3 %)	2 (6 %)	1 (11 %)	5 (5 %)
Neutrale Auswirkung	6 (10 %)	2 (6 %)	–	8 (7 %)
Begleitung unverzichtbar	11 (18 %)	3 (8 %)	2 (22 %)	16 (15 %)
^a Alle Angaben beziehen sich auf die Daten der 107 ausgewerteten Interviews, die Prozentangaben auf die Gesamtanzahl der Patient:innen und Begleitpersonen. Mehrfachnennungen waren möglich, wenn die Patient:innen mit mehr als einer Begleitperson kamen. Die Gesamtzahl in % ist aufgrund von Rundungsdifferenzen nicht gleich 100 %				

wertung, Erinnerung und Diskussion von Informationen ausschlaggebend. Außerdem gehörten dazu aus der Kategorie Kommunikation *Hilfe beim Formulieren*, *Hilfe bei der Entscheidungsfindung* sowie *gemeinsame Reflexion nach der Sprechstunde*. Weitere häufig genannte Motive waren zudem organisatorische Gründe wie *Hilfe beim Transport* und beim *Krankheitsmanagement*. Zwischen der Gruppe der Patient:innen ohne und der Gruppe der Patient:innen mit türkischem MH liegen bezüglich der Motivation zur Mitnahme einer Begleitperson nur graduelle Unterschiede vor.

Auswirkung der Begleitung auf die Konsultation aus Sicht der Patient:innen

Die Auswirkungen der Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Sprechstunde wurden überwiegend als positiv ($n=94$ von 107; 88%) beschrieben. Etwa 15% empfanden ihre Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde als unverzichtbar. Die Unterschiede in der Einschätzung der Auswirkung der Begleitperson auf die Konsultation zwischen den Gruppen ohne und mit türkischem MH waren marginal (■ Tab. 5).

Diskussion

Die vorliegende explorative Studie ist nicht repräsentativ und ihr Ergebnis deshalb nur eingeschränkt aussagefähig bezüglich der Mitnahme von Begleitpersonen in die hausärztliche Sprechstunde in Deutsch-

land insgesamt. Die hier festgestellte *Häufigkeit einer begleiteten Konsultation* von 27% aller Patient:innen könnte sich deutschlandweit als niedriger herausstellen. Denn der Anteil von Patient:innen mit türkischem MH, die deutlich häufiger begleitet wurden als Patient:innen ohne MH, lag in der vorliegenden Studie höher als im bundesdeutschen Gesamtkollektiv. Aber auch 19% der Patient:innen ohne MH wurden in unserer Studie begleitet.

Studien aus anderen Ländern zu Patient:innen im primärmedizinischen Bereich beobachteten eine Begleitung von 16 bis 30% der Patient:innen [1, 3, 18]. Eine Studie mit Fokus auf die Primärversorgung chronisch kranker Patient:innen in den USA stellte sogar eine Begleiterraten von 48% fest [4]. Sprachmittlung wurde in diesen Studien nicht als Grund zur Mitnahme einer Begleitperson benannt. Wenngleich bis dato keine repräsentativen Daten für Deutschland oder andere Länder vorliegen, deuten die Ergebnisse der vorliegenden Studie sowie der anderen Studien zum Thema auf ein häufig in hausärztlichen Praxen anzutreffendes Phänomen hin.

In der Diskussion der *Motive zur Mitnahme einer Begleitperson* beschränken wir uns auf die meist genannten und verzichten auf den Vergleich zwischen beiden Patient:innengruppen, da – wie bereits dargelegt – die Motive sich zwischen beiden Gruppen kaum unterscheiden [16]. Das meist genannte Motiv zur Mitnahme einer Begleitperson, die *Familie in das Krankheitsgeschehen mit einzubeziehen*, wird durch Studien aus anderen Ländern

[19] und anderen medizinischen Settings [20] bestätigt. Auch der in dieser Studie zweithäufigste Grund zur Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Sprechstunde, die *emotionale Unterstützung*, wird in anderen Studien aufgeführt [1, 21, 22], ebenso wie *Hilfe beim Transport* [1, 21]. Das Phänomen *gegenseitiger Begleitung*, das heißt einer gemeinsamen Konsultation mit Behandlungsanlässen von sowohl Patient:in als auch Begleitperson, wird ebenfalls in anderen Studien diskutiert [23, 24]. Dies lässt den Schluss zu, dass Begleitperson und Patient:in manchmal (in unserer Studie bei 13%) keine starre Rollenverteilung haben, sondern diese *selbst während der Konsultation* dynamisch wechseln kann.

Begleitete Patient:innen ohne und mit türkischem MH (mit guten Deutschkenntnissen) unterscheiden sich zwar hinsichtlich der *Häufigkeit* der Mitnahme einer Begleitperson, ihres Alters, ihres Bildungsstands und der familiären Beziehung zu ihrer Begleitperson, jedoch kaum in Bezug auf die genannten *Motive* und die *positive Bewertung* der Begleitung in der hausärztlichen Sprechstunde.

Limitationen

Limitationen dieser Studie ergaben sich durch die begrenzte Interviewbereitschaft der Patient:innen und eine dadurch mögliche Verzerrung eines Teils der erhobenen Daten. Insbesondere die hohe Zahl an jüngeren begleiteten Patient:innen in der Gruppe mit türkischem MH könnte darin begründet liegen. Viele ältere Patient:innen mit türkischem MH nahmen aufgrund objektiv eingeschränkter (Ausschlusskriterium) oder nach Selbsteinschätzung ungenügenden Deutschkenntnissen nicht an der Interviewstudie teil, sodass bezogen auf die Grundgesamtheit die Verteilung der Altersgruppen wie auch die Gewichtung der Motive zur Mitnahme einer Begleitperson abweichen können. Es besteht die Möglichkeit, dass sich in der Gruppe der Patient:innen mit Sprachmittlungsbedarf Motive finden lassen könnten, die von der untersuchten Gruppe abweichen, insbesondere wenn sie noch aus der ersten Einwanderergeneration stammen [25, 26]. Wir schätzen dies jedoch als wenig wahrscheinlich ein.

Die vorliegende Studie erfasste die Perspektive begleiteter Patient:innen und kann deshalb keine Aussagen über die hausärztliche Perspektive auf die Anwesenheit von Begleitpersonen in der Sprechstunde machen, ebenso wenig wie über die tatsächlich durch die Begleitpersonen während der Konsultation wahrgenommenen Aufgaben und ihre Auswirkungen auf die Konsultation. Auch sind keine Rückschlüsse der Begleitung auf Länge der Konsultation, interaktive Dynamik oder prozentuale Gesprächsanteile der Beteiligten möglich. Diese Aspekte, ebenso wie die Untersuchung des Phänomens in Hausarztpraxen im *ländlichen* Raum, sollten Gegenstand weiterer Forschung sein.

Ausblick

Einen integralen Bestandteil der allgemeinen medizinischen Primärversorgung stellt die Familienmedizin dar, in der Patient:innen im Kontext der Familie und unter Berücksichtigung des familiären Umfelds betrachtet und behandelt werden [27]. Eine repräsentative Bevölkerungsbefragung im Jahr 2020 zeigte, dass sich 46% der Bevölkerung in Deutschland die Behandlung vieler oder aller Familienmitglieder in ein und derselben Hausarztpraxis wünschen [28]. Dieser Wunsch scheint sich bei der Mehrheit der hier befragten begleiteten Patient:innen darin zu zeigen, die Familie in die eigene Behandlung und Konsultation einbinden zu wollen, und dass die Begleitpersonen primär aus dem Kreis der Familie stammten. Hervorzuheben ist die gleiche Motivation zur Mitnahme einer Begleitung unabhängig von einem türkischen MH, sobald *kein* Sprachmittlungsbedarf durch die Begleitung notwendig ist. Die Familie spielt also in Krankheitsbewältigung und -management eine große Rolle. Sie ist zudem öfters in der hausärztlichen Sprechstunde mit anwesend. Da die Begleitpersonen in beiden Gruppen fast immer aus dem familiären Umfeld stammten, ergibt sich durch die Begleitung eine Chance für die Umsetzung des familienmedizinischen Ansatzes in der hausärztlichen Praxis. Die Mitnahme einer Begleitperson meist aus der Familie erleichtert den behandelnden Hausärzt:innen die Umsetzung

einer familienmedizinischen Arbeitsweise durch die physische Anwesenheit eines Familienmitglieds und ist hilfreich für eine kontextgerechte Behandlung. Das Phänomen einer Sprechstunde „zu dritt“ ist so häufig, dass hausärztliche Praxen sich auf die kommunikativen Besonderheiten und das Potenzial zur Nutzung der Anwesenheit einer Begleitperson gezielt vorbereiten sollten.

Fazit für die Praxis

- Ein erheblicher Teil von Patient:innen erscheint in Begleitung in der hausärztlichen Sprechstunde – sowohl ohne als auch mit türkischem Migrationshintergrund (MH).
- Begleitpersonen sind fast immer Familienmitglieder, davon mehr als die Hälfte mit eigenem Behandlungsanlass.
- Die Motive zur Mitnahme einer Begleitperson in die hausärztliche Sprechstunde unterscheiden sich nicht zwischen Patient:innen ohne und Patient:innen mit türkischem MH (mit guten Deutschkenntnissen).
- Hausärzt:innen sollten bei begleiteten Patient:innen, vor allem bei gegenseitiger Begleitung, ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation in der Sprechstunde haben.
- Patient:innen in Begleitung in der Sprechstunde bergen ein großes Potenzial für einen familienmedizinischen Ansatz in der hausärztlichen Versorgung.

Korrespondenzadresse



Dr. Vera Kalitzkus

Institut für Allgemeinmedizin (ifam),
Universitätsklinikum Düsseldorf
Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf,
Deutschland
vera.kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. V. Kalitzkus, F. Randerath, S. Hoppe und S. Wilm geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Die Autorinnen und der Autor haben „Familiemedizin“ als einen ihrer Forschungsschwerpunkte.

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen oder an menschlichem Gewebe wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Ein positives Ethikvotum wurde im April 2018 von der Ethikkommission Düsseldorf (2018-6) erteilt. Von allen beteiligten Patient:innen liegt eine Einverständniserklärung vor.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Schilling LM, Scatena L, Steine JF, Albertson GA, Lin CT, Cyran L et al (2002) The third person in the room: frequency, role, and influence of companions during primary care medical encounters. *J Fam Pract* 51(8):685–690
- Wolff JL, Boyd CM, Gitlin LN, Bruce ML, Roter DL (2012) Going it together: persistence of older adults' accompaniment to physician visits by a family companion. *J Am Geriatr Soc* 60(1):106–112
- Turabian JL, Cucho-Jove R, Minier-Rodriguez LE, Rodriguez-Almonte FE, Moreno-Ruiz S, Villarín-Castro A (2016) Epidemiology of companions of the patients in family medicine: making the invisible visible. *Health Educ Care* 1(2):37–40
- Rosland AM, Piette JD, Choi W, Heisler M (2011) Family and friend participation in primary care visits of patients with diabetes or heart failure. *Med Care* 49(1):37–45
- Kohls M, Forschungsbericht / Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ), 9), Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ) (2011) Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssaar-259992>. Zugegriffen: 6. Apr. 2023
- Yilmaz-Aslan Y, Tugba A, Razum O, Brzoska P (2018) Die Bedeutung subjektiver Krankheitsvorstellungen in der Gesundheitsversorgung am Beispiel von Menschen mit (türkischem) Migrationshintergrund. *Ethik Med* 30:237–250
- Brzoska P (2018) Disparities in health care outcomes between immigrants and the majority population in Germany: a trend analysis, 2006–2014. *PLoS ONE* 13(1):e191732. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191732>
- Brzoska P, Razum O (2016) Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus sozial-epidemiologischer Sicht. In: Jungbauer-Gans M, Kriwy P (Hrsg) *Handbuch Gesundheitssoziologie*. Springer Reference Sozialwissenschaften. Springer VS, Wiesbaden https://doi.org/10.1007/978-3-658-06477-8_17-1
- Statistisches Bundesamt (2020) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2018. Statistische Bibliothek/ Statistische Ämter des Bundes und der Länder. https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00057950/2010220187004_korr24112020.pdf. Zugegriffen: 30. Nov. 2022
- Führer A, Brzoska P (2022) Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Gesundheitswesen* 84(05):474–478. <https://doi.org/10.1055/a-1276-0897>
- Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B (2018) Informal interpreting in general practice: the migrant patient's voice. *Ethn Health* 23(2):158–173. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246939>
- Schenker Y, Smith AK, Arnold RM, Fernandez A (2012) "Her husband doesn't speak much English": conducting a family meeting with an interpreter. *J Palliat Med* 15:494–498
- Schinkel S, Schouten BC, Kerpiclik F, Van Den Putte B, Van Weert J (2019) Perceptions of barriers to patient participation: are they due to language, culture, or discrimination? *Health Commun* 34(12):1469–1481. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1500431>
- Baur N, Blasius J (2014) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden
- Hopf C (2016) *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden
- Randerath F (2022) Die Rolle der Begleitperson in der hausärztlichen Sprechstunde aus Sicht von Patientinnen und Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund und ohne einen solchen im Vergleich. Eine explorative Studie. Dissertation, Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität
- Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl. Beltz, Weinheim und Basel
- Brown JB, Brett P, Stewart M, Marshall JN (1998) Roles and influence of people who accompany patients on visits to the doctor. *Can Fam Physician* 44:1644–1650
- Wolff JL, Guan Y, Boyd CM, Vick J, Amjad H, Roth DL et al (2017) Examining the context and

Accompanied patients in family practitioners' consultations. Comparison of patients with/without Turkish migrant backgrounds

A family practitioners' (FP) consultation is usually understood as an interaction between two people. Studies from other countries show that a large proportion of patients, however, attend FP consultations accompanied by another person. Neither the frequency of bringing an accompanying person nor cultural differences have been studied so far for the German-speaking countries. In 2018, an explorative study was conducted in six urban family practices in North Rhine–Westphalia (numerical recording of patients with/without accompaniment in the consultation hour; guideline-based interview of accompanied patients after the consultation). Of the 1155 patients recorded, 27% (95% confidence interval [95% CI] = 24.31–29.41) were accompanied. There is a significant relationship between the existence of a Turkish migration background and bringing an accompanying person to the GP practice (χ^2 (2) = 92.37; $p < 0.01$). Patients with a Turkish migration background were accompanied more often (47%; 95% CI = 41.64–52.98) than patients without a migration background (19%; 95% CI = 16.38–21.95). From all patients recorded, a short interview was conducted with 124 accompanied patients. The average age of all interviewed accompanied patients was 50 years. Women were accompanied more often (67%) than men. The accompanying persons came almost exclusively from the family circle. Slightly more than half of the accompanying persons were women. The majority of the accompanying persons were themselves patients in this family practice and 60% had their own reason for treatment in this consultation. The motives for bringing along a companion related to the areas of *organization, communication, and social support*. Prominently represented was the wish to *involve the family in the illness process, emotional support, and support in communication*. Accompanied patients without and with a Turkish migration background, however, differed little with regard to the motives mentioned.

Keywords

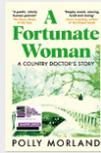
Physician-patient relations · Companions · Cultural sensitivity · Family practice · Family members

- helpfulness of family companion contributions to older adults' primary care visits. *Patient Educ Couns* 100(3):487–494
20. Schweitzer S, van Oorschot B, Köhler N, Leppert K, Steinbach K, Hausmann C et al (2005) Der Patient und seine Familie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55(6):298–304
 21. Wolff JL, Roter DL (2008) Hidden in plain sight: medical visit companions as a resource for vulnerable older adults. *Arch Intern Med* 168(13):1409–1415
 22. Ernst J, Schwarz R, Schwarzer A, Aldaoud A, Niederwieser D, Mantovani-Löffler et al (2009) Die Rolle der Angehörigen bei medizinischen Entscheidungen: Empirische Befunde zu hämatologischen Erkrankungen. *Gesundheitswesen* 71(08/09):469–475
 23. Clayman ML, Roter D, Wissow LS, Bandeen-Roche K (2005) Autonomy-related behaviors of patient companions and their effect on decision-making activity in geriatric primary care visits. *Soc Sci Med* 60:1583–1591
 24. Ishikawa H, Roter DL, Yamazaki Y, Hashimoto H, Yano E (2006) Patients' perceptions of visit companions' helpfulness during Japanese geriatric medical visits. *Patient Educ Couns* 61:80–86
 25. Stern A, Akbulut N, Schönfeld S, Texcan-Güntekin H, Özer-Erdogdu I, Aslan M, Razum O (2023) Die Gesundheitsversorgung älterer türkeistämmiger Pendelmigrant*innen: qualitative Interviewstudie. *Z Allg Med* 99:310–315. <https://doi.org/10.1007/s44266-023-00096-2>
 26. Bermejo I, Hölzel LP, Kriston L, Härter M (2012) Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 55(8):944–953. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
 27. Kalitzkus V, Wilm S (2018) Familie in der Medizin – Familienmedizin. In: Wonneberger A, Weidtmann K, Stelzig-Willutzki S (Hrsg) *Familienwissenschaft: Grundlagen und Überblick*. Springer VS, Wiesbaden, S S 417–S 450
 28. Kalitzkus V, Wilm S, Kotz D, Kastaun S (2021) Präferenzen der Bevölkerung für die Versorgung von Familienmitgliedern in derselben Hausärztliche Praxis – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. *Dtsch Arztebl Int* 118:844–845

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Polly Morland **A Fortunate Woman** A Country Doctor's Story

Picador 2022, 258 S., (ISBN: 978-1529071139), 21,23 EUR



„Letzter Landarzt oder Arzt der Zukunft?“ – 2017 stellten Vera Kalitzkus und Heinz Harald Abholz ihre Überlegungen zu den Kernwerten der Allgemeinmedizin in der ZFA dar, anhand des 1967 veröffentlichten Buches „A Fortunate Man“ von John Berger und Jean Mohr. Die bereits umfangreiche Anhängerschaft dieses Buchs hat sich daraufhin deutlich erweitert. Die eindringlichen Schilderungen des Lebens und Arbeitens des (pseudonymisierten) Landarztes John Sassall sind heute noch mitreißend zu lesen. Es ist ein schwerer zu beschreibender Zauber, der von dem Buch ausgeht. Die ländliche Gegend, die in ihr verwurzelten Menschen, der mit dem Leben der Gemeinde symbiotisch verzahnte hausärztliche Versorger, die schmerzvolle Balance von Nähe und Distanz. Es war eine kontroverse Diskussion, auch auf dem DEGAM-Kongress 2017, inwiefern John Sassall als prototypisches Ideal für die Zukunft dienen kann. Fest steht – die Lektüre lohnt sich immer wieder.

Der Autorin von „A Fortunate Woman“, Polly Morland, fiel der Klassiker beim Aufräumen ihres Elternhauses in die Hände. Als sie die alte Ausgabe aufschlug, blickte sie auf eine doppelte Fotografie ihres Wohnortes – der Gemeinde, die 1966 von John Berger und Jean Mohr für sechs Wochen besucht worden war, um die Arbeit von John Sassall zu dokumentieren. Bewegt von den Herausforderungen, denen sich die hausärztliche Primärversorgung mitten in der Coronapandemie zu stellen hatte, schrieb die Autorin die ihr gut bekannte Hausärztin des Ortes an – und die Geschichte nahm ihren Lauf. „A Fortunate Woman“, 2022 erschienen, orientiert sich respektvoll am Vorbild von 1967. Den Hauptteil nehmen einfühlsam geschilderte Interaktionen der Hausärztin mit den Menschen ein, vervollständigt von Landschaftsfotografien und -beschreibungen. Die kleinen Begegnungen öffnen den großen, bewegenden Themen den Raum. Zentral

dabei die Frage: Wie kann die Abwägung von externer und interner Evidenz, Wunsch und Wille des Patienten bestmöglich gelingen? – Im Unterschied zu den 60er Jahren hat die Evidenzbasierte Medizin Fuß gefasst und die Behandlungsergebnisse stark verbessert. Ganz ähnlich wie ihr Vorgänger nutzt die Ärztin die gewachsenen Beziehungen als entscheidendes Werkzeug zur Navigation durch die geschilderten Behandlungsepisoden. Dass sich „Beziehung“ schlecht messen lässt und andere Parameter zur Bewertung guter Versorgung etabliert sind, hat der Durchsetzung einer krankheits- statt patientenorientierte Sichtweise mit Arbeitsverdichtung des Versorgungsalltags den Weg gebahnt. Dies wird problematisiert und als Beweggrund diskutiert, weshalb hausärztlich tätige Männer wie Frauen die Teilzeitbeschäftigung zunehmend vorziehen. „A Fortunate Woman“ greift die wissenschaftliche Evidenz auf, dass Behandlungskontinuität messbare Vorteile für die Patientinnen und Patienten mit sich bringt – bspw. bei Impfrate, Krankenhausweisung, Patientenzufriedenheit und Mortalität – und spannt den Bogen zur Hausärztin, für die die gewachsenen Beziehungen zu ihren Patientinnen und Patienten wesentliche Voraussetzung sind sowohl für die medizinische Qualität ihrer Arbeit als auch für ihre persönliche Zufriedenheit. Wie es der Hausärztin gelingt, mit den Anforderungen ihres Alltags umzugehen, ist einfühlsam geschildert – hier wird nichts ausgespart. Die Geschichte von John Sassall in „A Fortunate Man“ wird durch aufschlussreiche Aspekte ergänzt – so war die von ihm geleistete umfassende Grundversorgung der Gemeinde letztlich nur durch die kontinuierliche Unterstützung seiner Ehefrau Betty möglich. Genauso baut „A Fortunate Woman“ auf die Unterstützung ihres Mannes, Vater der beiden Söhne – manche Dinge bleiben eben doch gleich. Alles in allem ein absolut lesenswertes Buch, das wertvolle Erkenntnisse bringt und Perspektiven eröffnet.

Leonor Heinz, Berlin