

## PATIENTEN/-INNEN ALS „KUNDEN/-INNEN“? – WUNSCH UND WIRKLICHKEIT

1. Einleitung .....	134
2. Problemaufriss .....	135
3. Methodische Abwicklung .....	139
4. Ergebnisse aus der Befragung .....	143

Auszug aus WISO 2/2007

**isw**

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Gruberstraße 40–42

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)

Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

**Renate Sepp  
Roswitha Müller  
Karl Niederberger**

**Wissenschaftliche  
Mitarbeiter/-innen am  
Institut für Berufs-  
und Erwachsenen-  
bildungsforschung an  
der Johannes Kepler  
Universität Linz**

## 1. Einleitung\*

Im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich (AK OÖ) führte das Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung an der Universität Linz (IBE) im September/Oktober 2006 eine Studie zur Frage durch: Wodurch zeichnet sich Qualität im Gesundheitssystem aus Sicht der PatientInnen aus?

*Gesundheit ist  
gesellschaftliches  
Leitthema*

„Gesundheit“ ist ein gesellschaftliches Leitthema von wachsender politischer und wirtschaftlicher Bedeutung. Gesundheitsbetriebe/Gesundheitsdienstleister können als Spiegel der Gesellschaft gesehen werden. Gegenwart und zukünftige Entwicklungen einer Gesellschaft zeichnen sich in der Medizin bzw. in der Möglichkeit zum Zugang zu medizinischer Versorgung ab. Umgekehrt beeinflussen gesellschaftliche Entwicklungen die Medizin z. B. durch folgende Punkte, die wiederum in Wechselwirkung stehen:

- veränderte Demografie (z. B. Zunahme älterer Menschen, erhöhtes allgemeines Bildungsniveau, „multikulturelle“ Gesellschaft)
- steigendes Gesundheitsbewusstsein
- Zunahme der Selbstbestimmung der Patienten
- sich wandelnde Wertorientierung und ethische Problemstellungen der (medizinischen) Forschung
- geänderte Anforderungen der Patienten an das Gesundheitssystem und die einzelnen Gesundheitsdienstleister
- verstärkt nutzbare und genutzte Informationsmöglichkeiten über Gesundheitsthemen durch z. B. (neue) Medien wie TV, Radio, Internet
- Entwicklung in Richtung einer wunscherfüllenden Medizin

*verändertes  
Leistungsspektrum  
verlangt ständige  
Anpassungsleistung*

Diese gesellschaftlichen Entwicklungen, die sich wandelnden Anforderungen an das Gesundheitswesen (demografischer Wandel, neues Erkrankungsspektrum etc.) und das veränderte Leistungsspektrum der Medizin (technologisch-wissenschaftliche Entwicklung) verlangen den einzelnen Akteuren (Professionelle, Gesundheitsunternehmen, politische Entscheidungsträger, Patienten etc.) eine ständige Anpassungs-

leistung ab. Die gegenwärtige Entwicklung kann hierbei erschwerend wirken, erscheint sie doch oft eher von ökonomischen Modellen oder Wunschvorstellungen gesteuert als durch gesundheitliche Ziele geleitet.

Der moderne Gesundheitsdienstleister muss also einer ganzen Reihe von Ansprüchen gerecht werden. Krankenhäuser und Arztpraxen müssen effizient geführt werden, gleichzeitig besteht aber auch der Anspruch, bezüglich Technik und Qualitätsstandards auf dem neuesten Stand zu sein und den Patienten optimal zu behandeln/betreuen. Auch die Rolle<sup>1</sup> des Patienten befindet sich im Umbruch: Es handelt sich nicht mehr um den rein „zu versorgenden“ Patienten, sondern um den „mündigen“, selbstbestimmten Patienten, der in den Prozess seiner „Salutogenese“<sup>2</sup> miteinbezogen werden will, Fragen stellt und auch Kritik übt. Da das subjektive Wohlbefinden des Patienten erwiesenermaßen einen wesentlichen Einfluss auf Krankheitsverlauf und die Gesundung hat, ist dieser veränderten Rolle bzw. Wahrnehmung Rechnung zu tragen. Der Patient ist somit nicht mehr „Material“ der Herstellungsmedizin, sondern auch Beteiligter der Beziehungsmedizin.

*auch Rolle des Patienten im Umbruch*

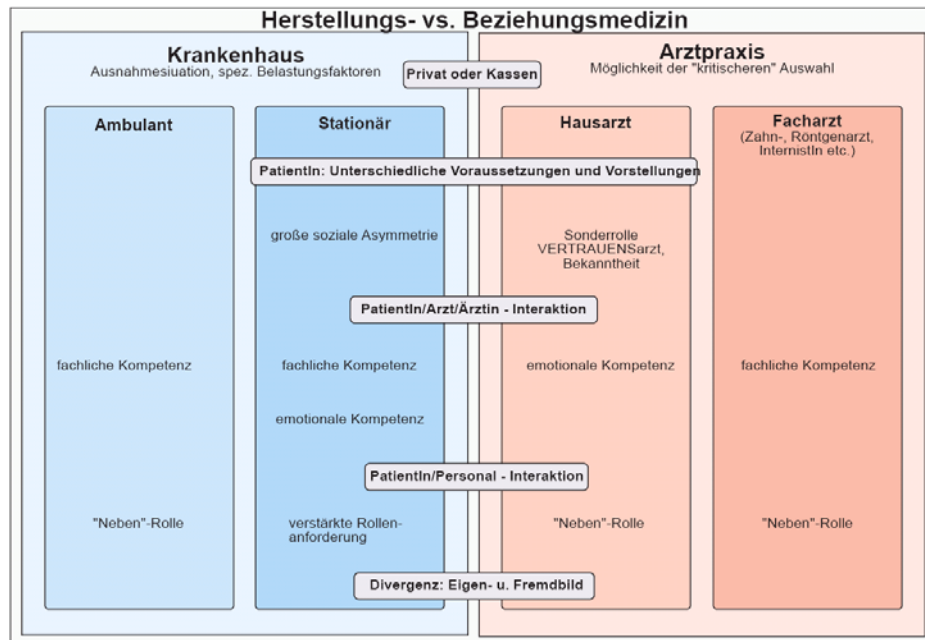
Auch der Qualitätssicherung (Sicherung des bestehenden Qualitätsniveaus) und dem Qualitätsmanagement (kontinuierliches und systematisches Bemühen um eine Qualitätsverbesserung) kommt in diesem Zusammenhang auf den unterschiedlichen Ebenen der einzelnen medizinischen Dienstleister immer größere Wichtigkeit zu, was nicht selten einen erheblichen formalen Mehraufwand für diese bedeutet.

*Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement werden immer wichtiger*

## **2. Problemaufriss**

In welchem komplexen Forschungsbereich die Studie sich bewegt, wird nachfolgend erläutert. Vier Beobachtungsgruppen, wie sie auch im empirischen Teil der Studie Beachtung finden, weisen in Bereichen homogene Merkmale auf, sind jedoch in vielerlei Hinsicht differenziert zu betrachten.

Abbildung 2-1: Die 4 Beobachtungsgruppen im Überblick



Nicht nur das Forschungsfeld, in dem wir uns bewegen, ist äußerst zersplittert, auch die involvierten Personengruppen, auch die Akteure sind hinsichtlich ihres Eigen- und Fremdbildes äußerst heterogen. In obiger Darstellung finden als Akteure sowohl Patienten als auch Ärzte und andere in Gesundheitsberufen beschäftigte Personen Berücksichtigung. Unter Personal versteht sich in der modellhaften Darstellung die Berufsgruppe der Ordinationsassistenten sowie das gesamte in der Pflege, in den medizinisch-technischen Diensten und in der Verwaltung (mit direktem Patientenkontakt) tätige Krankenhauspersonal.

*Studie fokussiert auf Krankenhaus und Arztpraxen*

Die Studie beschränkt sich auf Orte, in welchen primär der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen erfolgt, sie fokussiert das Krankenhaus und die Arztpraxen und nicht die Gesamtheit aller Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen (z. B. auch Sanatorien, Tageskliniken, Pflegeheime, Labors).

Jedoch ist auch dieses eingeschränkte Untersuchungsfeld noch sehr vielschichtig. Die Vielschichtigkeit zeigt sich schon, wenn man die beiden Überordnungen „Krankenhaus“ bzw. „Arztpraxis“ etwas näher zu beleuchten beginnt. Im Krankenhaus ist eine erste grobe Unterscheidung nach ambulantem bzw. stationärem Aufenthalt zu treffen, bei der Arztpraxis zwischen Hausarztpraxen bzw. Facharztpraxen.

Vor allem die Arzt-Patient-Beziehung ist eine besondere, wenn nicht extreme Form der zwischenmenschlichen Beziehung, in der nicht nur ein hohes Maß an Intimität und ein Gefühl von Ausgesetzt- und Ausgeliefertsein existiert, sondern mit der auch Eingriffe in die und Veränderungen in der Existenz des Menschen verbunden sein können, bei denen es im Extremfall buchstäblich um Leben und Tod geht. Das Ungleichverhältnis ist dadurch gekennzeichnet: Der Arzt ist – in seiner formellen Rolle – der Experte, der Patient der Laie. Für den Arzt bedeutet seine Berufsausübung Routine, für den Patienten stellt der Arztbesuch oder gar Krankenhausaufenthalt ein einschneidendes Ereignis dar.

*Arzt-Patient-  
Beziehung*

Vor allem die Situation im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts ist zusätzlich durch spezielle Belastungsfaktoren (wie etwa Unübersichtlichkeit, fehlende Intimität, räumliche Enge etc.) geprägt. Wegen großer Informations- und Kompetenzunterschiede ist die Beziehung in diesem Bereich von der größten sozialen **Asymmetrie** gekennzeichnet.

Die Beziehung zum Hausarzt ist ebenfalls eine spezielle – in diesem Bereich erfolgt die Auswahl wahrscheinlich nach sehr „bedachten“ Kriterien, da der Hausarzt am stärksten die Rolle eines „Vertrauten“ über die medizinisch-fachliche Kompetenz hinaus einnimmt.

Unter den Professionellen, welche keine Ärzte sind, nimmt vor allem das direkt mit den Patienten befasste Krankenpflegepersonal eine wichtige Rolle ein. Sie haben in der Regel längerfristigen und wiederholten Kontakt zu stationären Patienten. Im ambulanten Bereich ist der Kontakt weniger intensiv und verkürzt. In den Arztpraxen nehmen die Ordinationsassistenten

eine dem Arzt gegenüber weniger präsen- te Rolle(nfunktion) ein. Oft kommt ihnen jedoch gerade hinsichtlich der Zufriedenheit von Patienten mit der Praxis im Allgemeinen ein wesentlicher Faktor zu, schließlich hat der Patient mit ihnen den ersten Kontakt, durch sensibles Vorgehen (z. B. gedämpfte Sprechweise) können sie die Intimsphäre von Patienten sichern etc. In dieser Hinsicht werden sie (sowohl von Patienten als auch ihren Dienstgebern, den Ärzten) auch als „Aushängeschild der Praxis“ gesehen.

Die interessierende Gruppe der Patienten stellt aufgrund ihrer divergierenden Ansprüche, Erfahrungen und Wertvorstellungen, aber auch aufgrund ihres ungleichen biografischen Hintergrundes (Herkunftsfamilie, Sozialisationshintergrund, Bildungsniveau, Erkrankung etc.) und ihrer demografischen Voraussetzungen (Alter, Geschlecht, Wohnort etc.) unterschiedliche Anforderungen an Gesundheitsdienstleister – in unserem Fall Krankenhäuser (ambulant, stationär) und Hausarzt- und Facharztpraxen.

Diese an das Individuum gebundenen Einflussfaktoren sind von hoher Relevanz, da sie nicht nur Ansprüche an medizinische Dienstleistungen bestimmen, sondern sich bei der Beurteilung der Qualität von medizinischer Behandlung niederschlagen können. Auch die Beziehung/Interaktion zwischen Patienten und in Gesundheitsberufen tätigen Personen (Professionellen) ist vor diesem Hintergrund zu betrachten. Die A-priori-Erwartungen, mit welchen Patienten die einzelnen Orte aufsuchen und an die Akteure herantreten, sind unterschiedlich. Im Krankenhaus geht es, grob gesprochen, um „Herstellungsmedizin“, die fachliche Kompetenz steht im Vordergrund; die emotionale Kompetenz spielt im Bereich des Haus-(Vertrauens-)arztes die größte Rolle.

Es wird darauf hingewiesen, dass das eingeschränkte Untersuchungsfeld noch sehr vielschichtig ist. Um dieser Vielschichtigkeit annähernd gerecht zu werden, lag vor allem bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments eine große Herausforderung.

*unterschiedliche  
Ansprüche an  
Krankenhaus  
und Hausarzt*

In der Literatur wurde nichts gefunden, was mit dem – trotz aller Reduktion – umfassenden Betrachtungsfeld zu vergleichen wäre. Die Betrachtung der Leistungserbringer im Gesundheitssystem erfolgt in erster Linie innerhalb der einzelnen Gruppen, selten werden Vergleiche gezogen. Trotzdem war es Ziel der Studie, das Feld und die Akteure möglichst umfassend abzubilden, Gemeinsamkeiten und Unterschiedlichkeiten herauszuarbeiten und der Sicht sowohl (in erster Linie) der Patienten als auch der Professionellen gerecht zu werden.

### 3. Methodische Abwicklung

Die Erhebung von Erwartungen, Wünschen sowie Bewertungen der Patienten bezogen auf die Leistungserbringung von Haus-/FachärztInnen bzw. von Professionellen im ambulanten und stationären Bereich stand im Mittelpunkt der Studie. Dabei wurde eine Methodenkombination von qualitativen und quantitativen Instrumenten angewandt.

In der Explorationsphase wurden zwei Fokusgruppen gebildet. In Ergänzung zur Patientensicht (10) wurde die Berufsgruppensicht [(9) Ärzte, Pflegepersonal, Physiotherapeuten] eingeholt und mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. Auf Basis intensiver, qualitativer Bestandsaufnahme wurde für jede Patienten-Gruppe – stationäre, ambulante Patienten sowie Patienten von Hausärzten und Fachärzten – ein (teilstandardisierter) Fragebogen entwickelt. Jeweils 100 PatientInnen jeder Gruppe<sup>3</sup> wurden telefonisch befragt, die Auswertung erfolgte mittels quantitativ-statistischer Methoden.

Nachfolgende Ausführungen sind Auszüge aus der umfassenden Studie, der vielschichtige theoretische Hintergrund und die Ergebnisse aus den Fokusgruppen würden den Rahmen dieses Artikels sprengen.

### 3.1. PatientInnen als „KundInnen“?

Im Folgenden beschränken wir uns ausschließlich auf die Rolle der Patienten im Kontext als KundInnen und vernachlässigen die kontrastierenden Rollen(anforderungen) der Leistungserbringer.

Die Rolle der Patienten ist selten nur auf eine einzige beschränkt, mitunter ist sie auch stereotyp besetzt, worauf Dierks et al. (2001) hinweisen. So kann sich der Patient bspw. als passiver Kranker, Koproduzent von Gesundheit, Partner im Behandlungsprozess, Kunde, Bewerter des Gesundheitswesens, Versicherter und Beitragszahlender und Bürger beschreiben lassen.

Die Anforderungen seitens der Patienten an die Dienstleister – welche in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Entwicklungen, Wertehaltungen etc. stehen (z.B. Ökonomisierungszwang der Dienstleister, technologisch-(medizin)wissenschaftliche Entwicklung, ethisch-moralische Problemstellungen in der medizinischen Forschung, zunehmende Selbstbestimmung der Patienten, vielfältige Informationsmöglichkeiten) – unterliegen einem Wandel und die Erwartungshaltung der Patienten an den jeweiligen Leistungserbringer kann sich deshalb und aufgrund von institutionellen Rahmenbedingungen differenziert darstellen.

Das Bild der Patienten – sowohl Fremd- als auch Selbstbild – lässt sich nicht eindeutig fassen. Neben unterschiedlichen individuellen Grundvoraussetzungen (Disposition, Demografie, chronische oder akute Erkrankung etc.) zeigen sich gesellschaftliche Entwicklungen als bestimmend. Zunehmend wird ein Bild von Patienten als „Kunden“ skizziert, welches Mitbestimmungs- und Wahlmöglichkeiten für diese suggeriert, die in dem erwarteten Ausmaß nicht existent sind.

Dierks und Schwartz (2001) sehen das Kundenmodell in der Diskussion um die Rolle der Patienten ebenfalls kritisch. Abgesehen von den Einschränkungen, die in Bezug auf Rationalität und Informiertheit auch bei Käufern von Waren und Dienstleistungen auszumachen sind – nicht alle Konsumenten

*Mitbestimmung  
und Wahl-  
möglichkeit  
existiert nur  
eingeschränkt*



sind aktiv, die Werbung spricht in erster Linie nicht rationale Elemente an und die notwendige vollständige Information für eine optimale Kaufentscheidung ist häufig nicht oder nur unvollständig verfügbar –, stellt das Gesundheitswesen außerdem einen Dienstleistungsbereich dar, auf den sich das ökonomisch orientierte Konsumentenmodell nicht ohne Spannungen übertragen lässt. Diese Friktionen lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

*Friktionen*

- Je weiter sich ein Nutzer des Gesundheitswesens auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit und Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen zurück und wird überlagert von Unsicherheit, Ängsten, dem Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung. Leicht lässt sich damit die Vorstellung eines Gradienten verbinden: Bei „trivialen“ Erkrankungen oder bei mit ausreichender Vorlaufzeit planbaren, nicht lebensbedrohlichen Eingriffen ist der Patient am ehesten fähig, eine rationale Verbraucherrolle wahrzunehmen. Am Ende der Skala findet sich der bewusstlose Schwerstkranke, bei dem nur noch stellvertretende Entscheidungen durch Dritte möglich sind. Bei chronischen Erkrankungen sind Ausprägungen zwischen beiden Enden der Skala möglich.

*Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen*

- Die Anbieter von Gütern im Gesundheitswesen verfügen in der Regel über bessere Informationen die Eigenschaft der Güter betreffend als die Nachfrager. Dies ist charakteristisch für alle sogenannten Erfahrungsgüter, also Güter, deren Qualitäten erst bei längerfristiger Nutzung erkannt werden können. So mangelt es dem Patienten in der Regel an individuellen Vergleichsmöglichkeiten, insbesondere bei chirurgischen Eingriffen oder Notfällen, da er sich natürlich nicht aus reinen Vergleichsgründen Wiederholungseingriffen unterziehen kann. Aber auch bei undramatischen Verläufen kann sich die Unterscheidung von schlechter und guter Qualität für den einzelnen Konsumenten als schwierig bis unmöglich erweisen. Außerdem würde eine Qualitätserkenntnis für den Patienten als Konsument in vielen Fällen zu

*Mangel an individuellen Vergleichsmöglichkeiten*

*Daten zur  
Qualitäts-  
beurteilung  
kaum verfügbar*

- spät kommen, da die bereits vollzogene Behandlung und ihre Folgen ja von ihm nicht folgenlos aufgekündigt oder abgelehnt werden können wie eine materielle Ware.
- Generell haben Patienten kaum die Möglichkeit, die Errungenschaften von gesundheitlichen Versorgungsgütern oder Einrichtungen zu beurteilen, über deren Nutzung sie entscheiden oder mitentscheiden sollen (vgl. Dierks; Schwartz, 2001, S. 291). Datenquellen zu Qualitätsbeurteilungen sind kaum verfügbar, in erster Linie werden von den Patienten daher Erfahrungen aus dem persönlichen Umfeld oder Kolportagen als Entscheidungshilfen herangezogen. Qualitätszertifikate und -monitorings sind eine relativ neue Entwicklung.
  - Der Patient tritt den Professionellen im Gesundheitssystem in der Regel nicht als zahlender Kunde gegenüber (auch wenn sich hier Tendenzen abzeichnen), vielmehr werden die Leistungen über Dritte abgerechnet. Der Wert des „erworbenen Produktes“ ist selten bekannt oder im Bewusstsein. Erst seit der Leistungsbeschreibung, die alljährlich von den österreichischen Krankenkassen an ihre Kunden versandt wird, ist hier Transparenz gegeben.

*Patienten-  
assoziation beim  
Kundenbegriff*

Die Diskussion um Rahmenbedingungen des speziellen „Marktes Gesundheitswesen“ zeigt, dass die Betrachtung des Patienten als Konsument oder Kunde, sofern sie sich ausschließlich an der ökonomischen Begriffsdefinition orientiert, nicht aufrechterhalten werden kann. Ist mit dieser Bezeichnung jedoch in einem weiteren Verständnis gemeint, dass der Nutzer von Gesundheitsdienstleistungen im Sinne eines Kunden mit Wertschätzung behandelt wird, der zu Recht guten Service und Qualität erwarten kann, sollten zumindest diese Aspekte des Kundenbegriffs auch für das Gesundheitswesen von Relevanz sein (vgl. Dierks; Schwartz, 2001, S. 292).

Patienten assoziieren den Kundenbegriff in der Regel nicht nur mit der Vorstellung vom „König Kunde“, sondern auch mit der Vorstellung, dass sie nur noch als „zahlende Verbraucher“ und nicht mehr als leidende Patienten mit einer entsprechen-

den Erwartung an die Zuwendung der Professionellen betrachtet werden. Die Patienten sehen in der Kundenrolle neben den Chancen auch die negativen Folgen einer zunehmenden Kundenorientierung im Gesundheitswesen (vgl. Dierks; Schwartz, 2001, S. 292).

#### 4. Ergebnisse aus der Befragung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Herausforderung an das Gesundheitssystem bzw. die entsprechenden EntscheidungsträgerInnen und MeinungsmultiplikatorInnen zum einen in der Gewährleistung subjektiv erlebter Qualität, zum anderen im sensiblen Umgang mit der Sorge der Menschen um zukünftig leistbare Gesundheit quer durch alle gesellschaftlichen Schichten liegt.

Obwohl 94 % der Befragten die Qualität des österreichischen Gesundheitssystems als sehr bzw. eher gut beurteilen, befürchten 44 % eine Verschlechterung der Qualität. 90 % wünschen sich eine Gewährleistung medizinischer Versorgung unabhängig von persönlichen Möglichkeiten. 44 % empfinden die Gesundheitsausgaben in ihrem Haushalt als sehr bzw. eher belastend, das sind vor allem Frauen, Ältere, bildungsferne Schichten und Kranke.

*Beurteilung und Forderungen an das österreichische Gesundheitssystem*

Die Erwartungen, Wünschen sowie Bewertungen der PatientInnen sowie deren Zufriedenheitsgrad wurden in fünf Dimensionen gemessen: Organisation, Gesprächsklima, Wohlfühlen, Umgang des Arztes, Versorgungsqualität.

##### 4.1. Zufriedenheit mit der Organisation/Rahmenbedingungen

Die Zufriedenheit mit der Organisation wird erreicht durch:

- kurze Wartezeiten bei Anmeldung und Untersuchung
- ungestörte Untersuchung bzw. Behandlung
- Räumlichkeiten, die Intimsphäre zulassen
- Besprechung von Befunden anderer Ärzte
- Möglichkeiten für anonyme Rückmeldung

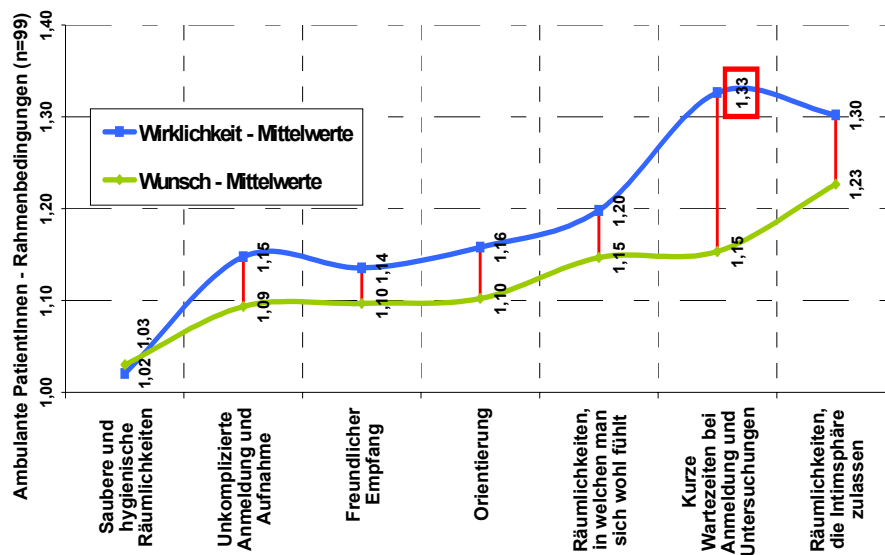
Hohe Erwartungen an eine funktionierende Organisation stellen vor allem:

ländliche Bevölkerung, Erwerbstätige, unter 50-Jährige, Hausarztpatienten, Personen mit Kindern im Haushalt.

In den folgenden Diagrammen sind die Kriterien/Variablen nach der Stärke des Wunsches gereiht. Ob die Differenz zwischen Wunsch und Wirklichkeit als signifikant<sup>4</sup> angesehen werden darf, wurde mittels t-Test ermittelt: Wenn der Unterschied zwischen zwei Mittelwerten mit einer Sicherheitswahrscheinlichkeit von 95 % nicht auf Zufall zurückzuführen ist, so wird von einem signifikanten Unterschied gesprochen. In diesem Fall sind die Werte in den Diagrammen umrahmt.

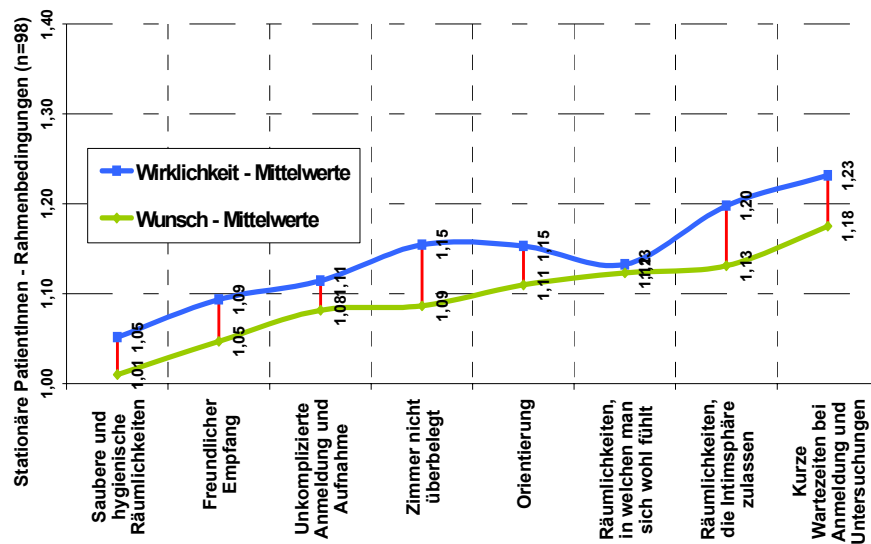
Bei den ambulanten Patienten weicht bei den Wartezeiten Wunsch und Wirklichkeit<sup>5</sup> signifikant voneinander ab.

Abbildung 4-1: Wunsch – Wirklichkeit; Rahmenbedingungen – ambulante Patienten



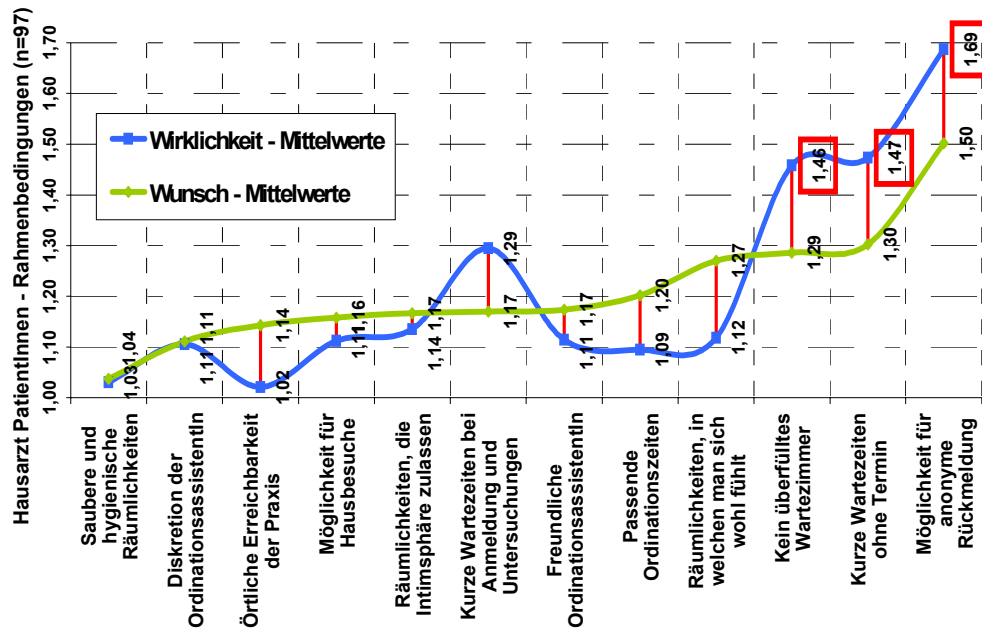
Bei den stationären Patienten hinkt die Wirklichkeit dem Wunsch nach, die Abstände sind jedoch relativ gering und nicht signifikant.

Abbildung 4-2: Wunsch – Wirklichkeit; Rahmenbedingungen – stationäre Patienten



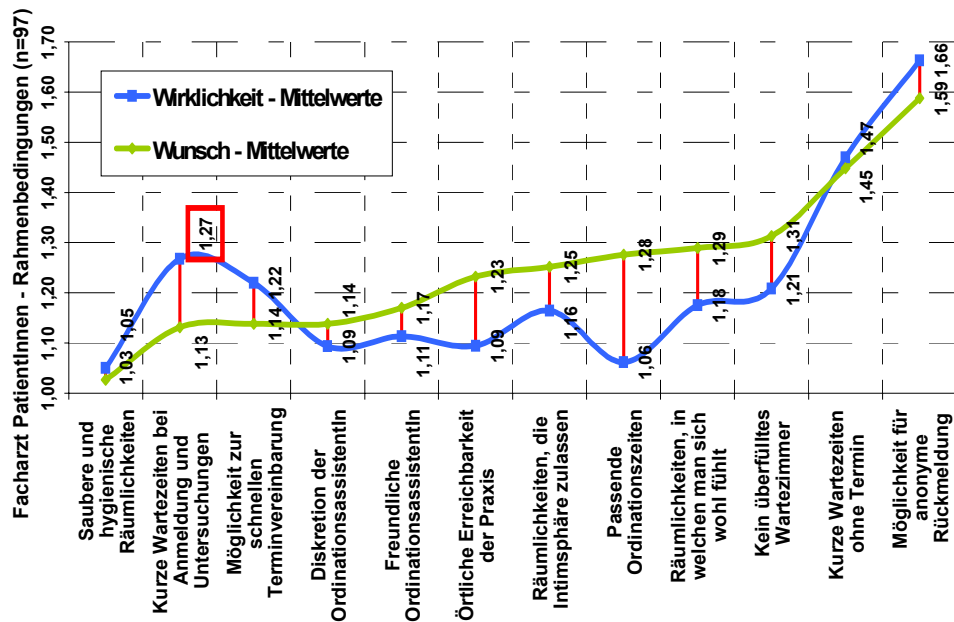
Während bei den Hausarzt-Patienten der Wunsch von der Wirklichkeit in drei Bereichen signifikant abweicht – allerdings sind es jene Bereiche, die den Patienten bzgl. Rahmenbedingungen am wenigsten wichtig sind –, sind für Facharzt-Patienten (Abbildung 4-4) die Wartezeiten zu lange – ansonsten sind dort in vielen Punkten die Erwartungen übererfüllt.

Abbildung 4-3: Wunsch – Wirklichkeit; Rahmenbedingungen – Hausarzt-Patienten



**Wartezeit** Die durchschnittliche Wartezeit beim Hausarzt beträgt 27 Minuten, während sie beim Facharzt 21 Minuten beträgt. 81 % der befragten Hausarzt-Patienten gaben an, dass Terminvereinbarungen möglich sind.

Abbildung 4-4: Wunsch – Wirklichkeit; Rahmenbedingungen – Facharzt Patienten



## 4.2. Gesprächsklima

Zufriedenheit mit dem Gesprächsklima wird erreicht durch:

- genügend Zeit
- zuhören, aussprechen lassen, ernst nehmen
- Verständnis für Ängste und Bedenken

Die Beziehungsmedizin wird von den Patienten gewünscht, sie ist von Ärzten aber oft schwer realisierbar. Während sie eher gewährleistet ist beim Haus-/Facharzt, zeigen sich Mängel im ambulanten und stationären Krankenhausbereich, welcher vorwiegend von einer Herstellungsmedizin geprägt ist.

Erwartungen an ein gutes Gesprächsklima sind besonders stark ausgeprägt bei: Menschen mit mittelmäßigem/schlechtem Gesundheitszustand und Hausarzt-Patienten.

*Beziehungs-  
medizin  
gewünscht,  
aber schwer  
realisierbar*

### 4.3. Wohlfühlen

Wohlfühlen wird erreicht durch:

- entsprechende Räumlichkeiten
- Gefühl, als ganzer Mensch wahrgenommen zu werden
- Diskretion und Wahrung der Intimsphäre
- adäquaten Umgang mit Fehlern (= dass der Arzt auch Fehler zugeben kann)

### 4.4. Umgang des Arztes

Der Umgang des Arztes wird als zufriedenstellend erlebt durch:

- vertrauensvolle Atmosphäre
- verständliche Sprache
- Sympathieverhältnis

In der Beurteilung der Wichtigkeit der abgefragten Faktoren hinsichtlich Untersuchung und Behandlung rangiert nach einer gewünschten optimalen medizinisch-fachlichen Versorgung ein vertrauensvoller und respektvoller Umgang des Arztes bereits auf dem zweiten Platz. Die geringste Wunscherfüllung zeigt sich bei stationären, gefolgt von ambulanten Patienten.

### 4.5. Arzt-Patient-Beziehung

Patienten wollen in Therapie- und Behandlungsprozess eingebunden sein.

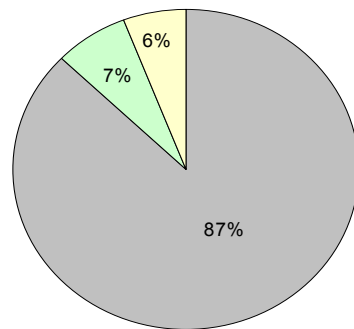
Die Interaktions- und Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient haben sich im Zuge der Demokratisierung der Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten von autoritativ zu partizipativ gewandelt.



Abbildung 4-5: Formen der Entscheidungsfindung

In welcher Form wünschen Sie sich, dass Entscheidungen hinsichtlich Ihrer Gesundheit/des weiteren Behandlungsverlaufes getroffen werden?

- Entscheidung gemeinsam mit Arzt/ Ärztin
- Arzt/ Ärztin entscheidet allein
- Patient/ -in trifft Entscheidung allein



Eine partizipative Entscheidungsfindung wünschen sich besonders: Jüngere sowie Personen mit höherem Bildungsabschluss.

71 % sehen die gewünschte Form der Entscheidungsfindung realisiert, 19 % eher, 7 % eher nicht und 4 % gar nicht.

Ein Anliegen einer Bottom-up-Strategie ist die verstärkte Einbindung des Patienten in Entscheidungen, z. B. Therapieentscheidung. Erfahrungen zeigen, dass dies die Compliance bzw. Adhärenz verbessert. Also der Patient hält das ein, was er als sinnvoll erachtet, gibt sein informiertes Einverständnis. Die Beteiligung des Patienten an Entscheidungen im Sinne eines „*shared decision making*“ zielt aber nicht darauf ab, die Entscheidung auf ihn abzuwälzen, sondern nach ausführlicher Diskussion der empfohlenen Therapie bspw., ihrer Alternativen sowie der erwünschten und unerwünschten Wirkungen in eine gemeinschaftlich vertretene Therapieentscheidung einzumünden.

*insbesondere Jüngere und höher Gebildete wünschen sich partizipative Entscheidungsfindung*

#### 4.6. Bedeutung von Informationsfluss

Mit steigender Selbstverantwortung wird der Nutzer/die Nutzerin des Gesundheitssystems zu einem Akteur/einer Akteurin, der/die auch in eigener Initiative notwendige Informationen und Angebote einholt, die für die Bewältigung von Gesundheitsstörungen oder Krankheit nötig sind. Der Arzt wird zum „Berater“. Entsprechend steigt die Bedeutung von leicht zugänglichen Gesundheitsinformationen, die es PatientInnen ermöglichen, Entscheidungen z. B. über Behandlungsoptionen zu fällen.

Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass zum einen nicht alle PatientInnen eine primär aktive, eigenverantwortliche Beteiligung wünschen oder anstreben und dass zum anderen die Informationsangebote häufig nach wie vor bestimmte Gruppen, vor allem Personen mit höherer Bildung, begünstigen. Insofern kommt es sicherlich auch darauf an, konkrete Bedürfnisse und Voraussetzungen zu berücksichtigen und nicht alle Mitglieder bestimmter Zielgruppen (indiskriminant) in die ausschließliche Selbstbestimmung zu zwingen.

*Patientenorientierung bedeutet, dass ...*

Patientenorientierung (vgl. Hauke, 1999, S. 52) bedeutet, dass sich die im Betreuungsprozess der Patienten involvierten Personen bemühen, die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten kennenzulernen und sie im Rahmen eines therapiekonformen Betreuungsprozesses zu erfüllen.

Als wesentliche Qualitätsmerkmale aus Sicht der PatientInnen bestimmen (neben der medizinisch-fachlichen optimalen Versorgung – die nicht Untersuchungsgegenstand war) der Faktor Kommunikation und Information und der Faktor Zeit die Zufriedenheit der Patienten.

**Anmerkungen:**

- 1 Unter (sozialer) Rolle ist die Gesamtheit der (gesellschaftlichen) Verhaltenserwartungen an den jeweiligen Inhaber einer gesellschaftlichen Position zu verstehen.
- 2 Unter den gesundheitspsychologischen Theorien und Modellen nimmt das sogenannte Salutogenese-Modell wegen seines umfassenden Ansatzes eine besondere Stellung ein. Im Zentrum steht die Vorstellung, dass individuelle Überzeugungen und Werte dazu beitragen, belastende Lebensereignisse wie Krankheit einordnen und bewältigen zu können. Diese Fähigkeit wird als gesundheitsbildende Ressource verstanden (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2005, S. 335).  
Begriff und grundlegende Theorie der Salutogenese gehen auf Aaron Antonovsky (1987) zurück. Gesundheit und Krankheit werden von Antonovsky nicht als Gegensätze gedeutet, sondern als Pole auf einem Kontinuum, das mehr oder weniger Gesundheit beschreibt.
- 3 Anhand von sekundärstatistischen Daten (OÖGKK) wurde die Auswahl der vier Beobachtungsgruppen hinsichtlich Geschlecht und Alter geschichtet, um repräsentativ auf die Grundgesamtheit der Patienten rückschließen zu können. Es ergibt sich eine maximale Schwankungsbreite von +/- 4,8%
- 4 Signifikanz: Wurde anhand von t-Tests (Mittelwertvergleichen) gemessen. Signifikanzniveau: 95 %. Das heißt, dass der Unterschied zwischen Wunsch und Wirklichkeit bzgl. Wartezeiten mit einer Sicherheit von mindestens 95 % nicht auf Zufall zurückzuführen ist.
- 5 Die Patienten wurden hinsichtlich verschiedener Kriterien (z. B. Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung beschreiben) befragt. Die Wichtigkeit des Kriteriums wurde vorangestellt und in der Folge gefragt, ob dieses Kriterium beim letzten Arzt- bzw. Krankenhausbesuch gewährleistet war. Beispielsweise wurde gefragt, wie wichtig saubere und hygienische Räumlichkeiten den Befragten sind und in der Folge, ob saubere und hygienische Räumlichkeiten beim letzten Arzt- bzw. Krankenhausbesuch gewährleistet waren.  
Das Ausmaß der Wichtigkeit beschreibt die Stärke des Wunsches und das Ausmaß der Gewährleistung beschreibt die Wirklichkeit in Arztpraxen und Krankenhäusern. Sowohl für Wunsch als auch für Wirklichkeit wurden bezüglich der vier Beobachtungsgruppen Mittelwerte errechnet. Die Mittelwerte skalieren zwischen 1 und 2, wobei der Wert 1 einem sehr starken Wunsch bzw. das Kriterium der Wirklichkeit entspricht. Der Wert 2 stellt das Gegenteil davon dar.  
Das heißt, je niedriger ein Wert ausgegeben wird, desto stärker ist der Wunsch bzw. desto eher entspricht das Kriterium der Wirklichkeit. Die Differenz zwischen diesen Mittelwerten spiegelt das Abweichen von Wunsch und Wirklichkeit – aus der Sicht der Patienten – wider (siehe Abbildung 4-2).

**Literatur:**

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
  - Dierks, Marie-Luise; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (2001): Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformation. In: Hurrelmann, Klaus; Leppin, Anna (2001) (Hg.): Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern. S. 290–306.
  - Dierks, Marie-Luise et al. (2001): Patientensouveränität. Verfügbar unter: [http://www.uke.uni-hamburg.de/studierende/downloads/zg-studierende/skript\\_sozialmedizin\\_050408.pdf](http://www.uke.uni-hamburg.de/studierende/downloads/zg-studierende/skript_sozialmedizin_050408.pdf), Zugriff am 04.01.2007.
  - Dierks, Marie-Luise; Siebeneick, Stefanie; Röseler, Sabine (2001): Patienten, Versicherte, Kunden – eine neue Definition des Patienten? In: Dierks, Marie-Luise et al. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Arbeitsbericht Nr. 195. Verfügbar unter: <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1882/pdf/AB195.pdf>, Zugriff am 11.11.2005.
  - Hauke, Eugen (1999): Die Umsetzung der Patientenorientierung. In: Zapotoczky, Klaus; Grausgruber, Alfred; Mechler, Reli (Hg.): Gesundheit im Brennpunkt. Zwischen Wirtschaftlichkeit und ethischer Verantwortung. Linz. S. 51–56.
  - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Auftrag der Bundesvereinigung für Gesundheit in Deutschland (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: [http://www.bvgesundheit.de/pdf/svr\\_lang.pdf](http://www.bvgesundheit.de/pdf/svr_lang.pdf), Zugriff am 14.09.2006.
- \* Wenn in der Folge bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

# WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:\* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)  
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00  
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(\* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at))

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at).



Oberösterreich

## BESTELLSCHEIN\*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle \_\_\_\_\_ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

\* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)

Name \_\_\_\_\_

Institution/Firma \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Plz/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### BESTELLADRESSE:

ISW  
Gruberstraße 40-42, A-4020 Linz  
Tel. ++43/732/66 92 73  
Fax ++43/732/66 92 73-28 89  
E-Mail: [wiso@akooe.at](mailto:wiso@akooe.at)  
Internet: [www.isw-linz.at](http://www.isw-linz.at)