

**ERKUNDUNGEN ZUR
PATIENTENZUFRIEDENHEIT MIT DER
MEDIZINISCHEN VERSORGUNG**

INAUGURALDISSERTATION

zur

Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Universität Rostock

vorgelegt von

Tabea Philipsen

aus Karl-Marx-Stadt

Rostock 2007

urn:nbn:de:gbv:28-diss2008-0091-1

1. Gutachter: Prof. Dr. em. Bernhardt Meyer-Probst, Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Psychologie
2. Gutachter: Prof. Dr. Peter Kropp, Universität Rostock, Medizinische Fakultät, Institut für Medizinische Psychologie
3. Gutachter: Prof. Dr. Thomas Kohlmann, Universität Greifswald, Medizinische Fakultät, Institut für Community Medicine

Tag der Verteidigung: 02.07.2008

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	2
1 EINLEITUNG	3
2 PROBLEMSTELLUNG	5
2.1 Patientenzufriedenheit.....	5
2.1.1 Patientenzufriedenheit: Definitionen	5
2.1.2 Patientenzufriedenheit: Indikator der Qualität medizinischer Versorgung	6
2.1.3 Patientenzufriedenheit: Untersuchungsergebnisse	8
2.1.4 Patientenzufriedenheit: Einflussfaktoren und Abhängigkeiten	10
2.1.5 Patientenzufriedenheit: methodische Probleme.....	16
2.2 Gesundheitspolitik	23
3 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESE	30
4 METHODIK.....	31
4.1 Untersuchungsanlage	31
4.2 Erhebungsinstrumente.....	32
4.3 Stichprobe	36
4.4 Auswertung.....	39
5 ERGEBNISSE.....	41
5.1 Fragebogenbefunde.....	41
5.2 Interviewbefunde	48
5.3 Zusammenhänge	69
6 DISKUSSION	77
7 SCHLUSSFOLGERUNGEN	96
8 ZUSAMMENFASSUNG.....	98
LITERATUR	101
ANHANG	

VORWORT

Mein Interesse am Thema Patientenzufriedenheit wurde zum einen durch persönliche Erfahrungen mit Ärzten geweckt, vor allem aber durch vielfältige Beobachtungen und Begegnungen mit Patienten während meiner Tätigkeit als Altenpflegehelferin, als Medizinstudentin im Pflegepraktikum, als Famula und als Studentin im Praktischen Jahr. Alle diese Erlebnisse mündeten häufig in Befremden über offensichtlich vorhandene Missstände, steigerten aber zugleich mein Interesse an den Zusammenhängen zwischen der Arzt-Patient-Interaktion einerseits und der Patientenzufriedenheit andererseits. Vor diesem Hintergrund ist die Auseinandersetzung mit dem Thema zu verstehen.¹

¹ Der Einfachheit und der besseren Lesbarkeit halber werden in der vorliegenden Arbeit maskuline Formen verwendet. Die femininen Bezeichnungen sind stets eingeschlossen.

1 EINLEITUNG

Aktuell wird dem Thema der Patientenzufriedenheit vermehrt Aufmerksamkeit zuteil. Ausschlaggebend dafür sind die Veränderungen der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen in den letzten 20 Jahren aufgrund reformorientierter und kostendämpfender Gesundheitspolitik. Zunehmend wird das Gesundheitswesen als Dienstleistungssektor verstanden und marktähnliche Strukturen mit gewissem Wettbewerb werden etabliert. Die Leistungsanbieter werden so zu betriebswirtschaftlichem Handeln bewegt und die Rollen aller Beteiligten verändern sich.

Die Patienten fordern verstärkt ihre optimale medizinische Versorgung, zumal sie verstärkt an deren Kosten beteiligt werden. Zufrieden sind Patienten, wenn sie von der Qualität medizinischer Behandlung überzeugt werden, dann fungieren sie auch als Werber für die jeweilige Einrichtung.

Auf diesen Wegen werden die Anbieter medizinischer Dienstleistungen dazu veranlasst, die Zufriedenheit ihrer Patienten und damit die Qualität ihrer Arbeit zu evaluieren. Die Zufriedenheit der Patienten gewinnt auch zum Selbstzwecke, d. h. für die Existenzberechtigung der ambulanten und stationären Einrichtungen an Bedeutung.

Nicht zuletzt aber ist allein aus dem Berufsethos der Ärzte die stetige Auseinandersetzung mit der Patientenzufriedenheit angezeigt.

Demgegenüber muss dem aus Studien hervorgegangenen wichtigen Ergebnis Beachtung geschenkt werden, dass die Patientenzufriedenheit entscheidend durch die Interaktion zwischen Arzt und Patient in der sogenannten Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst wird (s. Kapitel 2.1.4). Qualität und Quantität der Kommunikation mit dem Arzt spielen für den Patienten dabei eine große Rolle.

Die kontinuierlich sehr hohe Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung einerseits und die sich verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen andererseits, lassen die gegenwärtige und zukünftige Entwicklung der Patientenzufriedenheit offen erscheinen und begründen diese Patientenbefragung.

Die vorliegende Arbeit widmet sich daher der Frage, ob weiterhin die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung ein wichtiger Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit ist. Dabei wird von der These ausgegangen, dass die Patientenzufriedenheit stark von der vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Qualität der Interaktion zwischen Arzt und Patient abhängig ist.

Diese Arbeit stützt sich auf Methoden² der den Sozialwissenschaften³ zu Grunde liegenden empirischen Forschung⁴, die Befragung erfolgte pro Patient mit einem Fragebogen und einem halbstandardisierten Interview.⁵

Im zweiten Kapitel werden anhand der Literatur Probleme der Erforschung der Patientenzufriedenheit erläutert und Ergebnisse von Patientenbefragungen dargestellt. Danach werden die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik beschrieben. In den Kapiteln drei und vier wird auf die Fragestellung und die Methodik eingegangen. Anschließend werden im fünften Kapitel die Ergebnisse dargestellt. Im sechsten Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse, im siebten Kapitel werden Schlussfolgerungen gezogen. Abschließend werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Erkundung im achten Kapitel zusammengetragen.

²„Mit dem Verfahren werden verschiedene Ziele verfolgt, die entweder dem Erkenntnisgewinn (Forschungsmethode) oder dem Anwendungserfolg (z. B. diagnostische Methode) dienen“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 536).

³„Sammelbezeichnung für die mit dem sozialen Verhalten im engeren (z. B. Soziologie, Psychologie, Politologie) wie auch weiteren Sinne (z. B. Sozialmedizin, soziale Anthropologie) befassten Wissenschaften“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 810).

⁴„Psychologische Methode zur Hypothesenüberprüfung mit Hilfe von Verfahren, die empirisch sind (auf geprüfter Erfahrung beruhend) und möglichst weitgehend nach den Prinzipien Wiederholbarkeit, Eindeutigkeit von Durchführung und Ergebnis, Objektivität und Reliabilität genügen“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 221).

⁵ Die Definition und Beschreibung der Erhebungsinstrumente erfolgt in Kapitel 2.1.5.

2 PROBLEMSTELLUNG

2.1 Patientenzufriedenheit

2.1.1 Patientenzufriedenheit: Definitionen

In der Forschung zur Patientenzufriedenheit gibt es keine einheitliche Definition von „Patientenzufriedenheit“, wie der Forschungsliteratur zu entnehmen ist (Arnold & Lang, 1994). Dadurch werden viele Sichtweisen auf das Konstrukt Patientenzufriedenheit begünstigt.

Einigkeit besteht darüber, dass Patientenzufriedenheit immer subjektiv ist, da sie die Meinung der Patienten zur erlebten medizinischen Versorgung widerspiegelt und daher von Einstellungen, Erwartungen und vorherigen Erfahrungen der Patienten abhängt (Aichele, 2001).

Das Lexikon der Medizin bezeichnet Patientenzufriedenheit als einen Begriff „zur Kennzeichnung der sozialen Qualität der medizinischen Betreuung“ (Zetkin & Schaldach, 1999; zit. n. Neugebauer & Porst, 2001, S. 3). Vor dem Hintergrund dieser Definition wird betont, dass die Patientenzufriedenheit wesentlich von der Kommunikation des Arztes mit dem Patienten, von der Information und Aufklärung des Patienten sowie dessen Einbeziehung in die Therapie abhängt.

Pascoe (1983; zit. n. Wüthrich-Schneider, 1998, S. 83) definiert Patientenzufriedenheit als „Reaktion der medizinisch Behandelten zu hervorstechenden Aspekten der Dienstleistung“ und nennt zwei mögliche Wege, auf denen Patienten *un*zufriedenheit entstehen kann: zum einen durch Ausbleiben einer gewünschten Situation, zum anderen durch ein Ereignis, welches hätte vermieden werden sollen.

Eine Definition von Zufriedenheit nach Neugebauer und Porst (2001, S. 2) lässt eine Übertragung auf Patientenzufriedenheit zu: „Zufriedenheit wird im allgemeinen als emotionale Reaktion auf das Ergebnis eines kognitiven Soll/Ist-Vergleiches bezeichnet“. Dies kann in der Weise auf die Patientenzufriedenheit übertragen werden, als dass die Patienten zwischen wahrgenommener Anbieterleistung und erwarteter Leistung vergleichen.

In Anlehnung an Reibnitz (1996) sieht Aichele (2001) in Zufriedenheit die Übereinstimmung von Erwartungen und Erfahrungen, von Ziel und Ergebnis, von Wunsch und Realität, von prospektiver Vorstellung und vorhandener Wirklichkeit.

Olandt und Krentz (1998, S. 721) verstehen Zufriedenheit bzw. *Unzufriedenheit* als „Reaktion auf eine Diskrepanz zwischen erwarteten und tatsächlich erlebten bzw. wahrgenommenen Dienstleistungseigenschaften“.

Des Weiteren werden in der Forschung zur Patientenzufriedenheit verschiedene Theorien herangezogen, die Beschreibungen für das Entstehen oder aber Ausbleiben von Zufriedenheit liefern. Beispielsweise können hier soziale Vergleichstheorien, die Adaptionstheorie, die Anspruchsniveautheorie und die kognitive Dissonanztheorie angeführt werden (Wüthrich-Schneider, 1998).

Die genannten Definitionen sind Annäherungen, die den vielen Dimensionen der Patientenzufriedenheit nicht in vollem Umfang gerecht werden können. Dies liegt darin begründet, dass zum einen die Zufriedenheit eine subjektive Reaktion des Patienten ist, die von Einstellungen und Erwartungen des Patienten mitbestimmt wird, und dass zum anderen verschiedene Blickwinkel der Patientenzufriedenheit eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung realisieren.

2.1.2 Patientenzufriedenheit: Indikator der Qualität medizinischer Versorgung

Die Bedeutung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist seit einigen Jahren dadurch gestiegen, dass sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte untereinander unter zunehmendem Wettbewerbsdruck stehen. Außerdem zeigen Patienten vor dem Hintergrund der Verbraucherbewegung steigendes Interesse an der Qualität ihrer medizinischen Versorgung. Beides steht mit der seit Beginn der 1990er Jahre stattfindenden reformorientierten und kostendämpfenden Gesundheitspolitik im Zusammenhang, infolge derer sich im Gesundheitswesen eine stärkere marktwirtschaftliche Orientierung etabliert. Damit Reformen und Kostendämpfung nicht auf Kosten der Qualität realisiert werden, haben die Gesundheitspolitiker Maßnahmen zur Qualitätssicherung gesetzlich verankert (s. Kapitel 2.2).

Qualitätssicherung verzeichnet aber auch in anderen Bereichen von Wirtschaft und Gesellschaft zunehmendes Interesse und daher existieren verschiedene Ansätze zur Qualitätsmessung, die wiederum nicht eins zu eins auf medizinische Leistungen übertragen werden können (Krentz & Olandt, 2001). Erforderlich ist vielmehr eine entsprechende Modifizierung der vorhandenen Ansätze für das Gesundheitswesen.

Die medizinische Versorgung in Praxen und Krankenhäusern ist ein komplexer Vorgang, dessen qualitative Erfassung hohe Anforderungen an die Methodik stellt. Grundlegende Überlegungen dazu hat Donabedian (1980; zit. n. Rümmler, 2000) geliefert, seine Untergliederung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ist inzwischen weithin bekannt. Unter Strukturqualität werden die finanzielle, räumliche und apparative Ausstattung sowie personelle Voraussetzungen subsummiert. Die Prozessqualität umfasst alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen im medizinischen Behandlungsablauf. Die Ergebnisqualität kann in objektive Indikatoren wie Komplikationen, Laborwerte, Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, Mortalität etc. und in den subjektiven Indikator Patientenzufriedenheit unterteilt werden. Letzterem wird aufgrund der Wichtigkeit für den Behandlungsprozess wie auch für den Ruf der medizinischen Einrichtung zunehmende Bedeutung beigemessen (Wüthrich-Schneider, 1998). Aichele (2001, S. 3) beschreibt die Ergebnisqualität als die wichtigste Dimension von Qualität, als „End- bzw. Zielpunkt medizinischer Versorgung“ und weist darauf hin, dass im Qualitätsmanagement die Ergebnisqualität in klinische, ökonomische und kundenorientierte Behandlungsergebnisse unterteilt wird.

Olandt und Krentz (1998, S. 722) widersprechen der Auffassung, dass bevorzugt die Ergebnisqualität ein wichtiger Maßstab zur Beurteilung medizinischer Leistungen ist und beschreiben die Patientenzufriedenheit als „ein Konstrukt zur Messung der subjektiven Qualitätswahrnehmung“. Ihrer Ansicht nach beruht diese Qualitätswahrnehmung „gleichermaßen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen“. Daher ergibt sich für Olandt und Krentz aus einer „subjektiven Gesamtqualitätseinschätzung“ die Patientenzufriedenheit als Ergebnis des Behandlungsprozesses. Dieser Einschätzung kann unter Berücksichtigung der Tatsache zugestimmt werden, dass die Patienten zum Beispiel die Strukturen der Organisation und die Ergebnisse ihres Gesundungsprozesses beurteilen können. Allerdings können die Patienten die Qualität konkreter Behandlungsschritte aufgrund mangelnden Fachwissens nur eingeschränkt, eben subjektiv, bewerten.

Insgesamt wird die Ergebnisqualität zunehmend als wichtiger Maßstab zur Beurteilung von medizinischen Dienstleistungen anerkannt, wobei die Ergebnisqualität den Gesundheits- und den Zufriedenheitszustand des Patienten umfasst (Rümmler, 2000). Die Einordnung der Patientenzufriedenheit als

„Evaluation- und Gestaltungskriterium der medizinischen Versorgung“ gewinnt damit an Bedeutung (Williams & Calnan, 1990; zit. n. Arnold & Lang, 1994, S. 10).

2.1.3 Patientenzufriedenheit: Untersuchungsergebnisse

Im englischsprachigen Raum war Dr. Korsch in den 1960er Jahren eine Pionierin auf dem Gebiet der Erforschung der Patientenzufriedenheit, als sie aufgezeichnete Gespräche zwischen Ärzten und Patienten auswertete und damit die Arzt-Patient-Beziehung zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung machte. Ihre Untersuchungen zeigten die *Unzufriedenheit* vieler Patienten, denn die nach der Arztkonsultation interviewten Patienten fühlten sich mehrheitlich angespannt und ängstlich und rund ein Viertel der Befragten gaben an, sie hätten ihr eigentliches Problem nicht zur Sprache bringen können. Außerdem mangelte es vielen Patienten an verständlichen Erklärungen über die Diagnose und die Ursache der Erkrankung (Gordon & Edwards, 1995).

Im deutschsprachigen Raum gab es bis in die 1980er Jahre hinein relativ wenige Untersuchungen zum Thema Patientenzufriedenheit. Als Begründungen werden dafür sowohl „Desinteresse am Thema“ als auch die „gewisse Brisanz des Forschungsgegenstandes“ angeführt (Aust, 1994, S. 2).

Deutlich zugenommen hat das Interesse am Forschungsgegenstand Patientenzufriedenheit aufgrund der gesundheitspolitischen Veränderungen, aber auch durch die tiefgreifenden politischen Veränderungen der Jahre 1989 und 1990. Wie in Kapitel 2.1.2 dargestellt, werden Patientenbefragungen zudem als eine Methode der Qualitätskontrolle im Gesundheitswesen anerkannt (Aust, 1994; Langewitz, Keller, Denz, Wössmer-Buntschu & Kiss, 1995).

Bei der Betrachtung bisher veröffentlichter Studien zur Patientenzufriedenheit fällt auf, dass Patienten ihre medizinische Versorgung vielfach positiv bewerten.

Hohe Zufriedenheit besteht bezüglich der ambulanten Versorgung (Aust, 1994). Bezugnehmend auf den letzten Arztbesuch, hat die Untersuchung von Arnold und Lang (1994) ergeben, dass Ärzte sich überwiegend ausreichend Zeit für die Patienten nehmen, sich für die Patienten als Menschen interessieren und ihre Probleme ernst nehmen. In dieser Untersuchung sind Information und Aufklärung von über 80% der Befragten ausreichend eingeschätzt worden. Untersuchungen der

Verbraucherverbände (1992) haben konstatiert, dass zwei Drittel der Befragten mit ihrem Hausarzt zufrieden waren. Eine Patientenbefragung in allgemeinärztlichen Praxen hat hohe Zufriedenheit ergeben, 76% der Befragten waren völlig und 19% waren überwiegend zufrieden mit dem Arztbesuch (Himmel & Lippert-Urbanke, 1994). In dieser Untersuchung ist zudem festgestellt worden, dass die Patientenzufriedenheit unabhängig vom Eingehen auf eine erwartete Medikamentenverschreibung ist. Die Untersuchung von Baum, Platt und Donner-Banzhoff (1994) hat ergeben, dass 58% vollständig und weitere 31% der Befragten weitgehend mit dem Besuch beim Hausarzt zufrieden waren. Die Erkundung von Konsultationsgrund und Patientenerwartungen hat in dieser Untersuchung gezeigt, dass bei Patienten unabhängig vom Konsultationsgrund das Gespräch mit dem Arzt im Vordergrund der Erwartungen steht.

Mehrere Befragungen in Krankenhäusern haben eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Versorgung und der Pflege ergeben (Aust, 1994). Eine Patientenbefragung an der Inneren Klinik des Universitätsklinikums Rostock hat ein Zufriedenheitsniveau von jeweils über 90 Prozent mit der Freundlichkeit der Ärzte, der fachlich-medizinischen Betreuung, der aufgebrauchten Zeit und der Information der Patienten festgestellt (Olandt & Krentz, 1998).

Vielfach sind die Untersuchungsergebnisse zur Patientenzufriedenheit wie dargestellt positiv, doch Patientenunzufriedenheit existiert im Detail. *Unzufriedenheit* besteht in Bezug auf die Zufriedenheitsdimension Information und Aufklärung, zum Teil ist das *Unzufriedenheitspotential* diesbezüglich sogar beträchtlich hoch. In der Patientenbefragung von Pock (2000) haben über 60% der Patienten *Unzufriedenheit* hinsichtlich der Information und Aufklärung im medizinischen Behandlungsprozess bestätigt. In einer Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, 2005) in sechs europäischen Ländern haben über 60% der deutschen Befragten angegeben, im medizinischen Behandlungsprozess nicht immer ausreichend informiert worden zu sein. *Unzufriedenheit* mit Information und Aufklärung hat auch eine Untersuchung von Feldes et al. (1982, zit. n. Gläß, Lieske & Kasten, 1999) ergeben, in der ermittelt worden ist, dass es rund 80% der Patienten nach zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt immer noch an Informationen zur Krankheit mangelte. In der von Aust (1994) vorgenommenen Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen ist auf das Informationsdefizit hingewiesen und diesbezüglich eine ausgeprägte *Unzufriedenheit* vermutet worden. Auch Stoßberg

(1994, S. 70) hat von Informationsdefiziten berichtet und sieht die Folgen in einem „schlechteren subjektiven Befinden und in einem höheren Maß an Angst der Patienten“. Gordon und Edwards (1995) haben in ihrem Buch „Patientenkonferenz“ Informationsdefizite anhand von Untersuchungsergebnissen aus den USA belegt. Dabei sind sie auf die häufige Folge der unbefriedigten Informationsbedürfnisse - die *Non-Compliance*⁶ - eingegangen und haben Lösungsansätze zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation erarbeitet.

Zu der Zufriedenheitsdimension Information und Aufklärung haben sich Patienten teilweise widersprüchlich geäußert, indem sie einerseits angaben, ausreichend informiert worden zu sein und eben diese Patienten sagten andererseits aus, sie hätten gern noch mehr Informationen erhalten (Aust, 1994). Eben solches widersprüchliches Antwortverhalten der Patienten hat eine Befragung von Krankenhauspatienten ergeben, 74% der Befragten fühlten sich ausreichend über ihren Gesundheitszustand und die notwendigen Untersuchungen informiert und gleichzeitig gaben 55% den Wunsch nach mehr Informationen an (Erzberger, Derivaux & Ruhstrat, 1989). Aus diesen Widersprüchen wird deutlich, dass die Effizienz von Informations- und Aufklärungsbemühungen nur schwer nachweisbar ist.

2.1.4 Patientenzufriedenheit: Einflussfaktoren und Abhängigkeiten

Die Patientenzufriedenheit ist von verschiedenen Einflüssen abhängig (Arnold & Lang, 1994) und wiederum stehen verschiedene Faktoren unter dem Einfluss der Zufriedenheit der Patienten. Diesen Zusammenhängen soll in diesem Kapitel nachgegangen werden.

Erwartungsgemäß wird die Zufriedenheit stark vom **therapeutischen Erfolg der Behandlung** durch den Arzt und damit zusammenhängend vom Gesundheitszustand des Patienten beeinflusst. Demnach sind diejenigen Patienten zufriedener, deren Gesundheitszustand sich während der Behandlung subjektiv und/oder objektiv verbessert und deren Stimmung durch den verändert wahrgenommenen Gesundheitszustand positiv beeinflusst wird (Arnold & Lang, 1994; Wüthrich-Schneider, 1998; Pock, 2000).

⁶ Bedeutet die Nicht-Befolgung ärztlicher Anweisungen und Ratschläge, (s. Kapitel 2.1.4).

Aus der Forschungsliteratur geht hervor, dass die **Beziehung zwischen Arzt und Patient** von besonderer Bedeutung für die Patientenzufriedenheit ist. Durch die Rolle des Arztes als Helfender und medizinischer Experte liegt die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung hauptsächlich auf Seiten des Arztes und berührt dabei das Berufsethos der Ärzte. Anhand der nachfolgend zitierten Untersuchungen werden die Merkmale der Arzt-Patient-Beziehung herausgestellt, die die Patientenzufriedenheit beeinflussen.

So hängt die Patientenzufriedenheit entscheidend vom Umgang des Arztes mit dem Patienten ab (Baum et al., 1994) und weniger von der Verordnung geeigneter Therapien, wobei hiermit vor allem die Verschreibung von Medikamenten gemeint ist (Himmel & Lippert-Urbanke, 1994). Die Ergebnisse von Brody, Miller, Lerman, Smith, Lazaro und Blum (1989) haben ebenso konstatiert, dass die Patientenzufriedenheit von den nichttechnischen Fähigkeiten des Arztes, wie Information und persönliche Unterstützung des Patienten abhängt.

In der Arzt-Patient-Beziehung vollzieht sich das Miteinander-Umgehen in der **Arzt-Patient-Kommunikation**. Grundsätzlich führt eine zufriedenstellende Kommunikation mit dem ärztlichen Personal zu höherer Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung (Buller & Buller, 1987). Nach Buller und Buller korreliert die Schwere der Erkrankung negativ mit der zufriedenstellenden Kommunikation.

Hinsichtlich formaler Kriterien der Arzt-Patient-Kommunikation können folgende Untersuchungsergebnisse angeführt werden: In einer Untersuchung von Bertakis, Roter und Putnam (1991) ist die Patientenzufriedenheit umso höher, je mehr die Gesprächsatmosphäre von Freundlichkeit und Interesse am Patienten bei gleichzeitiger Abwesenheit von ärztlicher Dominanz geprägt ist. Nach Little et al. (2001; zit. n. Klemperer, 2003) wird mit einer patientenzentrierten Kommunikation höhere Patientenzufriedenheit erzielt. Klemperer (2003, S. 39) setzt sich mit patientenzentrierter Kommunikation auseinander und spricht von den an der Patientenzufriedenheit wirksamen Komponenten der Arzt-Patient-Kommunikation: „Aktives Zuhören, Empathie, klare Information und Einigkeit über das Vorgehen“.

Einen Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Schadensersatzansprüchen gegenüber Ärzten haben Lester und Smith (1993; zit. n. Gordon & Edwards, 1995) aufgedeckt, als sie die in den USA sich häufenden Schadensersatzklagen zum Anlass nahmen, die Relation zwischen Häufigkeit der

Schadensersatzansprüche und Qualität der Arzt-Patient-Beziehung bezüglich des Kommunikationsverhaltens der Ärzte zu untersuchen. Sie gelangten zu der Schlussfolgerung, dass die Gefahr rechtlicher Auseinandersetzungen durch verändertes Verhalten seitens der Ärzte reduziert werden könne. Zum Beispiel riefen Mangel an Blickkontakt, an Informationsweitergabe und an Möglichkeiten zur Nachfrage nach Information, mangelhaftes Ernstnehmen der Äußerungen des Gegenübers und mangelnde Sensibilität für Gefühlsregungen sowie Kritik am Patienten und grundsätzlich relativ kurzer Kontakt zum Patienten Ohnmachtgefühle bei Patienten hervor, wenn die Behandlung nicht erfolgreich war. Diese äußerten sich dann in Schadensersatzklagen seitens der Patienten.

Hinsichtlich inhaltlicher Kriterien der Arzt-Patient-Kommunikation kann folgendes Untersuchungsergebnis angeführt werden: In der bereits erwähnten Untersuchung von Bertakis et al. (1991) ist festgestellt worden, dass die Patientenzufriedenheit umso höher ist, je mehr psychosoziale Aspekte des Krankheitsgeschehens im Arzt-Patient-Gespräch berücksichtigt werden. Daraus lässt sich ableiten, dass die Patienten dem Eingehen auf ihre persönliche Situation eine hohe Bedeutung beimessen.

Geisler (1992) hat anhand ausgewählter Beispiele Kommunikationsstörungen zwischen Arzt und Patient erläutert. Dabei entlarvt er die täglich stattfindenden Gespräche zwischen Arzt und Patient in Krankenhäusern und Praxen als oberflächliche Kommunikation, bei der seiner Ansicht nach an der Wirklichkeit der Patienten vorbeigeredet werde. Auf Grundlage seiner Analyse hat Geisler Lehr- und Lernmaterial zur Gesprächsführung mit dem Patienten erarbeitet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Patienten hohe Ansprüche an das Kommunikationsverhalten der Ärzte stellen. Das Maß an Vertrauen, welches durch das ärztliche Kommunikationsverhalten mitbestimmt wird, ist auch wesentlich für die Beurteilungen der Patienten bei Zufriedenheitsuntersuchungen (Aust, 1994).

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist untrennbar mit **Information und Aufklärung** des Patienten verbunden. Allgemeiner Konsens herrscht über das große Informations- und Aufklärungsbedürfnis der Patienten (Coulter et al., 1999; zit. n. Klemperer, 2003; Aust, 1994). Zudem korrelieren Information und Aufklärung positiv mit der Patientenzufriedenheit (Comstock, Hooper, Goodwin & Goodwin, 1982). Neben der Patientenzufriedenheit lassen sich noch weitere Effekte umfangreicher Information und Aufklärung nennen: erstens ermöglichen sie den

Patienten eine aktive Teilnahme an medizinischen Behandlungs- und Entscheidungsprozessen, so dass beispielsweise Ängste vor Krankheiten und deren Folgen reduziert werden können (Aust, 1994). Zweitens nehmen gut aufgeklärte Patienten medizinische Leistungen seltener in Anspruch (Kühn, 2001). Entsprechende Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen sind eine weitere Folge.

Entscheidend für die Qualität der unter der Arzt-Patient-Beziehung subsummierten Faktoren ist letztlich das **persönliche Engagement des Arztes**. Es kann als ein übergeordnetes Kriterium gelten, von dessen Grad die Patientenzufriedenheit wesentlich bestimmt wird (Siegrist, 1995). Das persönliche Engagement des Arztes zeigt sich auch in dem Maß an **Zeit**, welches sich der Arzt für den Patienten nimmt. Wird Zeit in einer aus der Perspektive des Patienten angemessenen Weise aufgebracht, spiegelt sich dies positiv in den in den Bewertungen zur Zufriedenheit wider (Aust, 1994).

Studien zufolge stehen auch die **Häufigkeit des Arztbesuches** und die **Wartezeit** in einem engen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit. So sind die Patienten zufriedener, die den Arzt häufiger besuchen (Arnold & Lang, 1994). Bei der Wartezeit vor der Arztkonsultation sind einerseits 15 bis 45 Minuten der Patientenzufriedenheit zuträglich, andererseits tolerieren zufriedene Patienten längere Wartezeiten besser (Aust, 1994).

Sozioökonomische Faktoren, zu denen **Bildung und Einkommen** zählen, beeinflussen ebenfalls die Zufriedenheit der Patienten; sie ist umso größer, „je größer der soziale Abstand zum Arzt ist“ (Aust, 1994, S. 28; Neugebauer & Porst, 2001, S. 21). Demnach sind Patienten mit höheren Bildungsabschlüssen kritischer in ihren Bewertungen zur Zufriedenheit. Ein weiterer Grund für die kritischere Haltung bei Patienten mit höherem Bildungsabschluss ist im höheren Anspruchsniveau zu suchen (Neugebauer & Porst, 2001; Pock, 2000). Darüber hinaus trägt die **Art der Sozialversicherung** zu Unterschieden in der Zufriedenheit der Versicherten bei. Die privatversicherten Patienten sind trotz der von höherer Bildung beeinflussten kritischeren Haltung zufriedener. Dies verweist auf die Unterschiede im medizinischen Behandlungsprozess zwischen den unterschiedlich versicherten Patienten (Arnold & Lang, 1994).

Neben den sozioökonomischen haben auch **soziodemografische Faktoren** wie **Alter** und **Geschlecht** der Patienten Einfluss auf deren Zufriedenheit. In mehreren Studien ist konstatiert worden, dass ältere Patienten zufriedener sind als jüngere (Aust, 1994; Baum et al., 1994; Arnold & Lang, 1994). Die Untersuchung von Neugebauer & Porst (2001) bestätigt dieses Ergebnis.

In Bezug auf den Einflussfaktor „Geschlecht“ gibt es unterschiedliche Untersuchungsergebnisse: In einer Studie wird Männern eine höhere Kritikneigung zugeschrieben (Viethen, 1997; zit. n. Aichele, 2001). In einer anderen Studie wird festgestellt, dass Frauen unzufriedener sind (Williams & Calnan, 1991; zit. n. Pock, 2000). Demgegenüber gibt es auch Untersuchungen, die keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Antwortverhalten ergeben (Baum et al., 1994; Pock, 2000).

Die folgende Darstellung veranschaulicht die aus der Literatur erarbeiteten Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit, (die Größe der Kästchen ist unabhängig von der Gewichtung der Einflussfaktoren):

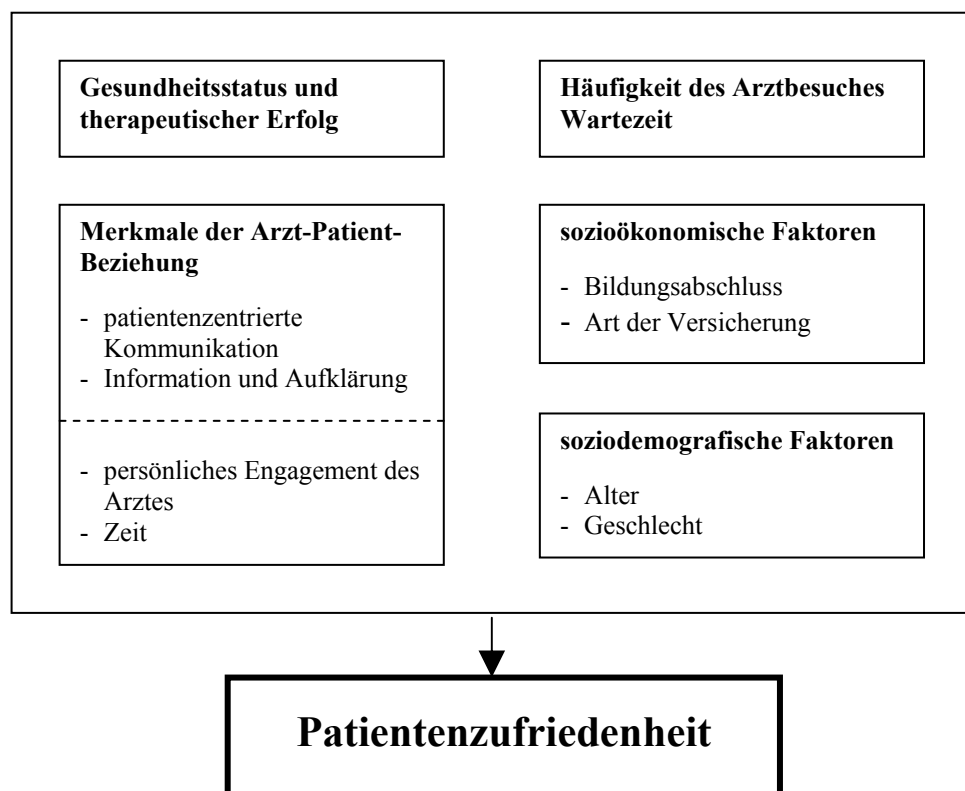


Abb. 1: Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit

Da mehrere Faktoren die Patientenzufriedenheit beeinflussen, kann diese in Teilbereiche gegliedert werden. So ergeben sich einzelne Zufriedenheitsdimensionen neben der allgemeinen Patientenzufriedenheit.

In der Reihe der beschriebenen Einflussfaktoren nimmt die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung einen besonderen Stellenwert ein und beeinflusst nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern auch die Compliance⁷. Diese Zusammenhänge werden nachfolgend erörtert.

Beziehung bedeutet im Allgemeinen ein Miteinander zwischen Menschen, und dies vollzieht sich insbesondere durch ein Miteinander-Kommunizieren (verbal und nonverbal). So geschieht das auch in der Arzt-Patient-Beziehung, die als eine besondere Beziehung gelten kann, denn sie dient dem Zweck der Heilung bzw. Linderung von gesundheitlichen Beschwerden des Patienten. Aus diesem Grund ist die Arzt-Patient-Beziehung auch eine sensible Beziehung und erfordert daher eine sensible Kommunikation insbesondere auf Seiten des Arztes (siehe oben). Die Untersuchungsergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation können wie folgt resümiert werden: Ist die Kommunikation des Arztes patientenzentriert - in Form von Beachtung von Empathie, Zeit, Information - dann können Patienten ihre Krankheit besser managen und zeigen weniger Leidensdruck. Die Arzt-Patient-Kommunikation ist ein Schlüssel zu einer gelingenden Beziehung zwischen Arzt und Patient und beeinflusst sowohl direkt als auch indirekt als Merkmal der Arzt-Patient-Beziehung die Patientenzufriedenheit und damit einhergehend die Compliance; denn zufriedene Patienten halten sich eher an den Therapieplan.

Altekrüger und Bock (1992, S. 96) weisen darauf hin, dass die Compliance „stark von der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung“ abhängt und nennen vier Merkmale dieser Beziehung, die die Compliance positiv beeinflussen: „Vertrauensverhältnis, partnerschaftlicher Umgang, ausreichende Information über Diagnose und Therapie, Veranschaulichung von Zusammenhängen der Krankheit“. Diese Merkmale der

⁷ Das Lehrbuch der medizinischen Psychologie und medizinischen Soziologie beschreibt Compliance (Zustimmung) als „die Bereitschaft des Patienten, sich gemäß den Empfehlungen des Arztes zu verhalten“ (Altekrüger & Bock, 1992, S. 96). Dabei impliziert der Begriff Compliance, dass der Patient die Anordnungen des Arztes befolgt (Mullen, 1997; zit. n. Klemperer, 2003). Laut aktueller Forschungsergebnisse genügen diese Vorstellungen von Compliance den Anforderungen an eine gelungene Arzt-Patient-Beziehung nicht mehr. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass der Patient an den Entscheidungsprozessen einer medizinischen Behandlung aktiv beteiligt werden sollte und werden will. Aus diesem Grunde wandelt sich das Verständnis von Compliance hin zu Einvernehmen mit dem Patienten, und folgerichtig wird dieser Begriff durch Concordance (Übereinstimmung) ersetzt (Klemperer, 2003; Vitt, Erben, Kupsch & Rüter, 2005).

Arzt-Patient-Beziehung wirken sich nicht nur positiv auf die Compliance aus, sondern sind zugleich Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit (s. oben).

Die Vorteile einer „persönlichen, informationsreichen und motivierenden Arzt-Patient-Beziehung“ für die Compliance beschreibt Siegrist (1995, S. 250) und hebt hervor, dass insbesondere Information und Aufklärung den Erfolg von Diagnostik und Therapie durch die positive Beeinflussung der Compliance bestimmen. Stoßberg (1996) setzt sich mit der engen Beziehung zwischen Information und Compliance auseinander und betont, dass die Befriedigung der Informationsbedürfnisse der Patienten die Compliance erhöht.

Gordon und Edwards (1995) gehen auf diese Zusammenhänge ein und erläutern, dass bei Patientenunzufriedenheit die *Non-Compliance* sehr hoch sein kann. Sie weisen darauf hin, dass über Patientenzufriedenheit und damit einhergehender Compliance der Behandlungserfolg gesteigert werden kann.

Arnold und Lang (1994) erklären, dass die Rolle des Arztes für die Compliance lange unterschätzt wurde, vielmehr wurde von Verständlichkeitsmängeln zum Beispiel auf dem Beipackzettel oder beim Patienten ausgegangen. Ihrer Ansicht nach kann die Compliance anhand der Patientenzufriedenheit zumindest teilweise antizipiert werden. Ebenso kann über die Compliance die Patientenzufriedenheit abgeschätzt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sowohl die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung als auch die Patientenzufriedenheit mit der Compliance positiv korrelieren (Langewitz et al., 1995).

2.1.5 Patientenzufriedenheit: methodische Probleme

Bei der Planung einer Patientenbefragung muss zwischen unterschiedlichen methodischen Mitteln ausgewählt werden, die Auswahl wird vor allem von ökonomischen Überlegungen beeinflusst. Am häufigsten eingesetzt werden Fragebögen, daher nennen Arnold und Lang (1994) diesen Zugang zu Recht den klassischen Ansatz.

Der Einsatz des Fragebogens mit vorgegebenen Antworten ist eine Form der schriftlichen Befragung, die folgende Vorteile aufweist:

- Ein Fragebogen ermöglicht durch einen geringen Zeit- und Personalaufwand eine ökonomische Datenerhebung (Aust, 1994; Neugebauer & Porst, 2001).

- Die Antworten können als unabhängig vom Untersucher angesehen werden. Bei schriftlichen Befragungen ist lediglich von einem latenten Einfluss durch das Wissen um die Befragung selbst auszugehen.

Demgegenüber haben Fragebogenerhebungen folgenden Nachteil:

- Nicht beantwortete Fragen können wegen der fehlenden Möglichkeit des Nachfragens nicht ergänzt werden, es ist daher mit einem Teil unbeantworteter Fragen zu rechnen.

Weniger häufig eingesetzt werden Interviews, die in die Formen offen, standardisiert und halbstandardisiert eingeteilt werden können⁸. Nachfolgend werden nach Lamnek (1993) wichtige Merkmale der verschiedenen Interviewformen zusammengetragen: Interviews erfordern gegenüber Fragebogenerhebungen durch ihre mündliche Form mehr Zeit für die Durchführung, aber auch für die Auswertung, was in der Regel einen höheren finanziellen Aufwand mit sich bringt. Die genannten Interviewformen unterscheiden sich auch untereinander hinsichtlich des zeitlichen und finanziellen Aufwandes, die standardisierte Form ist am ökonomischsten einzustufen.

Des Weiteren unterscheiden sich die genannten Interviewformen hinsichtlich der Breite und Tiefe der Antworten. Das offene Interview⁹ hat den Vorteil, detaillierte und vollständige Informationen zu erheben, daher sind die Antworten breit und tief. Dabei ist das offene Interview vom Können und der Person des Interviewers abhängig.

Die Antworten eines standardisierten Interviews¹⁰ sind in Breite und Tiefe beschränkt, die Antwortvorgaben führen aber zu einer besseren Vergleichbarkeit der Antworten. Durch die mündliche Form sind weniger fehlende Antworten zu erwarten, da Nachfragen möglich ist.

⁸ Lamnek (1993) differenziert in seinem Buch „Qualitative Sozialforschung“ weitere Interviewformen.

⁹ „Es ist lediglich ein Rahmenthema festgelegt, es gibt keinen Fragebogen, kein festes Frageschema; der Interviewer ist in der Formulierung der einzelnen Fragen völlig frei, er stellt lediglich Zwischenfragen zur Präzisierung etc. Es dient insbesondere der Exploration von Sachverhalten und der Ermittlung von Bedeutungssystemen der Befragten. Es ist in den meisten Fällen eine Einzelbefragung“ (Lamnek, 1993, S. 392). Das offene Interview wird auch als qualitatives Interview bezeichnet.

¹⁰ „Eine mündliche Befragung, bei der Frageformulierung und die Abfolge der formulierten Fragen genau vorgeschrieben wird. Abweichungen durch den Interviewer sind nicht gestattet, weil mit der Standardisierung gleiche Situationen für alle angestrebt werden, um eine maximale Vergleichbarkeit zu erzielen. Dient der Messung relevanter Merkmale“ (Lamnek, 1993, S. 393).

Das halbstandardisierte Interview¹¹ hat folgende Vorteile:

- Die Fragen werden offen gestellt, die Befragten können sich relativ frei zu den angesprochenen Themen äußern, womit Breite und Tiefe der durch die Antworten gegebenen Informationen groß sind.
- Zudem kann bei mündlichen Befragungen seitens der Patienten von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, bei Nichtverstehen einer Frage noch einmal nachzufragen, so dass nichtverstandene Fragen nicht unbeantwortet bleiben müssen.
- Außerdem kann der Interviewer bei unzureichenden Antworten nachfragen oder aber zu einer detaillierten Antwort motivieren. Es besteht auch die Möglichkeit, falsche Antworten zu korrigieren und zu vermeiden und somit für ein vollständiges Beantworten der Fragen Sorge zu tragen (Pock, 2000).

Demgegenüber ist folgender Nachteil aufzuzeigen:

- Die unter den Vorteilen genannten Möglichkeiten des Nachfragens seitens des Interviewers sind auf der anderen Seite mit erhöhtem Einfluss des Interviewers auf das Antwortverhalten des Patienten verbunden.

Unter Verweis auf Pira (2000) führen Neugebauer und Porst (2001) an, dass Patientenantworten in schriftlichen Befragungen kritischer ausfallen. Nach Walker (1984) und Ware (1978) wird in einer mündlichen Befragung durch den direkten Kontakt zwischen Interviewer und Patient die Bereitschaft zur Äußerung von Kritik herabgesetzt (beides zit. n. Wüthrich-Schneider, 1998). Aust (1994) verweist auf die Auswirkungen der Erhebungsmethode auf das Ergebnis und geht dabei auf die Antwortvorgaben ein. Ihrer Ansicht nach führen formulierte Antwortvorgaben beispielsweise bei Fragebogenerhebungen zu kritischeren Antworten. Die Patientenzufriedenheit soll demnach in mündlichen Befragungen positiver ausfallen. In einer Gegenüberstellung von Fragebogen und Interview konnte Aichele (2001) diese Tendenz mit ihrer Untersuchung bestätigen.

Zu der Auswahl des methodischen Mittels kommt die Formulierung der Fragen. Bei Befragungen zum Thema Gesundheit und Patientenzufriedenheit muss besonders berücksichtigt werden, dass Gesundheit zu einem der höchsten Güter des Patienten

¹¹ Das halbstandardisierte Interview wird auch als Leitfadeninterview bezeichnet. „Unstrukturiertes Interview, bei dem sich der Interviewer eines mehr oder weniger ausgearbeiteten Leitfadens zur Gestaltung des Interviews bedient; ihm bleibt die Reihenfolge und Formulierung der Fragen im wesentlichen selbst überlassen“ (Lamnek, 1993, S. 395).

gehört und Gesundheit bzw. partiell verlorengangene Gesundheit die Emotionen des Patienten berühren. Bereits „die Formulierung der Fragen hat bei emotional belasteten Themen, wozu natürlich Gesundheit und Krankheit gehören, einen starken Einfluss auf die Antwort“ (Williams & Calnan, 1991; zit. n. Arnold & Lang, 1994, S. 14). So können die Fragen positiv oder negativ formuliert werden, wobei negative Formulierungen als geeignet empfohlen werden, um gewissen Antworttendenzen entgegen zu wirken (Arnold & Lang, 1994). „Um dem Problem des Acquiescence-Response-Set¹² zu begegnen“, wird empfohlen, die zur Bewertung stehenden Aussagen (Items) „je zur Hälfte positiv und negativ“ zu formulieren (Langewitz et al., 1995, S. 353), denn deren „alternierende Auflistung“ (.....) „wird ein gedankenloses stereotypes Antwortverhalten erheblich“ erschweren (Neugebauer & Porst, 2001, S. 24).

In einer Analyse von Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit wurde festgestellt, dass sehr allgemein formulierte Fragen wie z.B. „Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Arzt?“ positivere Antworten bei Patienten begünstigen als Fragen, die Details der Zufriedenheit erkunden, wie z.B. „Fühlen Sie sich ausreichend über ihre Krankheit informiert?“. Dieses Phänomen im Antwortverhalten der Patienten beschreibt Aust (1994) als Globalzufriedenheit versus Detailkritik. Die Untersuchung von Erzberger et al. (1989) ergab ebenso eine hohe allgemeine Zufriedenheit mit einhergehender Kritik an Details der medizinischen Versorgung. Allgemeine, wenig detaillierte Fragen sind aus einem weiteren Grund nachteilig: der Problembereich wird nicht abgegrenzt, es werden weitere Fragen notwendig (Straub et al., 1996; zit. n. Pock, 2000).

Befragungen von Patienten zur Zufriedenheit mit ihrem Krankenhausaufenthalt zeigen, dass direkt betroffene Patienten, die also während ihres Krankenhausaufenthaltes befragt wurden, zufriedener waren als Patienten, die nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus in Befragungen ihre Zufriedenheit mit der dortigen ärztlichen Versorgung und Pflege erinnern und wiedergeben sollten. Diese Differenzen bezeichnet Aust (1994) als positives Nahbild versus negatives Fernbild. Nach Benkenstein (1993; zit. n. Aichele, 2001) ist der Patient kurz nach der Inanspruchnahme am differenziertesten und kritischsten in der Beurteilung der erhaltenen medizinischen Leistung.

¹² Zustimmung-Antwortverhalten – Übersetzung der Verfasserin

Eher selten findet sich in der Literatur eine Auseinandersetzung zur Unterscheidung der Fragestellung nach „rating und reporting“, obgleich mit diesen verschiedenen Arten der Fragestellung und Antwortvorgaben mehr oder weniger gearbeitet wird. Beim „rating“ (beurteilen, bewerten) werden Antwortmöglichkeiten in verschiedenen Abstufungen angeboten, wodurch differenzierte Antworten ermöglicht werden (Wüthrich-Schneider, 1998). Häufig eingesetzt werden Likert-Skalen¹³, die sich in fünf Abstufungen bewährt haben. Werden diese Abstufungen mit ausgezeichnet bis mangelhaft festgelegt, ist laut Wüthrich-Schneider mit einer höheren Validität¹⁴ zu rechnen im Vergleich zu anders gewählten Abstufungen. Nachteilig beim „rating“ ist die Beteiligung von emotionalen Reaktionen des Befragten. Dagegen werden beim „reporting“ (Bericht erstatten) Ja/Nein-Fragen gestellt, die im Falle einer negativen Antwort häufig eine Zusatzfrage (z. B. Was war nicht gut?) erforderlich machen, was wiederum die Auswertung erheblich erschweren und verlängern kann. Allerdings sollen auf diesem Wege Problemstellen einfacher zu identifizieren sein. Ein Nachteil dieser Methode ist, dass viele Fragen nicht pauschal mit ja oder nein zu beantworten sind, da eben die Dimensionen der Patientenzufriedenheit differenzierter wahrgenommen werden. Nach Wüthrich-Schneider (1998) ist daher die Methode des „ratings“ vorzuziehen.

Segelke (1997) empfiehlt bei Fragen, die auf die Einstellungen der Befragten abzielen, mehrere Fragen zu einem Thema zu stellen. Auf diese Art und Weise könne ein genaueres Meinungsbild erzielt werden.

Zur Datenerhebung können mehrere bereits vorformulierte Antworten zur Auswahl stehen oder die Möglichkeit zur offenen Antwort bestehen. Die Skalierung der Antwortvorgaben, also ob vier oder fünf oder sechs Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind, soll nach Ware und Hays (1988; zit. n. Arnold & Lang, 1994) ohne Bedeutung sein. Die Skalierung der Antworten kann auch technische Probleme beim Ausfüllen eines Fragebogens bedingen, daher werden Ja/Nein-Fragen als geeignet empfohlen (Langewitz et al., 1995). Bei Antwortskalen mit Zahlen von 0 bis 10 (Elferskala) oder zum Beispiel -3 bis +3 kann von minimaler Beeinflussung durch die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ausgegangen werden, und diese

¹³ Die mit der „Methode des summierten Ratings“ konstruierten Skalen werden Likert-Skalen genannt und gehen auf Renis Likert 1932 zurück. Bei Schnell, Hill und Esser (1999) findet sich eine Darstellung dieses Skalenkonstruktionsverfahrens.

¹⁴ Validität bedeutet Gültigkeit und wird definiert als „Maß für die Übereinstimmung des durch ein Messverfahren Erfassten mit dem theoretisch gemeinten Objekt“ (Lamnek, 1993, S. 388).

ermöglichen ein für alle Fragen eines Bogens identisches Antwortmuster. Außerdem können die problematischen Neutralaussagen wie „weder/noch“ oder „weiß nicht“ damit umgangen werden (Segelke, 1997).

Ein methodisch schwieriges Problem ist die Erkundung der Patientenzufriedenheit hinsichtlich Information und Aufklärung. Verallgemeinernde Fragen behindern hier eine genaue Analyse, es ist wichtig bei der Erkundung der Zufriedenheit mit Information und Aufklärung detaillierte Fragen zu formulieren (Aust, 1994). Stoßberg (1994) weist darauf hin, dass die Informationsbedürfnisse der Patienten groß sind, jedoch werden diese häufig nicht artikuliert. Als Gründe dafür führt er insbesondere institutionelle Rahmenbedingungen an. Diese versteckten Informationsbedürfnisse erschweren die Erkundung der Informations- und Aufklärungszufriedenheit.

Um Ergebnisse von Patientenbefragungen angemessen zu interpretieren, ist es erforderlich, einige Besonderheiten des Antwortverhaltens der Patienten zu berücksichtigen.

Zunächst muss die Rolle der Patienten im gesamten System der ärztlichen Versorgung und des Gesundheitswesens Beachtung finden, d. h., die Interpretation muss im Rahmen des Zusammenspiels von Erwartungs- und Verhaltensmustern der Patienten stattfinden (Siegrist, 1976; zit. n. Pock 2000). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Bedürfnisse, Erwartungen und Ansprüche der Patienten bezüglich der medizinischen Versorgung individuell unterschiedlich sind. Wie in Kapitel 2.1.4 dargelegt, wird das individuelle Anspruchsniveau vom Alter, der Bildung und dem sozialen Status des Patienten beeinflusst. Demnach haben Patienten aus höheren sozialen Schichten höhere Ansprüche an das medizinische Versorgungssystem, während Patienten aus unteren sozialen Schichten eher mit den Gegebenheiten zufrieden sind (Neugebauer & Porst, 2001). Daraus folgt, dass die Maßstäbe und Beurteilungskriterien der Patienten für Zufriedenheit sehr unterschiedlich sind und nicht immer grundsätzlich von einem „Zusammenhang zwischen subjektiver Bewertung und objektivem Tatbestand“ (Aust, 1994, S. 36) ausgegangen werden kann. Die bisher unzureichende Untersuchung von Beurteilungskriterien wird als ein Nachteil von Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit eingeschätzt (Aust, 1994; Neugebauer & Porst, 2001).

Allgemein bekannt ist die Tendenz zu positiven Urteilen bei sozialwissenschaftlichen Untersuchungen (Aust, 1994). Ein Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit ist häufig und dafür können verschiedene Ursachen angeführt werden: Sozial verträgliches Verhalten zwischen Hilfesuchenden (Patienten) und Helfenden (medizinischem Personal, v.a. Ärzte) bedeutet für viele Patienten, keine oder nur abgeschwächt Kritik äußern zu können (Neugebauer & Porst, 2001). Außerdem sehen Hilfesuchende die Begegnung mit dem medizinischen Personal in der Situation der Hilfeerfahrung in zu positivem Licht (Langewitz et al., 1995). Sie empfinden Erleichterung über die Gesundungsprozesse (Aust, 1994) und lassen sich so zu einem milden Urteil verleiten, was auch als Tendenz zur Milde bezeichnet werden kann (Arnold & Lang, 1994).

Die Ausprägung der Tendenz zu sozialer Erwünschtheit wird umso deutlicher, je größer der soziale Abstand des Patienten zum Arzt ist (Langewitz et al., 1995). Weiterhin verleiht die für jeden Patienten große Bedeutung seiner Gesundheit vor allem Ärzten Macht und Autorität. Dies spiegelt sich im Antwortverhalten der Patienten auch durch Tendenzen zu sozialer Erwünschtheit wider (Arnold & Lang, 1994). Es ist anzunehmen, dass durch den sozialen Abstand und die dem Arzt zugeschriebene Autorität Barrieren aufgebaut werden, die die Patienten daran hindern, vorhandene *Unzufriedenheit* zu äußern. Wichtig ist zudem die Beachtung der Tatsache, dass Patienten Nachteile für ihre ärztliche Versorgung befürchten, wenn sie sich nicht im Sinne der sozialen Erwünschtheit äußern (Aust, 1994).

Zu bedenken ist auch das mögliche Auftreten eines Halo-Effektes¹⁵, vor allem bei einem gestörten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient kann dieser Beurteilungsfehler beobachtet werden (Aust, 1994). Dadurch können aufgrund eines negativen Details in der medizinischen Versorgung auch Antworten zu anderen Detailfragen negativ ausfallen.

Arnold und Lang (1994, S. 76) gehen davon aus, „dass es anscheinend gegenüber Ärzten ein Stereotyp gibt, das ein positives Urteil unabhängig von der konkreten Erfahrung mit dem ärztlichen Verhalten provoziert“. Sie begründen damit einen systematischen Fehler in den vielfach positiven Urteilen der Patienten. Dieser

¹⁵ Der aus der Psychologie bekannte Beurteilungsfehler „Halo-Effekt“ bezieht sich auf eine Person oder einen Themenbereich und besagt, dass bei Unzufriedenheit mit einer Dimension auch andere Zufriedenheitsdimensionen negativ bewertet werden.

Das psychologische Wörterbuch nennt den im Deutschen auch als Hof-Effekt bekannten Beurteilungsfehler „Überstrahlung“, die einzelne Eigenschaften oder bestehende Strukturmerkmale besitzen und dadurch im positiven oder negativen Sinne andere Dinge überstrahlen (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998).

erschwert, verhindert aber ihrer Meinung nach nicht die Interpretation der Patientenurteile.

Ebenso hat die Medienberichterstattung zur medizinischen Versorgungssituation nach Darlegung von Aust (1994) Einfluss auf die Ergebnisse von Patientenbefragungen. Kritische Berichte, die parallel zu Patientenbefragungen den Medien zu entnehmen sind, sollen daher in die Interpretation der Patientenaussagen einbezogen werden.

2.2 Gesundheitspolitik

In diesem Abschnitt sollen die Entwicklung der Gesundheitspolitik der letzten Jahre in groben Zügen dargestellt und besondere Probleme dieses Politikfeldes genannt werden. Dabei wird auf den Bedeutungszuwachs der Qualitätssicherung eingegangen und gezeigt, dass die Patientenzufriedenheit im Rahmen des Qualitätsmanagements zunehmend Berücksichtigung findet.

Die Systeme der sozialen Sicherung (Krankenversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung) haben ihren Ursprung in der Zeit der Industrialisierung im ausgehenden 19. Jahrhundert mit der unter Bismarck eingeführten Sozialgesetzgebung. In den jeweils nachfolgenden staatlichen Systemen der Weimarer Republik und des Nationalsozialismus wurden diese sozialen Systeme modifiziert. Nach dem 2. Weltkrieg ist in beiden deutschen Staaten (Bundesrepublik Deutschland, Deutsche Demokratische Republik) die Krankenversicherung anknüpfend an die Sozialgesetzgebung weitergeführt worden.

In dem Zeitraum von 1975 bis 1992 gab es in der Bundesrepublik Deutschland eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik, die Gerlinger (2002, S. 8 u. 9) als traditionelle Kostendämpfungspolitik bezeichnet. Merkmale dieser Periode waren nach Gerlinger die Beitragssatzstabilität als Zielgröße, die moderate „Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern“ und „die vorsichtige Korrektur von Angebotsstrukturen bzw. von Fehlanreizen auf der Seite der Leistungsanbieter“. Ein weiteres und wichtiges Merkmal dieser gesundheitspolitischen Epoche war das Ausbleiben von Strukturreformen. Die in dieser Periode beabsichtigte Steuerung des Handelns der einzelnen Akteure

(Versicherte, Finanzierungsträger, Leistungserbringer) blieb in ihrer Wirkung sehr begrenzt.

Im Jahre 1989 wurde von der CDU/CSU-FDP-geführten Bundesregierung das Gesundheitsreformgesetz (GRG) verabschiedet. Ziel dieses Gesetzes war der Paradigmenwechsel von einer Politik der Kostendämpfung hin zu einer Politik der Strukturreformen im Gesundheitswesen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität blieb weiterhin oberstes gesundheitspolitisches Ziel (Urban, 2001). Mit den Strukturreformen wollte die Politik Fehlentwicklungen begegnen und erhoffte sich durch Erhöhung der Wirtschaftlichkeit Einsparungen in Milliardenhöhe.¹⁶ Zugleich wurde die Durchführung von Qualitätskontrollen seitens der Leistungsanbieter gesetzlich verankert (Rümmeler, 2000), was allerdings ohne wesentliche praktische Konsequenzen blieb.

Zu Beginn der 1990er Jahre kam es trotz der vorangegangenen Bemühungen zu einer Häufung von Problemen im Gesundheitswesen. Als Gründe können dafür erstens der durch die Globalisierung herbeigeführte Druck auf die Begrenzung der Lohnkosten und damit auf die prozentual vom Lohn abgeführten GKV-Beiträge infolge der Konkurrenz um Wirtschaftsstandorte angeführt werden und zweitens die steigende Arbeitslosigkeit nach der deutschen Einigung (Gerlinger, 2002). Angesichts dessen wurde das GRG von 1989 als unzureichend befunden und weitere, tiefgreifendere Strukturreformen im Gesundheitswesen in Angriff genommen. So kam es 1992 zur Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG). Es führte zu großen Veränderungen im Gesundheitswesen:

- freie Kassenwahl der Versicherten und damit Wettbewerb der Kassen untereinander,
- pauschale Vergütung der Leistungserbringer¹⁷,
- Erweiterung der Privatisierung von Behandlungskosten durch neue Handlungsmöglichkeiten für die Kassen¹⁸.

¹⁶ Auch wenn der Ausgabenanstieg in Leistungsausweitungen, medizinischem Fortschritt und gestiegener Versorgungsqualität mitbegründet liegt, sind zugleich Überversorgung, Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeit zu beklagen, die nicht allein durch die angestrebte Sparpolitik beseitigt werden können (Urban, 2001).

¹⁷ Im ambulanten Sektor erfolgte die Begrenzung der Tendenz zur Mengenexpansion durch Praxisbudgets bzw. Regelleistungsvolumina mit Definition von Punktzahlobergrenzen bei weiterer Einzelleistungsvergütung; im stationären Bereich teilweise durch Fallpauschalen und Sonderentgelte unabhängig von der Verweildauer.

¹⁸ „Einführung von Selbstbehalten, Beitragsrückerstattungen und Kostenerstattungen; eine kräftige Anhebung und Dynamisierung der Zuzahlungen“ (Gerlinger, 2002, S. 13). Allerdings wurden diese Maßnahmen größtenteils von der rot-grünen Koalition ab 1998 rückgängig gemacht.

Diese Steuerungsinstrumente sollten für alle Beteiligten im Gesundheitswesen als Anreize für Ausgaben- und Mengenbegrenzung dienen, um so das wichtige gesundheitspolitische Ziel der Ausgabenbegrenzung zu bedienen.

Des Weiteren wurden in der Regierungszeit der schwarz-gelben Koalition im Bund die Finanzierungsträger des Gesundheitswesens (die GKVen) gestärkt, was deren Handlungsspielräume vor allem in der Vertragspolitik mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhöhte. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass mit der Umsetzung des GSG weitreichende Strukturreformen im Gesundheitswesen verwirklicht wurden, die auch von der damaligen Oppositionspartei SPD teilweise (außer Punkt 3) mit getragen wurden.

So kam es mit dem Regierungswechsel auf Bundesebene 1998 (SPD/Die Grünen) auch nicht zu einem grundlegenden Kurswechsel in der Gesundheitspolitik, sondern lediglich zu neuen Akzenten.¹⁹ Weiterhin festgehalten wurde an den Zielen der Ausgabenbegrenzung und der Beitragssatzstabilität in den GKVen. Auch die oben genannten Steuerungsinstrumente wurden größtenteils beibehalten und als geeignete Mittel „für die Gewährleistung einer kostengünstigen und qualitativ hochwertigen Versorgung“ (Gerlinger, 2002, S. 19) angesehen. Die von der Vorgängerregierung eingeführte erweiterte Privatisierung der Behandlungskosten ist rückgängig gemacht worden.

Nachfolgend werden nach Gerlinger (2002, S. 20) neue Akzente der rot-grünen Gesundheitspolitik genannt, die mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (GKV-GRG) verwirklicht wurden:

- „die gesetzliche Verpflichtung der Leistungsanbieter zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagement“,
- „die Einführung einer Positivliste für erstattungsfähige Arzneimittel“,
- die stärkere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung,
- „die weitere Stärkung der hausärztlichen Versorgung“,

¹⁹ Die beabsichtigte Reform der Vergütung von Krankenhäusern, also die erweiterte Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen, bedeutet keinesfalls einen Kurswechsel, sondern die Fortführung des eingeschlagenen Weges. In diesem Sinne ist auch die weitere Stärkung der Finanzierungsträger zu werten. Zum Beispiel können diese nun, zwar eingeschränkt, Verträge mit den Leistungsanbietern ohne Zustimmung der zuständigen KV schließen. Die Aufrechterhaltung des Sicherstellungsauftrages für die medizinische Versorgung auf Seiten der KVen bleibt weiterhin in der Diskussion, denn Verlagerungen auf Seiten der Finanzierungsträger versprechen erweiterte Möglichkeiten bei der Verwirklichung der staatlich vorgegebenen Ausgabenbegrenzung in den GKVen. Damit zeichnet sich ab, dass den Finanzierungsträgern eine Schlüsselrolle bei der Verwirklichung staatlicher Ziele zugewiesen wird (Gerlinger, 2002).

- „die Wiederaufwertung von Primärprävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben der Krankenkassen“,
- Ausbau der Budgetierung in der Vergütung der Leistungserbringer.

Damit die gesundheitspolitischen Entwicklungen der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen nicht auf Kosten der Qualität realisiert werden, hat die rot-grüne Bundesregierung die Qualitätssicherung berücksichtigt. Erstmals wurden konkrete Pflichten der Leistungsanbieter zum Aufbau eines internen Qualitätsmanagements gesetzlich verankert.²⁰ Die Leistungsanbieter sind aufgefordert, im Rahmen der Ergebnisqualität die Patientenzufriedenheit zu evaluieren und in die Gestaltung der medizinischen Versorgung einzubeziehen.

Auch auf diesem gesundheitspolitischen Kurs zeichneten sich Fehlentwicklungen ab, Kurskorrekturen wurden insbesondere durch Neuordnung des Risikostrukturausgleiches und Aufhebung des Arzneimittelbudgets vorgenommen (Gerlinger, 2003).

In der zweiten rot-grünen Legislaturperiode (2002-2005) wurde konstatiert, dass zur finanziellen Sanierung der GKV weitere Strukturreformen auf den Weg gebracht werden müssen. Infolge der Gesetzesinitiative des Jahres 2003 trat zum 01. 01. 2004 das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) in Kraft, das folgende Veränderungen einleitete:

- Ausbau der Qualitätssicherung,
- weitere „Stärkung der Finanzierungsträger gegenüber den Leistungserbringern“,
- „Stärkung der hausärztlichen Versorgung“,
- „Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante Leistungen“,
- weitere Kostenbeteiligung der Patienten durch die Praxisgebühr und die Erhöhung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln, anderen Heilmitteln und Krankenhausaufhalten bzw. Ausgliederung von nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten aus der Erstattung (Gerlinger, 2003, S. 374-375).

Diese Steuerungsinstrumente zielen auf die Ausgaben- und Mengenbegrenzung bei medizinischen Dienstleistungen ab und sind nach Einschätzung von Gerlinger Privatisierungsmaßnahmen innerhalb der GKV.

²⁰ Das 2002 „in Kraft getretene Fallpauschalengesetz, das die Modalitäten der DRG- Einführung regelt, erweiterte (.....) noch einmal die Anforderungen an die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. So haben Finanzierungsträger und Leistungserbringer nun bundesweit geltende Mindestanforderungen für die Struktur- und Ergebnisqualität festzulegen. Des Weiteren werden die Krankenhäuser verpflichtet, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen (.....)“ (Gerlinger, 2003, S. 371).

Der Ausbau der Qualitätssicherung wurde durch verschiedene Schritte verwirklicht. Zum einen wurde ein „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ geplant. Die ambulant tätigen Ärzte wurden zur Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements verpflichtet²¹, mit dessen Verwirklichung auch die Durchführung von Patientenbefragungen erfolgt. Die Krankenhäuser wurden zur Veröffentlichung eines Leistungsberichtes alle zwei Jahre verpflichtet, der umfassende Informationen über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität enthalten muss (Schlemm & Scriba, 2004). In diesen Leistungsbericht können Daten von Patientenbefragungen einbezogen werden.

Die seit 2005 amtierende Große Koalition im Bund aus CDU/CSU und SPD hat nach lang andauerndem Richtungsstreit im Jahr 2007 eine neue Gesundheitsreform auf den Weg gebracht. Zu den wesentlichen Veränderungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zählen:

- Beauftragung einer fachlich unabhängigen Institution für die Messung, Darstellung und Dokumentation der Versorgungsqualität in allen Versorgungsbereichen,
- Gesetzliche Festlegung eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes, der ab Januar 2009 in den Gesundheitsfond eingezahlt wird, die GKVen erhalten in Abhängigkeit ihrer Mitgliederzahlen Gelder aus dem Gesundheitsfond,
- Wahltarifangebote bei den GKVen,
- Ausbau der integrierten Versorgung,
- Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser (BMG, 2007).

Auch die Große Koalition hat die Qualitätssicherung berücksichtigt und für alle Versorgungsbereiche verbindlich vorgeschrieben.

Zum Verständnis deutscher Gesundheitspolitik sollen zusätzlich die folgenden Erläuterungen spezifischer Problemfelder beitragen.

Das Ziel der Ausgabenbegrenzung in den GKVen legt den Verdacht nahe, dass die Ausgaben in den letzten Jahren stetig angestiegen sind. Dies ist aber nicht der Fall, die beklagte Kostenexplosion im Gesundheitswesen hat ihre Ursache in

²¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wurde mit der Erarbeitung einer Richtlinie beauftragt. Zum Januar 2006 trat die Richtlinie „über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungswartungsinternes Qualitätsmanagement“ in Kraft. Die sogenannte QM-Richtlinie des G-BA legt Grundelemente und Instrumente zum Qualitätsmanagement in Praxen fest (Merten & Gerst, 2007).

Einnahmedefiziten (Kühn, 2001).²² Nun ist es aber legitim, sinkenden Einnahmen unter anderem mit einer Begrenzung der Ausgaben zu begegnen, was mit oben dargelegten Steuerungsinstrumenten verwirklicht werden soll.

Die gegenwärtigen und zukünftigen demografischen Veränderungen unserer Gesellschaft, namentlich der steigende Anteil alter Menschen, werden als eine Ursache zukünftig weiter steigender Ausgaben der GKVen angeführt. Da dieser Effekt durch die hohe Arbeitslosigkeit bereits vorweggenommen wird, kann dem Problem mit einer effizienten Arbeitsmarktpolitik begegnet werden.²³

Immer wieder in die Diskussion gerät auch die Versicherungspflichtgrenze, die Beziehern höherer Einkommen eine - relativ gerechnet - kostengünstigere Private Krankenversicherung (PKV) ermöglicht, ohne damit am Solidarausgleich teilzunehmen. „Die Beteiligung aller Bürger an einem gesamtgesellschaftlichen Solidarausgleich hätte jedoch deutliche Vorteile: die Einnahmen würden durch gleiche prozentuale Belastung von höheren Einkommen erhöht, die Ausgaben durch das geringere Krankheitsrisiko der neu Hinzugekommenen entlastet“ (Kühn, 2001, S. 13). Dies könnte auch mit der Beteiligung der Privatversicherten am Risikostrukturausgleich verwirklicht werden, der schon zwischen den GKVen realisiert wird.

Hin und wieder wird auch von einer Anspruchsinflation geredet, die für steigende Kosten im Gesundheitswesen mit verantwortlich sei. Damit wird Patienten pauschal die übermäßige Inanspruchnahme der Leistungen medizinischer Versorgung unterstellt, obwohl hauptsächlich Ärzte über die Erbringung medizinischer Leistungen entscheiden.

Nicht zuletzt muss auch die Tatsache berücksichtigt werden, dass sich personenbezogene Dienstleistungen (Behandlung, Pflege, Beratung, Unterrichtung)

²² Die Ausgaben der GKVen werden als Prozentsatz des Bruttoinlandsproduktes gemessen und liegen etwa konstant bei 6 %. Steigt nun das Bruttoinlandsprodukt, dann sinkt der prozentuale Anteil der Ausgaben der GKVen relativ und ebenso steigt er umgekehrt. Die Einnahmen der GKVen bestehen aber aus bestimmten Prozentsätzen der Löhne, der Lohnanteil am Bruttoinlandsprodukt (die Lohnquote) ist seit den 1980er Jahren gesunken und bedingt daher die gestiegenen Beitragssätze in den GKVen (Kühn, 2001).

²³ Dies bedingt natürlich langfristig eine weitere Abnahme des relativen Anteils erwerbsfähiger Menschen und führt dadurch zu relativ sinkenden Einnahmen. Doch „die hohe Unterbeschäftigung nimmt heute den größten Teil der vom demografischen Wandel erwarteten Einnahmeausfälle bereits vorweg.“ Daher sollte dem Problem der sinkenden Einnahmen in den GKVen mit effizienter und innovativer Arbeitsmarkt-, Bildungs- und Wirtschaftspolitik begegnet werden, um die vielen Erwerbslosen wieder in den Arbeitsmarkt eingliedern zu können. „Auch das Argument, die Arbeitslosen seien nicht ausreichend qualifiziert, legt kein Altersstrukturproblem offen, sondern ein erhebliches Qualifikationsdefizit (...), entscheidend ist im lohnfinanzierten System immer die Beschäftigung“ (Kühn, 2001, S. 12).

in den letzten Jahren verteuert haben und an der gesellschaftlichen Wertschöpfung anteilig zulegen (Kühn, 2001).²⁴

Die Aufrechterhaltung der Finanzierbarkeit der GKVn erfordert mutige und sozial ausgewogene Entscheidungen von den politisch Verantwortlichen, selbst wenn die Interessen mächtiger Lobbygruppen unserer Gesellschaft dabei etwas beschnitten werden müssten. Die verschiedenen politischen Lager, die unter gewissem Einfluss der Lobbyisten stehen, sind über die Wege zum vereinbarten Ziel der finanziellen Sanierung der GKVn nicht einig. Die gesundheitspolitischen Entscheidungen sind vor allem auf Wirtschaftlichkeit durch Strukturreformen und Kostendämpfung ausgerichtet (Rosenbrock, 1998). Zu vermuten ist, dass diese Ausrichtung der Gesundheitspolitik den Problemen der GKVn vor allem langfristig nicht gerecht werden wird. Vor diesem Hintergrund kann das Modell der Bürgerversicherung als sozial ausgewogenere Alternative zum aktuellen Finanzierungsmodell mit Trennung in GKV und PKV diskutiert werden.

Die Gesundheitsreformen beinhalten Maßnahmen zur Qualitätssicherung, im Rahmen des Qualitätsmanagements sind deshalb Patientenbefragungen zur Evaluation der Qualität medizinischer Leistungen durchzuführen. Damit wird Patientenzufriedenheit als Indikator der Qualität der medizinischen Versorgung zunehmend anerkannt und kann so für deren Gestaltung wertvolle Impulse liefern.

²⁴ Der Grund hierfür liegt in der Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Produktivität, mit der personenbezogene Dienstleistungen eben nicht mithalten können. Diese Verteuierung muss in jeder Zusammenstellung eines Budgets im Gesundheitswesen berücksichtigt werden.

3 FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESE

Die Interaktion zwischen Arzt und Patient ist ein Hauptaspekt für die Wahrnehmungen und Beurteilungen der medizinischen Versorgung seitens des Patienten. Diese Interaktion ist somit ein elementarer Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit. Die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens sind weitreichenden Veränderungen unterworfen, vor diesem Hintergrund sollen mit dieser Untersuchung Tendenzen in der Entwicklung des Niveaus der Patientenzufriedenheit erkundet werden.

Dabei wird von der Hypothese ausgegangen, dass die Patientenzufriedenheit stark abhängig ist von der vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patient-Beziehung.

Es wird zugleich angenommen, dass die Patientenzufriedenheit von Patientenmerkmalen abhängig ist.

Die Patientenzufriedenheit wird dabei untersucht als:

- Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand,
- Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung,
- Zufriedenheit mit dem Hausarzt,
- Veränderung der Einstellung gegenüber Ärzten,
- Einschätzung zur Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen,
- Verbesserungsvorschläge zur medizinischen Versorgung.

Als Patientenmerkmale fungieren:

- Geschlecht,
- Alter,
- berufliche Tätigkeit,
- Persönlichkeitseigenschaft (Optimismus / Pessimismus).

4 METHODIK

4.1 Untersuchungsanlage

Die Datenerhebung fand im Rahmen der Studentenseminare zur Medizinischen Psychologie der Universität Rostock statt. Um Studenten der Medizin an die hohe Relevanz der Thematik Patientenzufriedenheit und Arzt-Patient-Beziehung im Berufsalltag heranzuführen, erhielten sie im Fach Medizinische Psychologie folgende Aufgabe: Ein Patient oder eine Patientin mit langjähriger Krankengeschichte soll zum Thema Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung und Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen befragt werden. Dazu bekamen die Studenten einen Fragebogen und einen Leitfaden für ein halbstandardisiertes Interview ausgehändigt. Auf diesem Wege sollte parallel zur Erarbeitung theoretischer Grundlagen aktiv die Auseinandersetzung mit wichtigen berufspraktischen Themen angestoßen und ein substantieller Einstieg in Problemdiskussionen geliefert werden. Im Mittelpunkt der Befragung stand dabei die Zufriedenheit der Patienten mit Ärzten im Allgemeinen, also mit den verschiedenen behandelnden Ärzten im Laufe der Jahre.

Diese Patientenbefragung verteilte sich zeitlich auf die Jahre 1998- 2002 und örtlich auf das gesamte Bundesgebiet, da mehr als die Hälfte der Rostocker Medizinstudenten aus den alten Bundesländern stammen und häufig der Interviewpartner am Heimatort, teilweise aus dem weiteren Verwandten- oder Bekanntenkreis ausgewählt wurde. Manche suchten sich ihren Interviewpartner auch während der Berufspraktika aus oder trugen ihr Anliegen in ärztliche Praxen.

4.2 Erhebungsinstrumente

Aufgrund der in Kapitel 2.1.5 ausgeführten methodischen Vorüberlegungen wurden für die vorliegende Untersuchung zwei Methoden der Sozialforschung ausgewählt, um die Zufriedenheit der Patienten zu erkunden: Erstens eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen und zweitens eine mündliche Befragung auf der Grundlage eines halbstandardisierten Interviews.

Die Datenerhebung unterteilte sich daher in zwei Abschnitte, der erste Teil war die schriftliche Befragung anhand des Fragebogens, im zweiten Teil wurden die Patienten mündlich anhand des halbstandardisierten Interviews befragt. Dabei hat jeweils ein Interviewer genau einen Patienten befragt und denselben Patienten um Bearbeitung des Fragebogens gebeten, so dass jeder befragte Patient schriftlich und mündlich seine Meinung geäußert hat. Die Studenten hatten die Aufgabe, von dem halbstandardisierten Interview ein Protokoll anzufertigen.

Die schriftliche Befragung erfolgte anhand des abgebildeten Fragebogens mit insgesamt fünf Fragen zu Themenbereichen der Patientenzufriedenheit, eine Frage zielte auf die Selbsteinschätzung der Patienten. Für alle geschlossenen Fragen war eine Skala mit fünf Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Eine offene Frage erkundete die gesundheitlichen Beschwerden des Befragten. Als letztes wurde erfragt, für welche Details der medizinischen Versorgung die Patienten Verbesserungsbedarf sehen.

Name des Studenten.....

1. Wie schätzen Sie sich selbst ein? Ich bin eigentlich ...

- optimistisch etwas optimistisch weder/noch etwas pessimistisch pessimistisch

2. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?

- sehr zufrieden zufrieden weder/noch unzufrieden sehr unzufrieden

3. Welche gesundheitlichen Probleme haben Sie?

.....
.....

4. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Betreuung / Versorgung allgemein?

- sehr zufrieden zufrieden weder/noch unzufrieden sehr unzufrieden

5. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt /-ärztin?

- sehr zufrieden zufrieden weder/noch unzufrieden sehr unzufrieden

6. Hat sich im Laufe Ihres Lebens Ihre Einstellung gegenüber Ärzten verändert?

- sehr verschlechtert verschlechtert weder/noch verbessert sehr verbessert

7. Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?

- sehr gering gering weder/noch stark sehr stark

8. Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern?
(maximal 3x ankreuzen)

- sorgfältigere körperliche Diagnostik
- mehr Zeit für Gespräche mit dem Arzt
- bessere Aufklärung über Krankheit und Prognose
- bessere Aufklärung über gesunde Lebensführung
- mehr Eingehen auf persönliche Situation
- weniger Unkosten
- Beratung / Begleitung in Lebenskrisen
- Sonstiges:.....

Abb. 2: Fragebogen

Für die mündliche Befragung stand dem Interviewer ein Fragenkatalog zur Verfügung. Er bestand aus Fragekomplexen zu den Themenbereichen psychische Faktoren und Krankheitsgeschehen, Erfahrungen mit Ärzten und Arzt des Vertrauens, Veränderungen der Einstellungen gegenüber Ärzten sowie Verbesserungsvorschläge zur medizinischen Versorgung.

Die Interviewleitfragen waren offen oder dichotom formuliert, Ja/Nein-Fragen mündeten gelegentlich in weitere Fragen.

Im Rahmen des Interviews wurden soziodemografische und sozioökonomische Daten erhoben.

Kurs Medizinische Psychologie	Semester:	Seminargruppe.:
Name des Studenten		
Befragung eines älteren Menschen / Patienten nach seinen Erfahrungen mit Krankheit, Ärzten und Gesundheitswesen		
Alter des Patienten	Beruf	(männl. / weibl.)
<u>Das Gespräch sollte u. a. folgende Fragen einschließen:</u>		
Wegen welcher chronischer Beschwerden wurde / wird ärztliche Hilfe in Anspruch genommen? Gab es „krankmachende“ Lebensereignisse? Sind psychische Faktoren an der Krankheitsentstehung und am Krankheitsverlauf beteiligt? Eigene positive und negative Erfahrungen mit Ärzten: Erkunden der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung, Aufklärung und Information. Welche Erwartungen wurden erfüllt, welche enttäuscht? Hat die Person einen Arzt (Ärztin) des Vertrauens? Wenn ja, was zeichnet ihn (sie) aus? Hat sich die Einstellung gegenüber Ärzten im Laufe des Lebens gewandelt? Was tut die Person selbst, um ihre gesundheitliche Situation zu verbessern? Einstellung zur Schulmedizin versus alternativer Heilmethoden. Wodurch könnte die Arzt-Patient-Beziehung verbessert werden?		

Abb. 3: Interviewleitfragen

Diese Untersuchung erkundet orientierend anhand des Fragebogens die Einstellungen der Patienten und vertieft die Aussagen der Patienten mit der Methode des halbstandardisierten Interviews.

Anhand der beiden Erhebungsinstrumente ergeben sich unabhängige und abhängige Variablen.

Als unabhängige Variablen werden behandelt:

- Geschlecht,
- Alter,
- Beruf,
- Persönlichkeitseigenschaft (Optimismus / Pessimismus).

Als abhängige Variablen des Fragebogens ergeben sich für die Patientenzufriedenheit:

- Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand,
- Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Betreuung,
- Zufriedenheit mit dem Hausarzt,
- Veränderung der Einstellung gegenüber Ärzten im Laufe des Lebens,
- Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen,
- Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Versorgung.

4.3 Stichprobe

Es wurden 206 erwachsene Patienten befragt, die durch ihre eigene Krankengeschichte Erfahrungen mit unserem Gesundheitswesen gemacht haben. Als Ausschlusskriterien galten lediglich mentale Beeinträchtigungen wie zum Beispiel dementielle Erkrankungen.

Bezogen auf 206 Befragte ergibt sich eine Verteilung nach dem Geschlecht in 68 Prozent weiblichen zu 32 Prozent männlichen Geschlechts, also 140 Frauen und 66 Männer.

Die befragten Patienten sind zwischen 18 und 96 Jahren alt. Es erfolgt eine Aufteilung in drei Altersgruppen, wobei Patienten aus der Altersgruppe der 40-69jährigen am häufigsten vertreten sind.

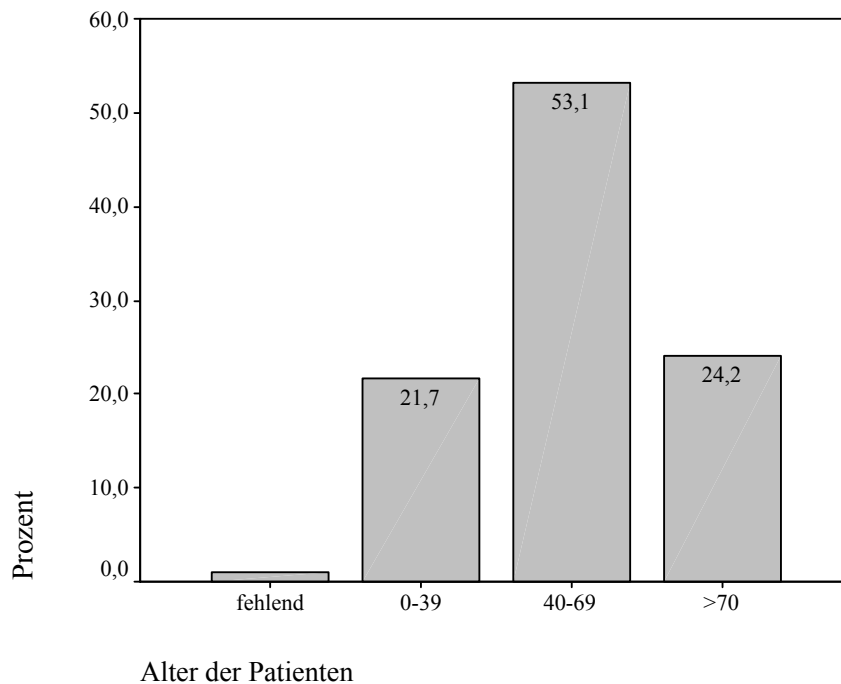


Abb. 4: Alter der Patienten

Die berufliche Tätigkeit der Befragten wird in den aufgeführten Gruppen erfasst. Die von älteren Befragten häufig angegebene Berufsbezeichnung „Rentner“ wird ausgeschlossen, was die große Anzahl fehlender Angaben erklärt.

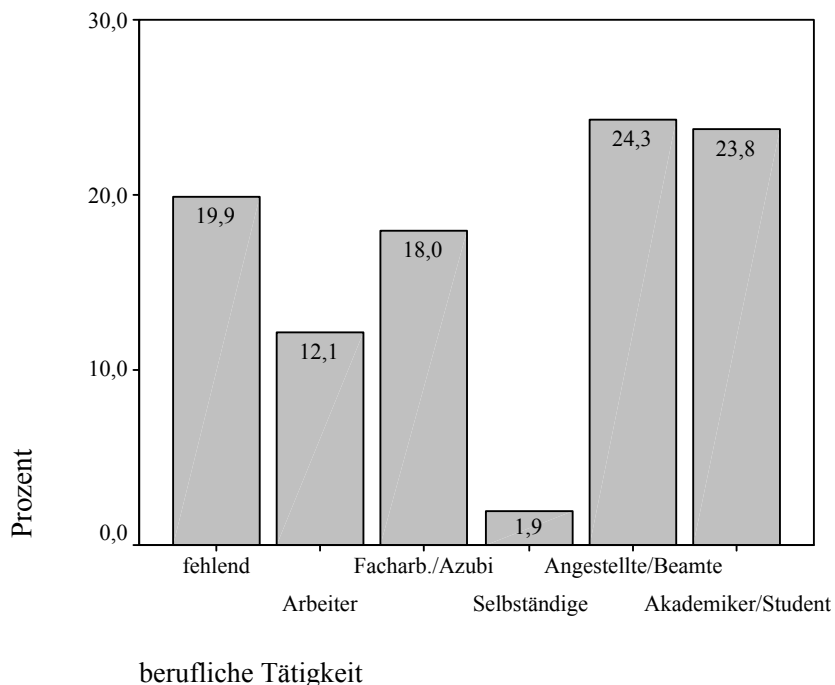


Abb. 5: berufliche Tätigkeit der Patienten

Die gesundheitlichen Beschwerden der Patienten sind nach medizinischen Fachgebieten geordnet und gezählt worden. Mehrheitlich haben die Patienten Beschwerden, die den Fachgebieten Innere Medizin/Allgemeinmedizin zuzuordnen sind. Mit 3,4% bzw. 4,4% sind die Fachgebiete HNO und Gynäkologie vertreten. Aus den Fachgebieten Psychiatrie/Psychotherapie und Dermatologie geben jeweils 2,9% der Befragten Beschwerden an. Lediglich 1,9% der Patienten geben an, keine Beschwerden zu haben.

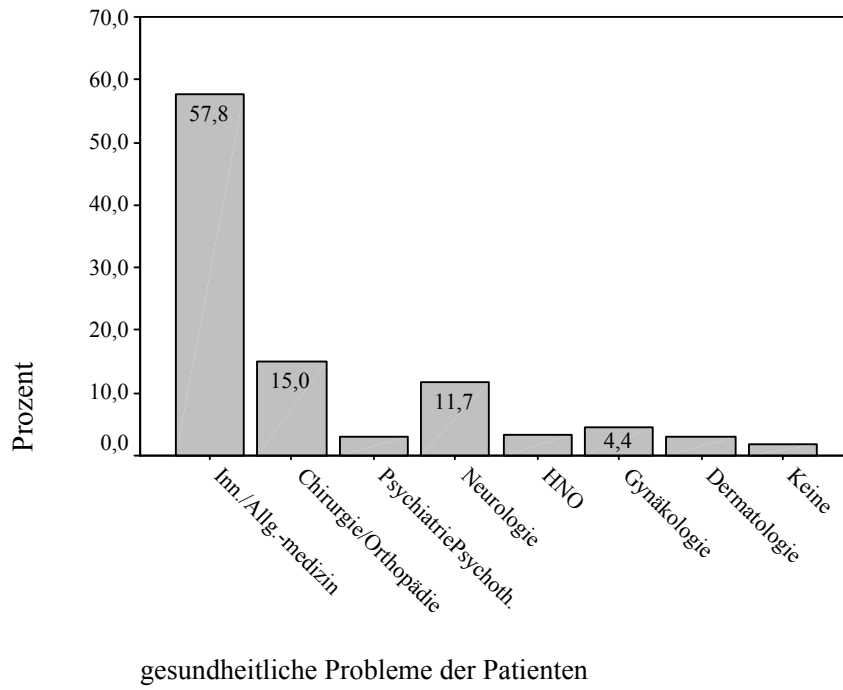


Abb. 6: gesundheitliche Probleme der Patienten

4.4 Auswertung

Die erhobenen Daten werden mit dem Statistikprogramm SPSS 8,0 (Superior Performing Software Systems) bearbeitet.

Die skaliert vorliegenden Antworten der ausgefüllten Fragebögen werden direkt einer Häufigkeitsermittlung zugänglich gemacht.

Die Interviewprotokolle sind in Umfang und Qualität unterschiedlich ausgefallen, es wurden nicht immer alle Fragen beantwortet und so muss eine unterschiedlich hohe Anzahl fehlender Antworten aufgelistet werden.

Die protokollierten Antworten werden nach häufig angesprochenen Themenbereichen geordnet. Daraus erfolgt die Bildung von Antwortkategorien. Die pro Frage am häufigsten genannten Kategorien werden einer Häufigkeitsermittlung zugeführt. Für die dichotomen Fragen des Interviews wird anhand der Ja/Nein-Antwort eine Häufigkeitszählung durchgeführt. Um die Statistik anschaulich zu machen, werden Zitate der Patienten nach Themenbereichen zusammengestellt.

Aus beiden Erhebungsinstrumenten ergeben sich inhaltliche Überschneidungen für folgende drei Fragen:

- Einstellungsveränderungen gegenüber Ärzten
- Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen
- Verbesserung der medizinischen Versorgung.

Die Antworten von Fragebogen und Interview werden einander gegenübergestellt. Hierbei kann erkundet werden, ob die schriftliche und die mündliche Meinungsäußerung der Patienten tendenziell übereinstimmt.

Die mit den Fragebögen erhobenen quantitativen Daten werden den nachfolgend genannten Untersuchungsschritten unterzogen.

Die unabhängigen Variablen werden hinsichtlich ihrer zentralen Tendenzen untersucht.

Danach wird auf Zusammenhänge zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen geprüft. Dieser Untersuchungsschritt bildet ab, von welchen Patientenmerkmalen die Einstellungen der Patienten abhängen. Dazu werden

statistische Testverfahren angewandt, bei deren Auswahl das Skalenniveau der Variablen zu beachten ist.

Die Messniveaus Nominalskala²⁵ und Ordinalskala²⁶ lassen nur nichtparametrische statistische Tests²⁷ oder nichtparametrische Korrelationsmaße²⁸ zu.

Um den Zusammenhang zwischen jeweils zwei Variablen auf Ordinalskalenniveau zu bestimmen, wird der nichtparametrische Korrelationskoeffizient nach Kendall-Tau²⁹ verwendet.

Zur Bestimmung des Zusammenhanges von zwei Variablen auf Nominalskalenniveau wird der Chi-Quadrat-Test³⁰ eingesetzt.

Der Zusammenhang zwischen Variablen unterschiedlichen Skalenniveaus wird mit dem Chi-Quadrat-Test berechnet. Im Einzelfall wird der höherwertige t-Test³¹ für den Mittelwertvergleich eingesetzt.

Im letzten Schritt wird nach Zusammenhängen zwischen den ordinalskalierten abhängigen Variablen untersucht, dazu wird der Korrelationskoeffizient Kendall-Tau zur Berechnung herangezogen.

Die Signifikanzniveaus sind wie folgt definiert:

$p < 0,05$ statistisch signifikanter Zusammenhang

$p < 0,01$ statistisch hochsignifikanter Zusammenhang.

²⁵ „Klassifikationsgrundlage qualitativer Daten. Die einzige Bedingung, die eine Nominalskala erfüllen muss, ist, dass Ereignis und Klasse einander eindeutig zugeordnet werden können. Zwischen den Klassen einer Nominalskala besteht qualitative Verschiedenheit, innerhalb der Klasse Gleichheit aller Fälle. Andere Beziehungen bestehen zwischen den Klassen einer Nominalskala nicht. Die Reihenfolge der Klassen einer Nominalskala ist bedeutungslos“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 582).

²⁶ „Eine Ordinalskala oder Rangordnung stellt die einfachste Form einer Metrik dar. Sie ermöglicht Aussagen über die Größenrelationen von Beobachtungseinheiten im Sinne von „größer – kleiner“, nicht jedoch über die Größenunterschiede zwischen den verschiedenen Elementen“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 597).

²⁷ Ein nichtparametrischer statistischer Test wird beschrieben als „Modell, welches keine Bedingungen über die Parameter der Population festlegt, aus der die Stichprobe gezogen wurde“ (Siegel, 1976, S. 31).

²⁸ Ein Korrelationskoeffizient gibt mit einer ganz bestimmten Wahrscheinlichkeit den Zusammenhang zwischen zwei Variablen an.

²⁹ Der Einsatz von Kendall-Tau verlangt für beide Variablen mindestens Ordinalniveau und beschreibt einen linearen Zusammenhang (Siegel, 1976).

³⁰ Dieser Test überprüft Unterschiede in den Verteilungen der Antworten (Siegel, 1976). Der Chi-Quadrat-Test kann sowohl auf Nominalniveau als auch auf höherem Skalenniveau eingesetzt werden.

³¹ „Statistische Prüfverfahren, die auf der t-Verteilung beruhen. Zumeist wird unter t-Test ein parametrischer Signifikanztest für Unterschiede zwischen den Mittelwerten zweier unabhängiger oder abhängiger Stichprobenverteilungen verstanden“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 893).

5 ERGEBNISSE³²

5.1 Fragebogenbefunde

Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand

Zur eigenen Situation der Patienten zählt deren Gesundheitszustand. Die Frage „**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?**“ ist eine Einschätzung der eigenen gesundheitlichen Situation der Befragten.

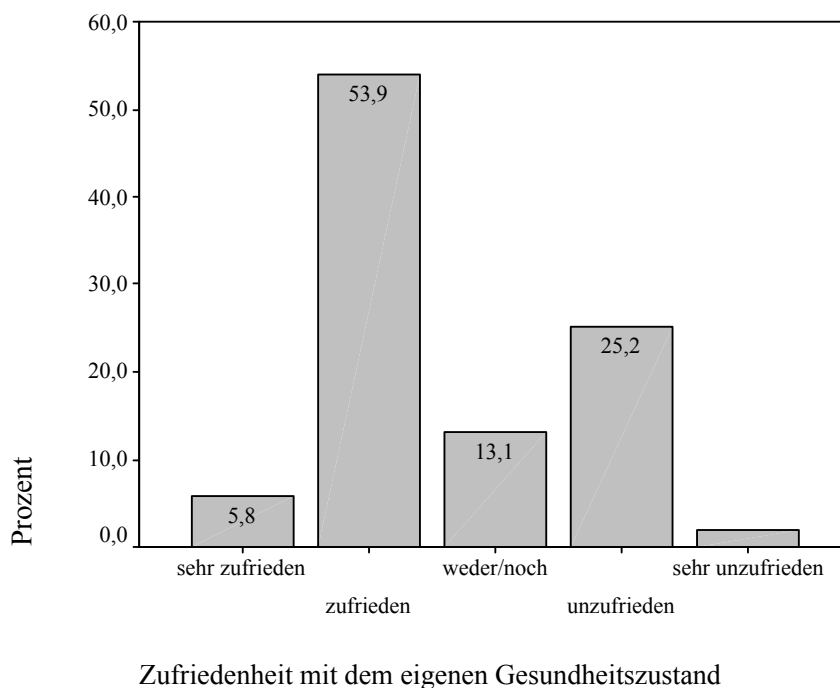


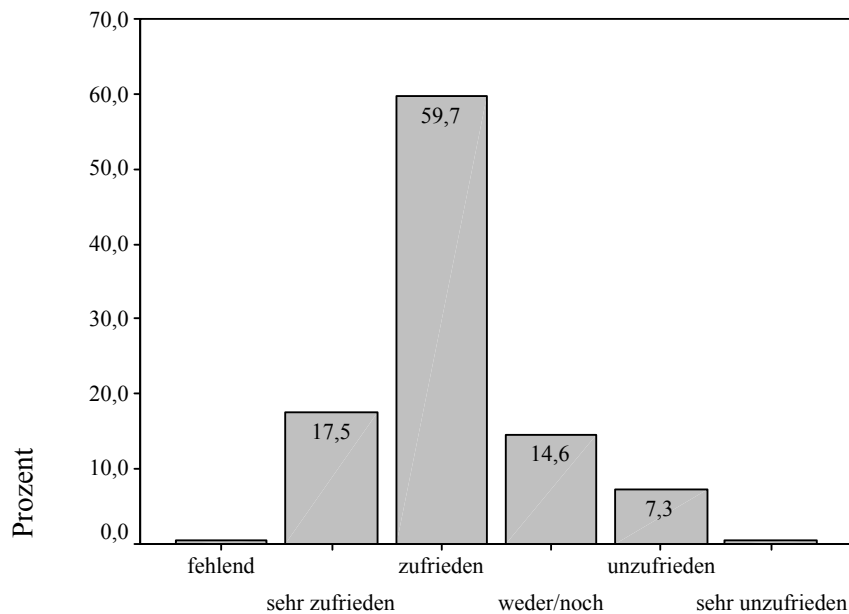
Abb. 7: Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand

Mit 53,9% sind die Patienten mehrheitlich zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand. 25,2% der Befragten geben *Unzufriedenheit* mit der eigenen gesundheitlichen Situation an, 1,9% sind sehr *unzufrieden*.

³² Die Patienten hatten bei mehreren Fragen die Möglichkeit mehrere Antworten anzugeben, im Text wird für die jeweilige Frage darauf hingewiesen. Für die Ergebnisse resultiert eine gesonderte tabellarische Darstellung sowie Prozentwerte, die für die jeweilige Frage in ihrer Summe ungleich 100% sind.

Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung

Mit der Frage „**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Betreuung / Versorgung allgemein?**“ wird das allgemeine Zufriedenheitsniveau der Patienten erkundet.



Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung allgemein

Abb. 8: Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung allgemein

Die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung ist zusammengefasst mit 77,2% hoch, 17,5% sind sehr zufrieden und 59,7% der Befragten sind zufrieden.

Dagegen ist der Anteil der *Unzufriedenen* mit 7,3% klein, 0,5% sind sehr *unzufrieden*.

Zufriedenheit mit dem Hausarzt

Der Hausarzt ist für viele Patienten der erste Ansprechpartner bei gesundheitlichen Beschwerden. Die Frage „**Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt / -ärztin?**“ erkundet die allgemeine Zufriedenheit mit dem Hausarzt.

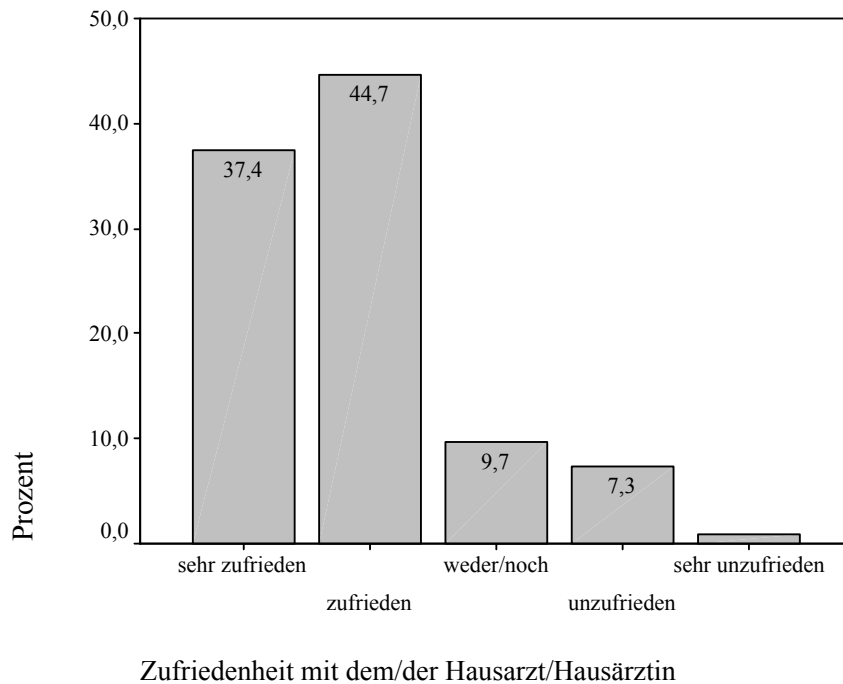


Abb. 9: Zufriedenheit mit dem Hausarzt

Die Zufriedenheit mit dem Hausarzt liegt bei 82,1%, 37,4% der Befragten sind sehr zufrieden und 44,7% sind zufrieden.

Dagegen sind 7,3% mit dem Hausarzt *unzufrieden*, 1,0% der Befragten sind sehr *unzufrieden*.

Einstellungsveränderung gegenüber Ärzten im Laufe des Lebens

Die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung bedingt die Einstellungen und die Einstellungsveränderungen gegenüber Ärzten. Die Frage „**Hat sich im Laufe Ihres Lebens Ihre Einstellung gegenüber Ärzten verändert?**“ zielt auf Einstellungsveränderungen der Patienten.

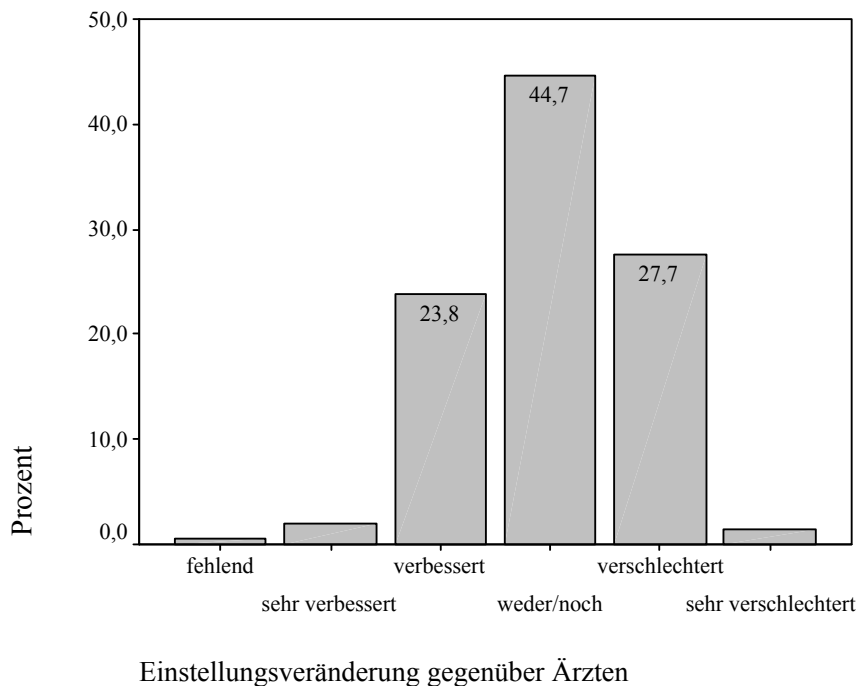


Abb. 10: Einstellungsveränderung gegenüber Ärzten

Eine Verbesserung der Einstellung gegenüber Ärzten geben 25,7% der Befragten an, deren Einstellung hat sich verbessert oder sehr verbessert (1,9%).

Die Mehrheit der Befragten sagt aus, die Einstellung gegenüber Ärzten habe sich weder verbessert noch verschlechtert.

Eine Verschlechterung der Einstellung gegenüber Ärzten geben 27,7% der Befragten an und 1,5% sagen aus, die Einstellung gegenüber Ärzten habe sich sehr verschlechtert.

Einfluss psychischer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen

Der Einfluss psychischer Faktoren auf gesundheitliche Beschwerden wird mit der Frage „Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?“ für die Patienten thematisiert.

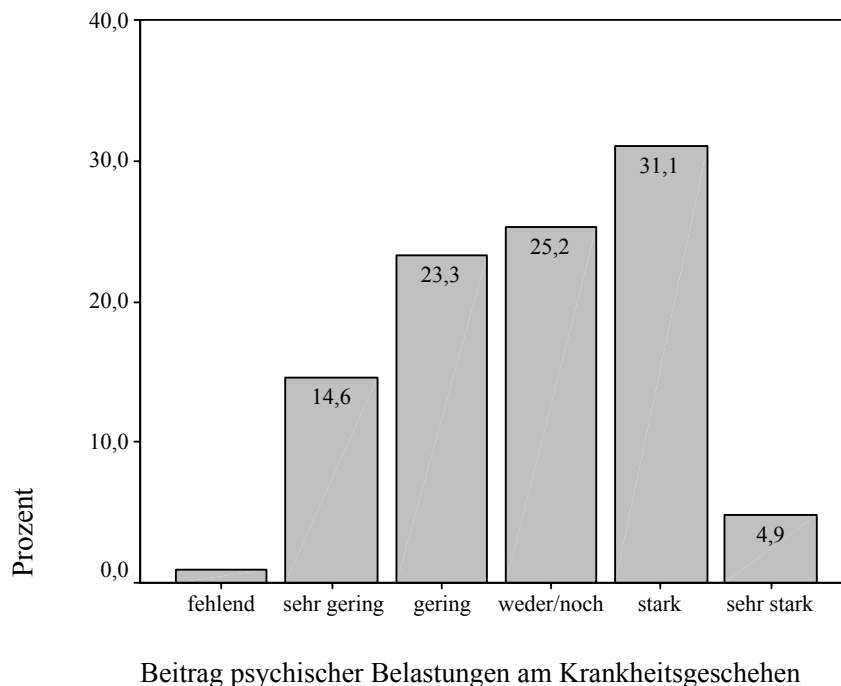


Abb. 11: Beitrag psychischer Belastungen am Krankheitsgeschehen

23,3% der Befragten sind der Ansicht, dass der Beitrag psychischer Belastungen an den gesundheitlichen Beschwerden gering ist. 31,1% der Patienten halten die Zunahme der Beschwerden durch psychische Belastungen für stark ausgeprägt. Dagegen entschieden sich 25,2% für die Neutralantwort, diese Befragten stimmen weder einem starken noch einem geringen Einfluss psychischer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen zu.

Verbesserung der medizinischen Versorgung

Mit der Frage „**Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern?**“ wird erkundet, in welchen Bereichen die Patienten ihre medizinische Versorgung als verbesserungsbedürftig einschätzen.

Bei dieser Frage bestand die Möglichkeit mehrere Antworten anzugeben.

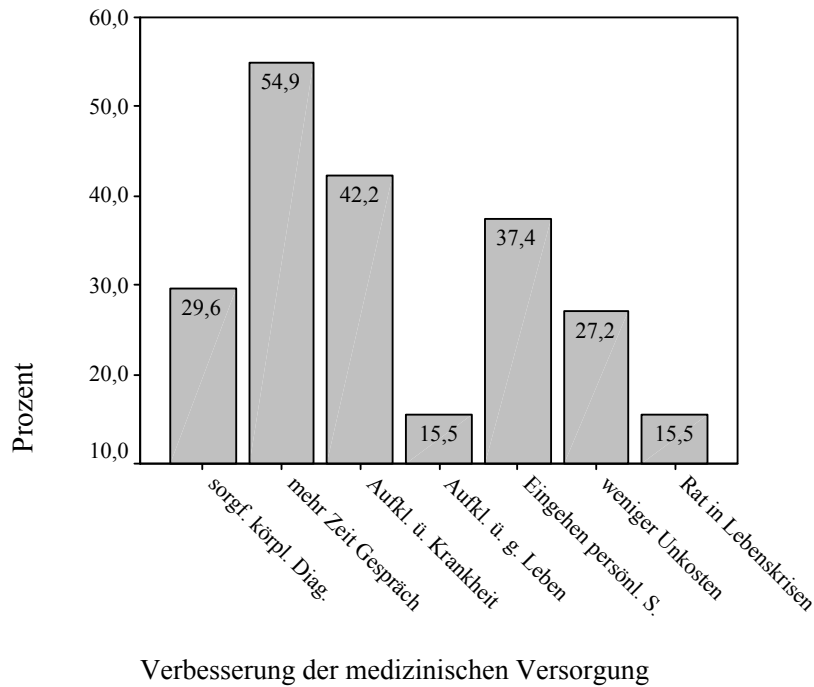


Abb. 12: Verbesserung der medizinischen Versorgung

Mit 54,9% wird der Vorschlag „mehr Zeit für Gespräch“ zwischen Arzt und Patient am häufigsten genannt. An zweiter Stelle steht der Vorschlag „bessere Aufklärung über Krankheit und Prognose“, am dritthäufigsten wird vorgeschlagen, das „Eingehen auf die persönliche Situation“ des Patienten zu verbessern.

Die „Sorgfalt bei der körperlichen Diagnostik“ wird von knapp einem Drittel für verbesserungsbedürftig gehalten und auch die „Unkosten“ werden von 27,2% als unangemessen eingeschätzt.

Selbsteinschätzung: Optimismus versus Pessimismus

Die Frage „Wie schätzen Sie sich selbst ein? Ich bin eigentlich...“ erkundet, ob die Befragten sich selbst optimistisch oder pessimistisch wahrnehmen.

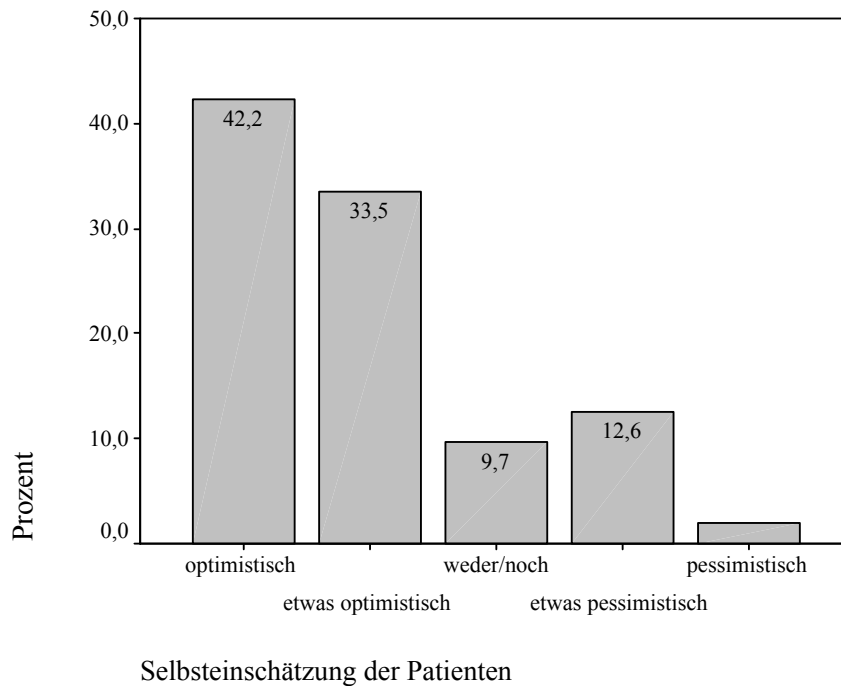


Abb. 13: Selbsteinschätzung der Patienten

Die Mehrheit der Befragten schätzt sich optimistisch ein, 42,2% der Patienten geben an, optimistisch zu sein und weitere 33,5% schätzen sich etwas optimistisch ein. Für etwas pessimistisch halten sich 12,6% der Befragten, 1,9% schätzen sich pessimistisch ein.

5.2 Interviewbefunde³³

Psychische Faktoren und Krankheitsgeschehen

Folgende Patientenaussagen geben einen Überblick über die Bandbreite der Einschätzungen zur Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen und zu krankmachenden Lebensereignissen.

Einschätzungen zu psychischen Faktoren am Krankheitsgeschehen

- Es gibt keine krankmachenden Lebensereignisse in meinem Leben. Es gibt keine Einwirkung von psychischen Faktoren auf eine Krankheitsentstehung, da ich mich selbst als psychisch stabil und positiv dem Leben gegenüber eingestellt sehe.
- Es gibt keinen Hinweis auf krankmachende Lebensereignisse.
- Ich sehe keinerlei Beziehungen zwischen irgendwelchen psychischen Faktoren und der Krankheit, beziehungsweise deren Verlauf.
- Nein, mit so was hatte ich nie Probleme. (Interviewer: Ich meine zum Beispiel.....). Jetzt weiß ich was sie meinen. Nein, das kenne ich nicht, aber das ist ja so eine moderne Geschichte die jetzt alle haben. Meine Schwiegertochter hat auch dauernd Migräne und man weiß nicht woher das kommt.
- Manchmal habe ich den Eindruck, dass ich aufregenden Situationen besonders anfällig gegenüberstehe, denn nach solchen treten sie vermehrt auf. Weil ich aber auch ohne erkennbaren Grund damit zu kämpfen habe, bin ich mir da nicht so sicher.
- Zur Verschlimmerung meiner Beschwerden haben psychische Belastungen in geringem Maße beigetragen.
- Der Stress im Alltag könnte schon eine Rolle spielen.
- Es gibt kein explizit krankmachendes Erlebnis, aber ich habe Probleme mit meinem Mann. Diese sind seit dem Auszug der Kinder und seinen Beginn der Rente schlimmer geworden. Meine Hypertonie ist auch immer dann besonders schlimm, wenn ich mich mit meinem Mann streite.
- Ich nehme an, dass auch psychische Faktoren an der Krankheitsentstehung beteiligt sind. Ich führe besonders die Migräne auf seelischen Stress zurück, da sie nach meiner Scheidung zum ersten Mal aufgetreten ist.
- Ja, vor allem am Anfang meiner Erkrankung konnten Ereignisse, die mich sehr erregten zu einem Anfall führen, so etwa wenn ich mich einer Stresssituation befand.
- Ja, großer Stress ist Auslöser für meine Magenprobleme.
- Psychischer als auch Stress im Beruf verstärken die Symptome.
- Ja, welche Krankheit ist nicht psychisch bedingt.
- Ich bin davon überzeugt, dass psychische Faktoren Einfluß auf die Entstehung von Krankheiten haben.
- Natürlich möchte man sich dies zuerst nicht eingestehen, aber heute bin ich mir sehr genau darüber im Klaren, dass psychische Faktoren eine ganz entscheidende Rolle gespielt haben.

³³ In den Textkästen werden Patientenmeinungen aus den von den Studenten angefertigten Interviewprotokollen wiedergegeben, ohne dass Veränderungen hinsichtlich der Rechtschreibung vorgenommen wurden. Die aktuellen Rechtschreiberegeln sind in den Textkästen daher nicht berücksichtigt.

In den Patientenaussagen zeigt sich eine die Antwortkategorien ergebende Mischung aus klarer Absage, vorbehaltloser Zustimmung und ausgeprägter Vorsicht gegenüber psychischen Faktoren am Krankheitsgeschehen.

Demgegenüber sind krankmachende Lebensereignisse erlebte Realität, die als Lebenserfahrungen in die Antwort einfließen. Krankmachende Lebensereignisse werden von den Patienten daher konkret benannt und dienen auch als Erklärung für die eigene Krankengeschichte. Dagegen werden psychische Faktoren nur von einzelnen Befragten als konkrete Emotionen beschrieben. Eine Beziehung zwischen krankmachenden Lebensereignissen und psychischen Faktoren wird von wenigen Befragten hergestellt.

Konkrete Benennung von Lebensumständen und psychischen Faktoren

- Zu den krankmachenden Lebensereignissen kann man wohl auch die allgemein schlechten Lebensumstände in meiner Kindheit zählen. Als Folge davon war ich unterernährt, was behandelt wurde, hatte Gelbsucht und Rachitis. Der Krieg und seine Folgen waren natürlich sowohl physisch als auch psychisch krankmachende Ereignisse. Die Rippenfell- und Lungenentzündung zu Beginn meines Berufslebens hatte für mich hauptsächlich psychische Gründe, ich war belastet, der Rest des Lebens lag vor mir, meine natürliche Abwehr war geschwächt und die Krankheit dadurch begünstigt, wohl auch verstärkt.
- Ja. Psychischer Druck von den Eltern bzw. Umfeld.
- Ich selber glaube, dass private Probleme zu diesem Haarausfall beigetragen haben (Trennung vom Partner, Wohnortwechsel).
- Als krankmachende Lebensereignisse bezeichne ich Stress und starke psychische Belastungen wegen meines Umzuges.
- Das jahrelange Zusammenleben mit meiner Schwiegermutter und deren ständiges Einmischen in alle Bereiche des Lebens empfand ich als krankmachend. Dadurch entstand eine große psychische Belastung für mich, die sich auch körperlich durch Herzrasen und Gewichtsabnahme äußerte.
- Ich denke schon. Hauptsächlich waren es Probleme, Konflikte innerhalb der Ehe, die natürlich Beschwerden wie Migräne verstärkten bzw. Auslöser für einzelne Anfälle waren. Und das der Tinnitus darauf zurückzuführen ist, davon bin ich fest überzeugt- die ständigen Auseinandersetzungen und Reibereien. Gleichzeitig die Sorge um die Kinder, der Umgang mit ihnen gestaltete sich immer schwieriger, gerade als sie langsam erwachsen wurden. Hinzukamen Schulprobleme und ein Ehemann bzw. Vater der keine Hilfe war. Belehrungen und körperliche Gewalt waren sein Beitrag zur Erziehung. Ich fühlte mich zwischen den Fronten zerrissen. Verstärkt wurden die Probleme natürlich auch durch die gesellschaftlichen Umbrüche- Arbeitslosigkeit, Lehrgänge, Umschulungen, Bewerbungen- ständig zwischen Hoffnung und Enttäuschung. Angst, innere Unruhe, Stiche in der Herzgegend, Kopfschmerzen usw. waren meine ständigen Begleiter.
- Ich sehe das Problem mit meinem Sohn als Auslöser für meine Krankheit. Daher spielen bei meinem Krankheitsverlauf psychische Faktoren und deren Schwankungen eine große Rolle. Wichtige Emotionen hierfür sind Freude, Trauer, Unruhe, Sorgen und Unzufriedenheit, die mein Wohlbefinden stark beeinflussen.
- Es gab einige krankmachende Lebensereignisse, wie z. B. den Tod meiner Frau. An der Krankheitsentstehung waren keine psychischen Faktoren beteiligt. Der Verlauf der Krankheit wurde aber durch psychische Faktoren verzögert.

Einzelne Patienten betonen die Einschränkung, dass psychische Faktoren nur den Krankheitsverlauf und eben nicht die Krankheitsentstehung beeinflussen.

Betonung des Krankheitsverlaufes
- Psychische Faktoren sind nicht an der Krankheitsentstehung beteiligt, aber am Krankheitsverlauf.
- Ich habe keine chronischen Beschwerden und kann mich nicht an „krankmachende“ Lebensereignisse erinnern. Psychische Belastungen und Beeinträchtigungen haben zu Zeiten einer bereits bestehenden Erkrankung meine Beschwerden in starkem Maße verschlimmert.

Die Aussagen der Patienten sind nach den in der Tabelle aufgeführten Kategorien geordnet und gezählt worden, was zu der folgenden Häufigkeitsverteilung führt:

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
nein	66	32,0
möglich bis wahrscheinlich	31	15,0
ja	41	19,9
nur Krankheitsverlauf	10	4,9
fehlende Antworten	58	28,2
gesamt	206	100,0

Tab. 1: Antwortverteilung zu den Interviewleitfragen: „Gab es krankmachende Lebensereignisse? Sind psychische Faktoren an der Krankheitsentstehung und am Krankheitsverlauf beteiligt?“

Demnach sind 32% der Befragten der Ansicht, dass an der Krankheitsentstehung bzw. am Krankheitsverlauf keine psychischen Faktoren beteiligt sind. Dagegen sehen 19,9% der Patienten den Einfluss von psychischen Faktoren als gegeben an. 4,9% der Befragten betonen, psychische Faktoren beeinflussen nur den Krankheitsverlauf.

Konkrete eigene Erfahrungen der Patienten

Die Berichte der konkreten eigenen Erfahrungen der Patienten mit Ärzten reichen von kurzen bis zu weitreichenden Schilderungen. Auffallend dabei ist, dass die negativen Erfahrungen deutlich umfangreicher als die positiven ausgeführt werden.

Sowohl die positiven als auch die negativen Erfahrungen der Patienten werden von den Zufriedenheitsdimensionen „Information und Aufklärung, Zeit und Eingehen auf die persönliche Situation“ dominiert, andere Aspekte der medizinischen Versorgung werden selten angesprochen. Die Erfahrungen zur Zufriedenheitsdimension „Zeit“ drücken die Patienten häufig im Sinne von „sich Zeit für den Patienten nehmen“ aus. Der Kontext zeigt, dass dies in der Regel „Zeit für Gespräch mit dem Patienten“ meint.

Konkrete positive Erfahrungen der Patienten

- Über die Krankheit an sich wurde ich gut informiert.
- Die Ärzte dort haben mir alles sehr genau erklärt und es wurde sich sehr gut um mich gekümmert.
- Die Aufklärung des Herzspezialisten empfand ich als sehr gut. Die Informationen, die ich bekam, waren umfassend und sehr verständlich erklärt worden.
- Nach Wechsel zum Hausarzt 2 hatte ich einen Arzt gefunden, der sich beim Besuch der Sprechstunde teilweise über eine Stunde Zeit nahm.
- Sie hat meine Krankheit im Ganzen betrachtet, also psychisch und physisch. Ist meine früheren Krankheitsbilder durchgegangen, meine psychische Entwicklung – hat mein ganzes Leben Revue passieren lassen.
- Dabei habe ich sowohl Ärzte kennengelernt, von denen ich mich gut beraten, verstanden und ernst genommen fühlte, als auch ...
- Er hört mir zu, geht auf mich ein und ich habe das Gefühl, er versteht sein Fach.
- Der jetzige behandelnde Arzt ist der erste, der sich auch ausgiebig mit mir über meinen Lebensverlauf in den letzten 2 Jahren unterhalten hat.
- Sie hat sich Zeit genommen, mich ausführlich beraten, auch das Sexualleben miteinbezogen, was ja sonst immer eine eher untergeordnete Rolle spielt, wenn überhaupt.
- Ich habe nur gute bis sehr gute Erfahrungen mit Ärzten gemacht.
- Sie erklärt mir alles sehr genau. So eine Ärztin kann man sich nur wünschen.
- ... und habe auch noch nie die Erfahrung gemacht, schlecht oder zu kurz behandelt worden zu sein, sondern lobe, dass sich meine Ärzte immer genügend Zeit für Aufklärung und Fragen genommen haben.
- Die positiven Erfahrungen mit Ärzten beschränken sich darauf, dass sie schnell und effektiv mit „tollen“ Medikamenten halfen.

Die befragten Patienten benennen ihre positiven Erfahrungen konkret, nur vereinzelt wird allgemein von guten Erfahrungen gesprochen.

Erfahrungsberichte zu den drei am häufigsten genannten Zufriedenheitsdimensionen sind gezählt worden, woraus sich die nachfolgend abgebildete Antwortverteilung ergibt.

Bei dieser Frage bestand die Möglichkeit mehrere Zufriedenheitsdimensionen zu nennen.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
ausreichend Information	87	42,2
genügend Zeit	55	26,7
angemessenes Eingehen auf die persönliche Situation	59	28,6

fehlende Antworten	31 Patienten
Mehrfachantworten	175 Patienten
gesamt	206 Patienten

Tab. 2: Antwortverteilung zu der Interviewleitfrage: „Erkundung der positiven Erfahrungen mit Ärzten“

Die häufigste positive Erfahrung war der Erhalt von „ausreichender Information und Aufklärung“, 42,2% der Befragten berichten davon.

Die nachfolgend zitierten Schilderungen von Patientenerfahrungen geben einen Einblick in Begegnungen zwischen Arzt und Patient, die für die Patienten nicht zufriedenstellend verlaufen sind. Anhand mancher Erfahrungsberichte lassen sich Patientenerwartungen an Ärzte oder aber Vorwürfe gegen Ärzte ablesen.

Konkrete negative Erfahrungen der Patienten

- Die Ärzte fanden zum Teil die Ursache für meine gesundheitlichen Beschwerden nicht. Sie verschrieben irgendwelche Medikamente, behandelten nicht richtig und behoben das Problem nicht. Außerdem wurden die Ärzte „betriebsblind“ und schoben alle Beschwerden auf den Bluthochdruck, ohne gründlich zu untersuchen.
- Negativ blieb mir nur eine unzureichende Erklärung über die Folgen eines gynäkologischen Eingriffes in Erinnerung.
- Eindeutig zu wenig Aufklärung über die Krankheit. Ich wusste kaum was während der Infektion zu tun und zu lassen ist, wie ich mich verhalten soll wird meistens nur auf Anfrage erklärt, über die Krankheitsursache kann überhaupt nichts gesagt werden und dann werden von verschiedenen Ärzten auch noch verschiedene „Verhaltensregeln“ mitgegeben.
- Das einzige erlebte Manko sehe ich in der Aufklärung, Information und Betreuung während meiner Operation. Ich hätte mir gewünscht, dass sich die Ärzte mehr Zeit genommen hätten, mir die Prozedur zu erklären und die noch bestehenden Zweifel auszuräumen. Dadurch fühlte ich mich vor der Operation etwas überrumpelt. Meiner Meinung nach bestand zu wenig persönliches Einfühlungsvermögen und Flexibilität sich an meinen Rhythmus anzupassen.
- Diesen Arzt konnte ich als Arzt des Vertrauens bezeichnen, bis er mir versprach, das ich wegen meines fortgeschrittenen Diabetes zu einer Kur für Diabetiker gehen könne. Er würde das gegenüber der Krankenkasse durchboxen und wenn er persönlich zur Kasse müsste. Wie jedoch die Absage von der Kasse kam, fragte er nur: „Ja, Frau U., was machen wir denn jetzt?“ und unternahm nichts.
- Zu wenig Zeit im Umgang mit den Patienten für Gespräche, das Vorherrschen von vorgefassten Meinungen zum Beschwerdebild, die Nicht-Berücksichtigung der Erfahrungswerte des Patienten im Umgang mit seiner Krankheit und Überheblichkeit (elitärer Besserwisserei) charakterisieren mein negatives Erfahrungsbild im Umgang mit Ärzten.
- Ich erhielt manchmal, trotz Nachfragens ungenügend Information zu meinen Krankheiten und wurde auch schon schlecht verarztet, was mich immer zu einem Wechsel des Arztes veranlasste.
- Ich fühle mich von meinen Ärzten unverstanden, bzw. nicht ausreichend versorgt, daher ziehe ich immer neue Ärzte, bzw. Fachärzte hinzu und habe wöchentliche Untersuchungen.
- Im Krankenhaus fühlte ich mich sehr häufig allein gelassen. Die „Gespräche“ mit den Ärzten beschränkten sich auf die Visite. Jene war zur Routine geworden.
- Ich bin mit der Betreuung rein medizinisch gesehen sehr zufrieden, leide aber zunehmend darunter, dass für das Besprechen meiner Sorgen und Nöte oft keine Zeit bleibt. Besonders schlimm finde ich, dass mein Wunsch nach einem Wochenende zu Hause oft mit den Worten „Sie wolltet doch das Kind und das es gesund ist, also müssen sie da jetzt durch“ abgetan wird. Das ist.... nicht besonders mutmachend.
- In der Psychiatrie lief es dann weniger positiv, ich hatte sehr viel Angst. Am Anfang gab es gleich ein Gespräch mit sieben Leuten und ich war total überfordert. Danach habe ich meinen Arzt nur selten zu Gesicht bekommen, es gab leider fast keine Kommunikation. Es wurde nichts erklärt, wenn man was wissen wollte, musste man hinterher rennen. Medikamente wurden einfach umgesetzt, ohne Erklärung. Es wurde nicht nach Beschwerden gefragt und das wichtigste schien mein Wochenziel zu sein. Es wurde viel über mich geredet, aber nicht mit mir.

Das Spektrum der negativen Erfahrungen im medizinischen Behandlungsprozess reicht von kleinen Mängeln bis hin zu der Feststellung, dass alles Erlebte eine negative Erfahrung ist. Dabei konkretisiert ein Teil der Befragten die negativen Erfahrungen durch Benennen von Krankenhausaufenthalten oder Arztbesuchen,

wohingegen ein anderer Teil die negativen Erfahrungen auf alle konsultierten Ärzte generalisiert.

Unter der Zufriedenheitsdimension „Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten“ werden Erfahrungen wie die nachfolgenden Beispiele subsummiert.

Erfahrungen zum Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten

- Ich bin ehrlich gesagt sehr enttäuscht von meinen Hausarzt und der Ärzteschaft, an die ich überwiesen wurde. Ich kam mir vor wie ein Stück Fleisch, das untersucht wird und von einem zum anderen weitergereicht wird. Als Menschen die mir helfen wollen, habe ich die Ärzte nicht erlebt.
- Intensivere Gespräche über meine Lebensumstände bzw. meine psychische Verfassung haben bis jetzt keine stattgefunden.
- Bei einigen Ärzten hat man das Gefühl, dass sie sich eigentlich gar nicht für einen interessieren, weil sie nur ganz kurz da sind, ihre Untersuchungen durchführen und wieder verschwinden. Das ist alles so unpersönlich.
- Negative Erfahrungen mit Ärzten machte ich bei der LVA, als die behandelnde Ärztin sich nicht vorstellte, meiner Familien- und Krankengeschichte keinen Glauben schenkte, nur eine Routineuntersuchung ohne jede Menschlichkeit durchführte und mich wie den letzten Dreck behandelte.
- Von mehreren Ärzten fühlte ich mich nicht ernstgenommen, nachdem sich verschiedenste Allergietests als ergebnislos herausstellten.
- Das Einzige, was mir gefehlt hat, ist ein intensives Eingehen auf meine persönliche Situation.
- Durch das häufige Erscheinen beim Arzt fühle ich mich außerdem als „belächelt“ und unverstanden und fühle mich immer mehr wie am Fließband abgewickelt.
- Sie hat sich über meine psychischen Probleme und mein Engagement lustig gemacht- war genervt und gereizt. Außerdem hat sie mich nur mit hochprozentigen Medikamenten vollgepumpt, aber keine Alternativen angeboten. Sie fühlte sich angegriffen, wenn ich Vorschläge machte oder mich anderweitig erkundigt habe- z. B. als ich Moorbäder nahm oder zur Homöopathin ging. Sie hat mich auch nicht richtig aufgeklärt, mir nur die negativen Seiten der Krankheit dargestellt, also daß die Krankheit schnell voranschreitet, ich Schmerzen habe und mein Studium (Sportstudium) aufgeben soll. Das ist im Moment mein Lebenssinn. Ihr Desinteresse und die Gleichgültigkeit, ihr ganzes pessimistisches Gemüt hat mich runtergezogen.
- Als negative Erfahrung bewerte ich das Gefühl der allgemeinen Überlastung der Ärzte und Physiotherapeuten. Ich empfand die Ärzte als „kurz angebunden“. Außerdem hatte ich das Gefühl, dass nur meine Krankheit zählt und die psychische Betreuung meiner Person im Hintergrund stand und vernachlässigt wurde.

Manche Patienten versuchen eine Begründung für die negativen Erfahrungen zu erbringen, welche die Funktion einer Entschuldigung annehmen kann.

Begründung und Verständnis für negative Erfahrungen

- Beim Orthopäden dagegen gibt es nie ein richtiges Gespräch, aber der ist überfordert. Er nimmt viel zu viel Leute an, dass Wartezimmer ist immer überfüllt.
- Der eine redet und redet und irgendwie kommt nichts handfestes dabei raus. Andere schauen einen nicht mal richtig an, sprechen quasi nur mit dem Krankenblatt. Man kommt sich dann oftmals vor wie bei einer Fließbandabfertigung. Irgendwie ist es ja auch zu verstehen, wenn man sieht was so tagtäglich im Wartezimmer los ist. Außerdem hält man meistens sowieso den Mund, weil der Respekt vor dem Arzt schon recht groß ist und man ja auf seine Hilfe angewiesen ist.

Erfahrungen zu den drei am häufigsten genannten Zufriedenheitsdimensionen sind gezählt worden und führen zu der dargestellten Antwortverteilung.

Die Nennung mehrerer Zufriedenheitsdimensionen war bei dieser Frage möglich.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
unzureichende Information	54	26,2
ungenügend Zeit	49	23,8
unzureichendes Eingehen auf persönliche Situation	75	36,4

fehlende Antworten	31 Patienten
Mehrfachantworten	175 Patienten
gesamt	206 Patienten

Tab. 3: Antwortverteilung zu der Interviewleitfrage: „Erkundung der negativen Erfahrungen mit Ärzten.“

Als häufigste negative Erfahrung ergibt sich das „unzureichende Eingehen auf die persönliche Situation“, 36,4% der Befragten berichten davon. 26,2% der Patienten haben erlebt, dass „Information und Aufklärung“ unzureichend waren.

Arzt des Vertrauens

Anhand der Frage nach der Existenz eines Vertrauensarztes wird von vielen Patienten berichtet, dass der Hausarzt zugleich der Arzt des Vertrauens ist. Das liegt

nach Angaben der Befragten darin begründet, dass sie ihn über viele Jahre kennen und im Vergleich zu Fachärzten häufiger konsultieren.

Vertrauensarzt und kennzeichnende Merkmale

- Inzwischen habe ich meinen Arzt des Vertrauens gefunden, bei ihm habe ich das Gefühl ernstgenommen zu werden.
- Ich habe zu meinem Hausarzt großes Vertrauen, ich schätze seine Kompetenz und persönliche Anteilnahme.
- Als Arzt des Vertrauens nenne ich meinen Hausarzt. An dessen Verhalten schätze ich, dass er mich und meine Beschwerden ernst nimmt, sich sichtlich bemüht und auch ehrlich zugibt, wenn er nicht weiterweiß.
- Sie war und ist die Ärztin meines Vertrauens. Sie hat mich psychisch unterstützt und mir Hoffnung gegeben.
- Mein Urologe ist schon ein Arzt des Vertrauens, aber ob ich dem nun alles erzählen würde, ist eine andere Sache.
- Auf jeden Fall mein Hausarzt hier zu Hause. Er kümmert sich nicht nur um das Medizinische, lässt es aber auch nicht außer Acht. Dann ist er sehr locker und einfühlbar. Er ist immer da, wenn etwas ist und nimmt sich viel Zeit.
- Ich habe ein sehr gutes Verhältnis zu meiner Hausärztin. Ich vertraue ihr, obwohl sie dazu neigt, manchmal etwas zuviel zu reden und etwas übervorsichtig zu sein.
- Wie bereits schon erwähnt, bin ich mit meinem Hausarzt sehr zufrieden. Ich würde ihn als Arzt des Vertrauens bezeichnen, da er auch ausserhalb der regulären Sprechzeiten erreichbar ist und während des Gesprächs auf persönliche Probleme eingeht.
- Ja. Er erklärt mir meine Krankheit bzw. Beschwerden immer recht gut. Er bezieht mich soweit es möglich ist auch bei der Therapie mit ein, indem er mich zum Beispiel fragt, ob ich es auf die harte oder weniger harte Tour möchte. Meine Ängste bei einer möglichen Therapie werden von ihm ernst genommen und nicht einfach übergangen. Mein Arzt kennt auch seine Grenzen und überweist mich sofort zu einem Facharzt bei Unkenntnis.

Den Arzt des Vertrauens kennzeichnen laut der Patientenbeschreibungen folgende Merkmale:

- Kompetenz,
- Ernstnehmen des Patienten,
- psychische Unterstützung,
- Eingehen auf persönliche Probleme,
- Erreichbarkeit,
- Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen,
- Zeit haben,
- Unkenntnis eingestehen und Konsequenzen ziehen,
- gute Erklärung der Krankheit und Beschwerden.

Die Verneinung der Frage nach einem Vertrauensarzt wurde selten begründet, Zitate der verneinten Antworten erübrigen sich daher.

Mangel an Vertrauen wird in der Weise zum Ausdruck gebracht, dass die Vertrauensbasis auf eine fachlich-medizinische Ebene eingegrenzt wird.

Vertrauensmangel
- Die Vertrauensbasis zwischen dem Arzt und seinem Patienten beruht scheinbar auf rein fachlichen Fragen bzw. auf den therapeutischen Möglichkeiten der Schmerzlinderung.
- Ich habe keinen Arzt des Vertrauens, bei persönlichen Problemen gehe ich zu meiner Mutti oder nahestehenden Freunden.

Anhand der Bejahung oder Verneinung der Frage sind die Antworten der Patienten einer Auszählung der Häufigkeiten zugänglich gemacht worden.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
ja	119	57,8
nein	35	17,0
fehlende Antworten	52	25,2
gesamt	206	100,0

Tab. 4: Antwortverteilung zu der Interviewleitfrage: „Hat die Person einen Arzt des Vertrauens? Wenn ja, was zeichnet ihn (sie) aus?“

Mit 57,8% haben die Patienten mehrheitlich einen Arzt des Vertrauens.

Einstellungsveränderung gegenüber Ärzten

Veränderungen der Patienteneinstellungen gegenüber Ärzten können anhand der Antworten als Verschlechterung (negative Veränderung) oder Verbesserung (positive Veränderung) kategorisiert werden. Andere Patienten geben eine unveränderte Einstellung gegenüber Ärzten an. Diese Frage wurde von vielen Patienten beantwortet und zugleich begründet.

Einstellungsveränderung gegenüber Ärzten

- Die Einstellung zu Ärzten hat sich bei mir zwangsläufig geändert. Früher war meine Meinung über die Ärzte besser. Da lebte ich noch auf dem Lande, es gab einen Hausarzt, der sich allem annahm und sich sorgte.
- Seit meiner Erkrankung hat sich die Einstellung gegenüber Ärzten aufgrund der vielen negativen Erfahrungen wesentlich verschlechtert.
- Durch diese schlechten Erfahrungen hat sich die Einstellung gegenüber Ärzten im allgemeinen verschlechtert.
- Ja, grundlegend. Skepsis muss sein und bei Unzufriedenheit mit dem Arzt mache ich direkt einen Wechsel des Arztes. Schließlich hat auch der Arzt nur einen Dienstleistungsberuf zum Wohle des Menschen.
- Nein, aber man hat einfach mehr Erfahrung im Umgang mit Ärzten.
- Meine Einstellung gegenüber den Ärzten hat sich im Laufe der Jahre überhaupt nicht geändert.
- Meine Einstellung gegenüber Ärzten hat sich nicht wirklich gewandelt.
- Meine Einstellung gegenüber Ärzten hat sich im Laufe des Lebens nicht geändert.
- Mit zunehmendem Alter hat sich das Bild und sicher auch das Verhalten der Ärzte zum Positiven verändert.

Anhand der oben genannten Kategorien sind die Antworten einer Berechnung der Häufigkeitsverteilung zugeführt worden.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
positive Veränderung	17	8,3
keine Veränderung	46	22,3
negative Veränderung	35	17,0
fehlende Antworten	108	52,4
gesamt	206	100,0

Tab. 5: Antwortverteilung zu der Interviewleitfrage: „Hat sich die Einstellung gegenüber Ärzten im Laufe des Lebens gewandelt?“

Mit 22,3% gibt die Mehrheit der Befragten an, die Einstellung gegenüber Ärzten habe sich nicht verändert.

Eigeninitiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation

In den Antworten der Patienten zu der Frage nach eigenen Initiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation dominieren klar die Kategorien „Sport, gesunde Ernährung und die Zurückhaltung bei Genussgiften“.

Eigeninitiativen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation

- Selbst verbessere ich meine gesundheitliche Situation durch Sport, auch bin ich darauf bedacht, mich weniger dem Stress auszusetzen.
- Ich lebe gesünder, treibe regelmäßig 1x in der Woche Sport.
- Ich achte sehr auf meine Ernährung und treibe sehr viel Sport.
- Um die eigene gesundheitliche Situation zu verbessern treibe ich Sport und faste, was wohl zur Besserung wesentlich beigetragen hat.
- Im Wesentlichen ernähre ich mich gesünder. Ich treibe weiter Sport.
- Ich bin Nichtraucher, trinke sehr selten Alkohol und ernähre mich vegetarisch, wenn es die Zeit zulässt treibe ich Sport.
- Um meine Gesundheit zu erhalten bzw. zu stabilisieren nehme ich Vitamintabletten zu mir und versuche auf eine ausgewogene Ernährung zu achten. Auch treibe ich hin und wieder Sport.
- ..., d.h. gesundes Essen, viel Obst, Gemüse, keine Zigaretten und keinen Alkohol, gelegentlich Sport.

Vereinzelt wird die Einhaltung der Medikamenteneinnahme und der Diät als Beitrag zur Verbesserung der eigenen Gesundheit genannt. Nur wenige Befragte geben an, dass sie in ihrem Tun keinerlei Beitrag zur Verbesserung der eigenen Gesundheit sehen.

Eigeninitiativen anderer Art

- ... nach einer strikten cholesterinarmen Diät ernährt, und täglich sehr viele Medikamente genommen.
- Um meine gesundheitliche Situation noch zu verbessern, halte ich mich an die vorgeschriebenen Diäten für Diabetiker. Durch Spaziergänge und Radfahren halte ich mich fit und versuche mein Gewicht zu halten.
- Seit dem Tag als ich erfuhr, dass ich Diabetes habe, halte ich mich streng an die Ernährungsvorschläge meiner Ärztin.
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme.
- Ich nehme alle meine Medikamente, trotz aller Nebenwirkungen und vertraue den Ärzten vollkommen.
- ... indem ich mich gesund ernähre, viel schlafe, lange Spaziergänge mache und täglich meditiere.
- Also da muss ich zugeben, dass ich wenig mache.

Anhand der drei am häufigsten genannten Kategorien ist die Verteilung der Häufigkeiten errechnet worden.

Die Möglichkeit der Mehrfachnennung war bei dieser Frage gegeben.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
gesunde Ernährung	76	36,8
wenig Genussgifte	26	12,6
sportliche Betätigung	83	40,3
fehlende Antworten	91 Patienten	
Mehrfachantworten	115 Patienten	
gesamt	206 Patienten	

Tab. 6: Antwortverteilung zu der Interviewleitfrage: „Was tut die Person selbst, um ihre gesundheitliche Situation zu verbessern?“

Die Frage nach den Eigeninitiativen zur Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit ergibt, dass „gesunde Ernährung“ (36,8%) und „sportliche Betätigung“ (40,3%) den Patienten für die eigene Gesundheit am wichtigsten sind.

Einstellung zu alternativen Heilmethoden

Alternative Heilmethoden sind heute weithin bekannt und finden bei den Patienten Zustimmung (positive Einstellung), Ablehnung (negative Einstellung) oder treffen auf Unentschiedenheit (neutrale Einstellung).

Einstellung zu alternativen Heilmethoden
- Von alternativen Heilmethoden halte ich nichts, jedenfalls nicht, wenn es sich um ernsthaftere und chronische Krankheiten handelt, da sie bei mir nicht geholfen haben.
- Alternative Heilmethoden lehne ich ab.
-, ist für mich eine Behandlung mit alternativer Heilmedizin unvorstellbar.
- Ich bin mittlerweile dazu geneigt, einen Homöopathen aufzusuchen, da die Beschwerden doch sehr unangenehm sind und wenn dann auch nur wenig Besserung eintritt.
- Alternativen Heilmethoden stehe ich skeptisch gegenüber.

- Ich vertraue mehr der Schulmedizin. Mit den alternativen Heilmethoden hatte ich noch nicht so viel zu tun und kenne mich damit auch nicht so aus. Deshalb betrachte ich diese eher mit Skepsis.
- Ich habe zwar Vertrauen in die Schulmedizin, interessiere mich jedoch auch für alternative Heilmethoden. Besonders die asiatischen Heilpraktiken interessieren mich, da ich schon positive Erfahrungen mit Akupunktur gemacht habe.
- Von alternativen Heilmethoden bin ich wenig überzeugt.
- Zu alternativen Heilmethoden kann ich nicht viel sagen, da ich keine Erfahrungen damit habe. Ich bin jedoch offen und würde auch diese Methoden probieren, um eine Heilung von Krankheit zu erzielen.
- Prinzipiell habe ich gar nichts dagegen. Was sollen Kräuter schon für Schäden anrichten. Was darüber hinaus geht, kann ich auf Grund meines mangelnden Erfahrungsschatzes nicht beurteilen.
- Therapeutisch vertraue ich eher der klassischen Schulmedizin, halte aber eine schonende Kombination mit alternativen Methoden (Homöopathie) in einigen Bereichen für sinnvoll und wirksam.
- Gegenüber alternativen Heilmethoden bin ich positiv eingestellt.
- Ich bin alternativen Heilmethoden gegenüber nicht abgeneigt, diese sind mir jedoch zu teuer.

Manche Patienten lassen in ihre Antwort eine an Erfahrung anknüpfende Begründung für ihre Meinung einfließen, andere wiederum sind aufgrund mangelnder Erfahrung mit alternativen Heilmethoden zurückhaltend gegenüber diesen eingestellt. Manche Patienten wenden sich bei unerfüllten Heilungserwartungen mit Methoden der Schulmedizin den alternativen Heilmethoden zu.

Anhand der Patientenaussagen ist für die oben genannten Kategorien folgende Häufigkeitsverteilung ermittelt worden.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
positiv	57	27,6
neutral	72	35,0
negativ	37	18,0
fehlende Antworten	40	19,4
gesamt	206	100,0

Tab. 7: Antwortverteilung zur Interviewleitfrage: „Einstellung zur Schulmedizin versus alternativer Heilmethoden.“

Am häufigsten vertreten ist eine neutrale Haltung der Patienten, 35% bekennen sich dazu.

Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung

Die Vorschläge zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung werden von den Zufriedenheitsdimensionen „Information und Aufklärung, Zeit und Eingehen auf die persönliche Situation“ dominiert. Teilweise nennen die Patienten alle drei Zufriedenheitsdimensionen als notwendige Beiträge zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung. Die Nennung der Zufriedenheitsdimension „mehr Zeit“ bedeutet laut den Patientenaussagen „mehr Zeit für Gespräch“.

Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung

- Diese beiden Kriterien, die Wahrnehmung des Patienten als Mensch, sowie die Wahrung seiner Integrität sollten nach meiner Meinung in die Arzt-Patient-Beziehung einbezogen werden. Ebenso auch ein größerer Zeitfaktor für die Auseinandersetzung mit dem Patienten, ein ehrlicheres Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten, sowie ein generelles „Offen- sein“ gegen alle zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden.
- Ich wünsche mir eine noch bessere Aufklärung, wenn es darum geht Krankheitsursachen zu „beseitigen“. Ich würde mir noch mehr Zeit im Arzt-Patient- Gespräch wünschen, weiß jedoch, dass diesem auch Grenzen gesetzt sind.
- Überhaupt könnte das Verhältnis zwischen Arzt und Patient wesentlich verbessert werden, wenn der Arzt mehr auf die Person an sich eingehen würde und ein dauerhaftes Problem nicht wie absolute Routine behandelt werden würde.
- Also, ich denke, das wichtigste ist erst mal, dass der Arzt seinen Patienten genau aufklärt.
- Niemals vergessen, dass der Kranke der einem gegenüber sitzt auch ein Mensch und nicht bloß Patient ist.
- Besonders im Krankenhaus haben Ärzte und Schwestern oft zu wenig Zeit für die persönlichen Probleme des Patienten. Es wäre schön, wenn im Krankenhaus einfach eine persönlichere Atmosphäre herrschen würde. Ich denke, dass oft schon ein einfaches Gespräch helfen würde.
- Die Ärzte müssten mehr Zeit für ihre Patienten haben.
- Mehr Kommunikation.
-, dass aufklärende Gespräche, intensives Eingehen auf den Patienten und seine private Situation die Arzt-Patient-Beziehung und auch das Vertrauen des Patienten gegenüber dem Arzt deutlich verbessern können.
- Mehr Verständnis für den Patienten.
- Eine Verbesserung in der Arzt-Patient-Beziehung erreicht man meiner Meinung nach in erster Linie durch ein vernünftiges Gespräch, richtiges Zuhören und indem man auf den Patienten eingeht.
- Der Arzt sollte sich allgemein viel mehr Zeit für seine Patienten nehmen und versuchen, Vertrauen aufzubauen. Er sollte sich auch andere Probleme anhören und seine psychotherapeutische Funktion wahrnehmen.
- Er solle sich Zeit nehmen, in Ruhe dem Patienten zuhören, Beschwerden verfolgen und auf den Grund gehen und ggf. erklären, warum es keinen Sinn macht. Den Patienten ernst nehmen und die Befunde erläutern und Fragen ausreichend beantworten. In meinen Augen ist der Patient im allgemeinen dem Arzt gegenüber ziemlich machtlos und wenn er widerspricht, gibt es „Probleme“.
- Es wäre schön, wenn einem zugehört wird, wenn man über seine Probleme spricht.

Die Forderung nach richtigem Zuhören wird unter der Zufriedenheitsdimension Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten subsummiert, denn Zuhören ist eine Voraussetzung für das Eingehen auf den Patienten.

Vereinzelt werden Verbesserungsvorschläge gemacht, die andere Dimensionen der Patientenzufriedenheit betreffen. Zu nennen sind die Vorschläge „gründlichere Untersuchung“ des Patienten und die „Verkürzung der Wartezeiten“.

Nennung weiterer Zufriedenheitsdimensionen

- Die Arzt-Patient-Beziehung könnte verbessert werden, würden die Ärzte sich mehr Zeit nehmen, die Patienten gründlicher untersucht werden und wenn sie besser aufgeklärt würden über die Krankheit selbst, den Krankheitsverlauf und Heilungschancen.
- Die langen Wartezeiten und die hohen Unkosten. Außerdem sehe ich eine sorgfältigere körperliche Diagnostik als notwendig an.
- Ja, vielleicht, das die Schulmediziner und die Anthroposophen enger zusammenarbeiten.

In einigen Antworten der Patienten wird ein Bezug zur Gesundheitspolitik hergestellt. Vorrangig handelt es sich dabei um Vorschläge wie „geringere Unkosten“ bzw. umgedreht um die Klage über zu hohe Kosten der Selbstbeteiligung.

Bezug zur Gesundheitspolitik

- Was mich an der heutigen medizinischen Versorgung stört, ist die hohe Selbstbeteiligung bei den Medikamenten, da ich für Spritzbesteck und Medikamente zu großen Teilen selbst aufkommen muss. Als Störfaktor sehe ich die geplante Gesundheitspolitik, die nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten belasten wird.
- Viele Behandlungen, wie zum Beispiel die wichtigen physiotherapeutischen Massagen, können von Ärzten zum Ende eines Quartals nicht mehr verschrieben werden, da die finanziellen Mittel erschöpft sind. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient würde sich deutlich bessern, wenn ohne Einschränkungen wirklich die besten Behandlungen und Mittel genutzt werden können, um die Krankheit zu lindern. Das schafft beim Patienten ein Gefühl der adäquaten medizinischen Versorgung und beruhigt auch das Gewissen des Arztes alles medizinisch Mögliche tun zu können.
- Abgesehen davon, dass in meiner Situation natürlich auch die steigenden Eigenkosten ein Problem darstellen, kommt es darauf an, die zwischenmenschliche Ebene nicht zu vernachlässigen.
- Ich wünschte mir aber, dass verhältnismäßig mehr Ärzte auf weniger Patienten kommen, um eine individuellere und intensivere Behandlung möglich zu machen.
- Ich wünsche mir mehr Zeit für Gespräche mit dem Arzt, weniger Unkosten für den Patienten selbst, bei Langzeitmedikation gegebenenfalls Kostenbefreiung, Erforschung und Begründung von Begleiterscheinungen, sowie eine sofortige Informationsweiterleitung zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten bzw. Krankenhäusern, gegebenenfalls über das Internet.
- Das ärztliche Gespräch sollte die gleiche Bezahlung wert sein, wie Einsatz von technischen Geräten oder das Verschreiben von Medikamenten. Außerdem sollten Ärzte weniger unter Druck stehen schnell arbeiten zu müssen. (Interviewer: Wie soll das erreicht werden?) Ärzte sollen bereits durch wenige Patienten genügend Geld verdienen. Außerdem würde eine bessere psychologische Ausbildung helfen, die Patienten besser zu verstehen und deren Probleme schnell zu erkennen.
- Die Ärzte sollten verständlichere Gespräche mit Patienten führen. Sie sollten mehr Rücksicht auf die Ängste und Sorgen der Patienten nehmen. Auch sollten sie sich mehr Zeit für einen nehmen, so dass man nicht den Eindruck hat nur eine Nummer zu sein. Der Arzt sollte auch den Mut haben einen Patienten rechtzeitig zu anderen Fachärzten zu überweisen, wenn er nicht helfen kann.
- ..., dass sich das System der Nachsorgebehandlung für ehemalige Krebspatienten verbessert.

Vereinzelt wird die Gesundheitspolitik in folgenden Punkten angesprochen:

- weniger Unkosten,
- Verschreibungen aller möglichen Behandlungen und Therapien ohne Beschränkungen bis zum Ende eines Quartals,
- Reduzierung der Patientenzahl pro Arzt bei Lohnausgleich für die Ärzte,
- schnelle Überweisung zu Fachärzten,
- bessere psychologische Ausbildung der Ärzte,

- sofortige Informationsweiterleitung zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, gegebenenfalls über das Internet.

Für die drei am häufigsten genannten Verbesserungsvorschläge ist die Verteilung der Häufigkeiten ermittelt worden.

Bei dieser Frage bestand die Möglichkeit mehrere Antworten anzugeben.

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent
Verbesserung von Information und Aufklärung	25	12,1
Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation	54	26,2
mehr Zeit für Gespräch	62	30,1
fehlende Antworten	98 Patienten	
Mehrfachantworten	108 Patienten	
gesamt	206 Patienten	

Tab. 8: Antwortverteilung zu der Interviewleitfrage: „Wodurch könnte die Arzt-Patient-Beziehung verbessert werden?“

Mit 30,1% wird der Verbesserungsvorschlag „mehr Zeit für Gespräch“ am häufigsten genannt. Der Vorschlag „Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation“ wird am zweithäufigsten angegeben.

Gegenüberstellung von Fragebogenbefunden und Interviewbefunden

Drei Fragen aus Fragebogen und Interview überschneiden sich hinsichtlich des Inhaltes, wie in Kapitel 4.4 dargelegt wurde.

Eine Gegenüberstellung der Patientenantworten bietet sich an, die auf den Antwortskalen abgebildeten Antworten des Fragebogens werden den in Kategorien zusammengefassten Antworten des Interviews gegenübergestellt, so dass sich korrespondierende Antwortpaare ergeben.

Veränderung der Einstellung gegenüber Ärzten im Laufe des Lebens

Zu den Fragen nach Einstellungsveränderungen gegenüber Ärzten im Laufe der Lebensjahre werden aus Fragebogen- und Interviewbefunden folgende korrespondierende Antwortpaare gebildet:

- verbessert/sehr verbessert und positive Einstellungsveränderung,
- weder/noch und keine Einstellungsveränderung,
- verschlechtert/sehr verschlechtert und negative Einstellungsveränderung.

Die Gegenüberstellung der Patientenantworten wird in der nachfolgenden Tabelle gezeigt:

	Fragebogen (in Prozent)	Interview (in Prozent)
positive Veränderung der Einstellung	25,7	8,3
keine Veränderung der Einstellung	44,7	22,3
negative Veränderung der Einstellung	29,2	17,0
fehlende Antworten	0,5	52,4

Tab. 9: Gegenüberstellung der Ergebnisse von Fragebogen und Interview zu den Einstellungsveränderungen gegenüber Ärzten

Tendenziell stimmen die Ergebnisse von Fragebogen und halbstandardisiertem Interview überein. Jeweils annähernd die Hälfte derer, die die Fragen beantworteten, geben eine unveränderte Meinung gegenüber Ärzten an. Eine Verschlechterung der

Meinung gegenüber Ärzten ist sowohl im Fragebogen als auch im Interview häufiger angegeben worden als eine positive Meinungsänderung.

Beteiligung psychischer Faktoren an Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf

Für die Fragen nach der Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen werden aus Fragebogen- und Interviewbefunden folgende korrespondierende Antwortpaare gebildet:

- gering/sehr gering und möglich/wahrscheinlich,
- weder/noch und nein sowie
- stark/sehr stark und ja.

Die Gegenüberstellung der Antworten wird in der nachfolgenden Tabelle abgebildet:

	Fragebogen (in Prozent)	Interview (in Prozent)
gering/sehr gering	37,9	15,0
weder/noch	25,2	32,0
stark/sehr stark	36,0	19,9
fehlende Antworten	1,0	28,2

Tab. 10: Gegenüberstellung der Ergebnisse von Fragebogen und Interview zur Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen

Die Patientenmeinungen zur Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen sind über die verschiedenen Standpunkte breit verteilt. In der schriftlichen Befragung wird psychischen Faktoren häufiger eine geringe oder starke Beteiligung am Krankheitsgeschehen zugeschrieben, die Neutralantwort wird am seltensten gewählt. Dagegen wird in der mündlichen Befragung die Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen am häufigsten verneint, seltener werden im Interview starke oder geringe Einflüsse psychischer Faktoren auf Krankheiten eingeräumt.

Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung

Sowohl im Fragebogen als auch im Interview werden folgende drei Zufriedenheitsdimensionen als Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung am häufigsten genannt: „Zeit, Information und Aufklärung sowie Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten“. Die Möglichkeit der Mehrfachnennung war in beiden Befragungsmethoden gegeben.

	Fragebogen (in Prozent)	Interview (in Prozent)
mehr Zeit für Gespräch	54,9	30,1
Verbesserung von Information und Aufklärung	42,2	12,1
Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation	37,4	26,2
fehlende Antworten	-	47,6

Tab. 11: Gegenüberstellung von Fragebogen- und Interviewbefunden zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

Übereinstimmend wird jeweils der Vorschlag „mehr Zeit für Gespräch“ am häufigsten genannt. Der im Fragebogen zweithäufigste Vorschlag nach „Verbesserung von Information und Aufklärung“ steht im Interview an dritter Stelle und umgedreht wird die „Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation“ im Fragebogen am dritthäufigsten und im Interview am zweithäufigsten vorgeschlagen.

5.3 Zusammenhänge

Zuerst werden die zentralen Tendenzen der unabhängigen Variablen genannt.

Die Variablen „Geschlecht“ und „berufliche Tätigkeit“ unterliegen der Nominalskalierung. Das lässt die Auszählung der Häufigkeiten zu, die bereits in der Stichprobenbeschreibung erfolgte (s. Kapitel 4.3).

Die weiteren beiden unabhängigen Variablen sind ordinalskaliert, was zusätzlich die Bestimmung des Median³⁴ erlaubt. Die Variable „Alter“ hat einen Median von 2 und die Variable „Wie schätzen Sie sich selbst ein? Ich bin ...“ hat ebenso einen Median von 2.

Im Folgenden werden die skaliert vorliegenden Antworten des Fragebogens auf ihre Zusammenhänge zu den unabhängigen Variablen mittels geeigneter statistischer Tests geprüft.

Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Geschlecht

In der nachfolgenden Tabelle wird die Untersuchung der Patientenmeinungen in Abhängigkeit vom Geschlecht veranschaulicht.

Geschlecht (nominal)	Skalenniveau	Mittelwert X gesamt	Mittelwert X weiblich	Mittelwert X männlich	t-Test ³⁵ t=	t-Test Signifikanz	Chi-Quadrat-Test Chi=	Chi-Quadrat-Test Signifikanz
Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?	ordinal	2,892	3,007	2,651	2,079	0,039*	5,917	0,205

* Korrelation ist auf dem Niveau 0,05 signifikant

Tab. 12: Statistik in Abhängigkeit vom Geschlecht

³⁴ Der Median gilt als Maßzahl der Lage und gibt hier die mittlere Zahl an.

³⁵ Obgleich statistisch exakt ein Mittelwertvergleich durch den t-Test auf Ordinalskalenniveau nicht statthaft ist, wurde hier in Analogie zur gängigen Verrechnung z. B. bei Schulnoten der höherwertige t-Test neben dem Chi-Quadrat-Test angewendet.

Der einzige geschlechtsspezifische Unterschied in den Antworten der Patienten ergibt sich für die Frage „Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?“. Die männlichen Befragten schätzen die Verschlimmerung ihrer Beschwerden durch psychische Faktoren statistisch signifikant häufiger „gering“ bis „sehr gering“ ein. Frauen geben den Einfluss psychischer Faktoren häufiger als „stark“ bis „sehr stark“ an. Die Antwort „weder/noch“ wird von beiden Geschlechtern mit gerundet 25% gleichhäufig angegeben.

Die statistischen Überprüfungen belegen bis auf die genannte Ausnahme keine Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Geschlechtern. Weder die Mittelwertvergleiche per t-Test noch der Chi-Quadrat-Test weisen signifikante Unterschiede im Antwortverhalten für die folgenden Variablen aus:

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?,
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung allgemein?,
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?,
- Hat sich im Laufe Ihres Lebens die Einstellung gegenüber Ärzten verändert?,
- Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern?.

Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter

Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht die Untersuchung der Patientenmeinungen auf alterspezifische Unterschiede.

Alter (ordinal)	Skalenniveau	Kendall-Tau	Kendall-Tau	Chi- Quadrat- Test	Chi- Quadrat- Test
		Tau =	Signifikanz	Chi =	Signifikanz
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung allgemein?	ordinal	-0,155	0,014*		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?	ordinal	-0,129	0,039*		
Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern? mehr Zeit für Gespräch	nominal	-	-	6,587	0,037*

*Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Tab. 13: Zusammenhänge in Abhängigkeit vom Alter

Es ergeben sich statistisch signifikante altersspezifische Unterschiede im Antwortverhalten für die Variablen „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer medizinischen Versorgung allgemein?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?“. Je älter die Befragten sind, desto zufriedener sind sie mit ihrer allgemeinen ärztlichen Versorgung und mit ihrem Hausarzt. Umgedreht sind die Befragten umso unzufriedener mit ihrer allgemeinen ärztlichen Versorgung und ihrem Hausarzt, je jünger sie sind.

Für die Frage nach der Verbesserung der medizinischen Versorgung ergibt sich ein altersspezifischer Unterschied im Antwortverhalten für den Teilaspekt „mehr Zeit für Gespräch“. Statistisch signifikant häufiger wird von jüngeren Befragten „mehr Zeit für Gespräch“ vorgeschlagen.

Für die weiteren getesteten Variablen

- Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Gesundheitszustand?,
- Hat sich im Laufe Ihres Lebens die Einstellung gegenüber Ärzten verändert?,
- Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?,
- Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern? (sorgfältigere körperliche Diagnostik / bessere Aufklärung über Krankheit und Prognose / bessere Aufklärung über gesunde Lebensführung / mehr Eingehen auf persönliche Situation / weniger Unkosten / Beratung und Begleitung in Lebenskrisen)

ergeben sich keine altersspezifischen Unterschiede im Antwortverhalten.

Zusammenhänge in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit

Die Prüfung der Patientenantworten auf Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit wird in der folgenden Darstellung veranschaulicht.

berufliche Tätigkeit (nominal)	Skalen- niveau	Chi- Quadrat- Test	Chi- Quadrat- Test
		Chi=	Signifikanz
Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern? weniger Unkosten	nominal	10,431	0,034*

*Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Tab. 14: Zusammenhänge in Abhängigkeit von der beruflichen Tätigkeit

Nur zu einem Teilaspekt der Frage nach der Verbesserung der medizinischen Versorgung antworten die Befragten unterschiedlich hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit. Die Gruppen der Selbständigen und Facharbeiter/Auszubildenden schlagen signifikant häufiger „weniger Unkosten“ bei der medizinischen Versorgung vor. Demgegenüber geben die Akademiker diesen Vorschlag am seltensten an. Für alle anderen getesteten Variablen des Fragebogens ergeben sich keine spezifischen Unterschiede im Antwortverhalten hinsichtlich der Gruppen zur beruflichen Tätigkeit. Die Antworten zu den Fragen

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?,
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung allgemein?,
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?,
- Hat sich im Laufe Ihres Lebens die Einstellung gegenüber Ärzten verändert?,
- Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?,
- Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern?
(sorgfältigere körperliche Diagnostik / mehr Zeit für Gespräch / bessere Aufklärung über Krankheit und Prognose / bessere Aufklärung über gesunde Lebensführung / mehr Eingehen auf persönliche Situation / Beratung/Begleitung in Lebenskrisen)

sind unabhängig von der beruflichen Tätigkeit der Befragten.

Zusammenhänge in Abhängigkeit von den Persönlichkeitseigenschaften Optimismus vs. Pessimismus

Die Untersuchung der Patientenmeinungen auf Abhängigkeit von einer optimistischen oder pessimistischen Persönlichkeitseigenschaft zeigt die Tabelle.

Persönlichkeits- eigenschaften Optimismus vs. Pessimismus (ordinal)	Skalenniveau	Kendall- Tau Tau=	Kendall- Tau Signifikanz	Chi- Quadrat- Test Chi =	Chi- Quadrat- Test Signifikanz
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszustand?	ordinal	0,244	0,000**		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung allgemein?	ordinal	0,337	0,000**		
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?	ordinal	0,150	0,014*		
Hat sich im Laufe Ihres Lebens die Einstellung gegenüber Ärzten verändert?	ordinal	0,179	0,003**		
Haben psychische Belastungen zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?	ordinal	0,138	0,020*		
Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern? sorgfältigere körperliche Diagnostik	nominal			15,534	0,004**

**Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

*Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Tab. 15: Zusammenhänge in Abhängigkeit von den Persönlichkeitseigenschaften Optimismus versus Pessimismus

Für alle abhängigen, getesteten Variablen ergibt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu den Persönlichkeitseigenschaften Optimismus und Pessimismus. Je optimistischer die Befragten sich selbst einschätzen, desto positiver beantworten sie die Fragen zur Patientenzufriedenheit. Folgende Ergebnisse sind zu konstatieren:

Je optimistischer die Selbsteinschätzung, desto zufriedener ist der Befragte mit:

- dem eigenen Gesundheitszustand,
- der allgemeinen ärztlichen Versorgung und
- dem Hausarzt.

Umgedreht sind die Befragten umso unzufriedener mit dem eigenen Gesundheitszustand, der allgemeinen ärztlichen Versorgung und dem Hausarzt, je pessimistischer sie sich selbst einschätzen.

Die Einstellung gegenüber Ärzten hat sich umso stärker positiv verändert, je optimistischer sich die Befragten einschätzen. Psychische Belastungen haben für die Befragten umso weniger zur Verschlimmerung von Beschwerden beigetragen, je optimistischer die Selbsteinschätzung ist. Das Gleiche gilt jeweils im negativen Sinne.

Hinsichtlich der Frage nach der Verbesserung der medizinischen Versorgung gibt es statistisch signifikante Unterschiede zu einem Teilaspekt. Die pessimistischen Befragten schlagen gegenüber den optimistischen Befragten signifikant häufiger „sorgfältigere körperliche Diagnostik“ vor.

Die weiteren Teilaspekte der Variable „Was müsste sich an Ihrer medizinischen Versorgung verbessern? (mehr Zeit für Gespräch / bessere Aufklärung über Krankheit und Prognose / bessere Aufklärung über gesunde Lebensführung / mehr Eingehen auf die persönliche Situation / weniger Unkosten / Beratung/Begleitung in Lebenskrisen)“ sind unabhängig von dem Patientenmerkmal optimistische oder pessimistische Persönlichkeitseigenschaft.

Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen

Die Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen untereinander zeigt die nachfolgende Tabelle.³⁶

³⁶ Zur Darstellung der Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen wird jede abhängige Variable allen anderen abhängigen Variablen gegenübergestellt. Daher erscheint jede Variable und jedes Ergebnis zweifach in der Tabelle. Trotz der Wiederholung wird dies aus Gründen der Vollständigkeit so belassen.

Kendall-Tau Tau = / Signifikanz =	Wie zufrieden Sind Sie mit Ihrem Gesundheits- zustand?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung allgemein?	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?	Hat sich im Laufe Ihres Lebens die Einstellung gegenüber Ärzten verändert?	Haben psychische Belastungen zur Verschlim- merung Ihrer Beschwerden beigetragen?
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gesundheitszu- stand?	_____	0,169 / 0,006**	0,028 / 0,645	0,126 / 0,041*	0,035 / 0,556
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Versorgung allgemein?	0,169 / 0,006**	_____	0,453 / 0,000**	0,435 / 0,000**	0,077 / 0,202
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?	0,028 / 0,645	0,453 / 0,000**	_____	0,375 / 0,000**	-0,011 / 0,857
Hat sich im Laufe Ihres Lebens die Einstellung gegenüber Ärzten verändert?	0,126 / 0,041*	0,435 / 0,000**	0,375 / 0,000**	_____	-0,093 / 0,123
Haben psychische Probleme zur Verschlimmerung Ihrer Beschwerden beigetragen?	0,035 / 0,556	0,077 / 0,202	-0,011 / 0,857	-0,093 / 0,123	_____

**Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

*Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

Tab. 16: Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen

Es können folgende statistisch signifikante Zusammenhänge festgestellt werden:

- Je zufriedener Patienten mit ihrem Gesundheitszustand sind, desto zufriedener sind sie mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und desto stärker hat sich ihre Einstellung gegenüber Ärzten positiv verändert.
- Je zufriedener Patienten mit ihrer allgemeinen ärztlichen Versorgung sind, desto zufriedener sind sie mit ihrem Gesundheitszustand sowie mit ihrem Hausarzt und desto stärker hat sich ihre Einstellung gegenüber Ärzten positiv verändert.

- Je zufriedener die Patienten mit ihrem Hausarzt sind, desto zufriedener sind sie mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und desto stärker hat sich ihre Einstellung gegenüber Ärzten positiv verändert.
- Je stärker sich die Einstellung der Befragten gegenüber Ärzten positiv verändert hat, desto zufriedener sind die Befragten mit ihrem Gesundheitszustand, mit ihrer allgemeinen ärztlichen Versorgung und mit ihrem Hausarzt.

Die dargestellten Zusammenhänge gelten ebenso in umgekehrter Weise, die Ausformulierung erübrigt sich daher.

Diese Ergebnisse zeigen, dass eine positive Antwort auf eine Frage mit weiteren positiven Antworten auf andere Fragen als Ausdruck von Zufriedenheit einhergeht. Die statistischen Berechnungen ergeben zugleich, dass *Unzufriedenheit* mit einem Aspekt der medizinischen Versorgung einhergeht mit *Unzufriedenheit* zu anderen Aspekten.

6 DISKUSSION³⁷

Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand

Die Befragten haben Hilfe bezüglich ihrer Gesundheitsprobleme durch die medizinische Versorgung erfahren. Das führt für die Mehrheit der Befragten zur Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand. Gemessen an Gesundheit kann allerdings jede Krankheit zu *Unzufriedenheit* mit dem eigenen Gesundheitszustand führen, daher kann ein Anteil *unzufriedener* Patienten erwartet werden und das Ergebnis mit einem Viertel *Unzufriedener* erklären.

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand kann als Resultat erhaltener medizinischer Behandlung gelesen werden. Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand kann aber auch mit Gewöhnung an gesundheitliche Einschränkungen einhergehen und umgekehrt kann *Unzufriedenheit* aus überhöhten Erwartungen an die Fortschritte der Medizin und die Kompetenzen der Ärzte resultieren. Daher ist nicht gesichert, dass bei dieser Frage das Statement „zufrieden“ mit therapeutischem Erfolg assoziiert werden kann und das Statement „*unzufrieden*“ mit mangelndem therapeutischem Erfolg zusammenhängt.

Unter der Betrachtung des eigenen Gesundheitszustandes als Behandlungsergebnis kann diese Frage als indirekte Frage zur Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung gewertet werden. Für diesen Fall stimmen die Antworten aus direkter und indirekter Frage tendenziell überein, die Zufriedenheit ist hoch.

Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und Zufriedenheit mit dem Hausarzt

Da die allgemeine ärztliche Versorgung teilweise durch den Hausarzt realisiert wird, bietet es sich an, die Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und die Zufriedenheit mit dem Hausarzt gemeinsam zu diskutieren.

Die Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung ist in dieser Befragung hoch. Die Zufriedenheit mit dem Hausarzt wird noch höher angegeben. Dieses Ergebnis kann erwartet werden, da zum Hausarzt in der Regel durch häufigeren Kontakt eine persönlichere Beziehung besteht als zu Fachärzten und die

³⁷ Die Diskussion erfolgt nach zusammengefassten Themenkomplexen und ist daher nicht analog zu der Ergebnisdarstellung.

Zufriedenheit mit dem Hausarzt für die Patienten daher einen höheren Stellenwert haben dürfte als die Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung. Diese Ergebnisse gehen konform mit der konstatierten hohen Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung der in Kapitel 2.1.3 erwähnten Untersuchungen und werden von Zastowny (1995; zit. n. Aichele, 2001) als typisch bezeichnet.

Nachfolgend diskutierte Gründe können als Erklärung des hohen Zufriedenheitsniveaus für beide Fragen herangezogen werden.

Ein wichtiger Grund für die positiven Urteile der Patienten dürfte in der allgemeinen Formulierung der Fragen liegen. Formulierungen wie „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer ärztlichen Betreuung/Versorgung allgemein?“ und „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Hausarzt?“ begünstigen nicht nur positive Urteile, sondern drängen die Patienten zu einem positiven Statement, denn sie haben sicherlich Hilfe bezüglich ihrer Gesundheitsprobleme erfahren. Allgemein formulierte Fragen zeigen Tendenzen der Patientenzufriedenheit, aber zur Konkretisierung der Zufriedenheit in den verschiedenen Dimensionen sind auf Details zielende Fragen die notwendige Ergänzung dazu. In dieser Untersuchung wurden daher die Patienten im halbstandardisierten Interview nach konkreten Erfahrungen im medizinischen Behandlungsprozess gefragt, um Details der Patientenversorgung zu beleuchten.

Zusätzlich zu beachten ist, dass das asymmetrische Arzt-Patient-Verhältnis häufig kritische Auseinandersetzungen der Patienten mit den Akteuren der medizinischen Dienstleistungen behindert. Patienten befürchten Nachteile für ihre medizinische Versorgung, wenn sie Kritik äußern. Außerdem ist das Thema Gesundheit und Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung ein emotional belastendes Thema für die Befragten. Auf diesen Wegen werden Antworttendenzen im Sinne der sozialen Erwünschtheit begünstigt, sozial erwünscht sind positive Antworten. Gleichzeitig können Patienten durch Bewertungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit ihre kognitive Dissonanz reduzieren, nämlich die Diskrepanz zwischen Erwartung und tatsächlich erlebter Situation (Aust, 1994). Zu der hohen Zufriedenheit bezüglich der medizinischen Versorgung und des Hausarztes kann in dieser Erkundung sozial erwünschtes Antwortverhalten beigetragen haben.

Zur Erklärung des hohen Zufriedenheitsniveaus kann ein weiterer Aspekt herangezogen werden: die Möglichkeit der freien Arztwahl in unserem Gesundheitssystem. Aus Gründen der Unzufriedenheit wird im ambulanten Bereich der Arzt gewechselt, was dann zu höherer Zufriedenheit führen und sich in den

Ergebnissen von Patientenbefragungen niederschlagen dürfte. Bei dem vor allem für ländliche und ostdeutsche Gebiete diskutierten Mangel ambulant tätiger Ärzte dürfte der Arztwechsel gegenwärtig und zukünftig schwieriger sein und folglich ist bei knapper werdender Versorgung mit abnehmender Kritik zu rechnen.

Schlussfolgernd kann davon ausgegangen werden, dass die tatsächliche Zufriedenheit der Patienten geringer ist als in den Antworten angegeben. Die nachfolgend diskutierte Frage zeigt anhand der Patientenerfahrungen deren Zufriedenheit und *Unzufriedenheit* mit Details der medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung.

Konkrete eigene Erfahrungen der Patienten

Genauere Nachfragen nach konkreten positiven und negativen Erfahrungen³⁸ der Patienten mit Ärzten wurde im halbstandardisierten Interview als Ergänzung zu den Fragen zur allgemeinen Zufriedenheit des Fragebogens eingesetzt.

Zum Verständnis der Problematik bietet sich ein Blick auf die emotionalen Ebenen der beteiligten Akteure in der Arzt-Patient-Interaktion an. Die Patienten nehmen bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen die Interaktion mit dem medizinischen Personal emotional intensiv wahr, denn für sie geht es um das sensible Gut „Gesundheit“. Durch ihre emotionale Beteiligung werden aus Erlebnissen Erfahrungen, die die Patienten in sich tragen und in Befragungen wiedergeben. Das medizinische Personal agiert dagegen aus einer sogenannten Routine des Arbeitsalltages heraus, es treffen also zwei völlig verschiedene emotionale Ebenen der beteiligten Akteure aufeinander. Hier zeichnet sich ab, dass ein bestimmtes Konfliktpotential zwischen Patienten und medizinischem Personal vorhanden ist und die gegenseitigen Erwartungen sich unterscheiden. Die Interaktion zwischen Arzt und Patient ist dabei der Mittelpunkt allen Geschehens.

Folglich beziehen sich die Erfahrungsberichte der Patienten hauptsächlich auf Merkmale der Arzt-Patient-Beziehung, insbesondere auf formale und inhaltliche Aspekte des ärztlichen Kommunikationsverhaltens.

³⁸ Auf Fragen zu medizinischen Diagnostik- und Therapieprozeduren wurde dabei verzichtet, denn die Patienten können in der Regel aufgrund mangelnden Fachwissens diese Prozeduren qualitativ nicht ausreichend beurteilen und neigen daher dazu, ersatzweise zum Beispiel die Dauer der Behandlung zu bewerten (Neugebauer & Porst, 2001).

Am häufigsten genannt werden Erfahrungen

- zur Bereitstellung von Zeit,
- zu Information und Aufklärung sowie
- zum Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten.

Die dazu berichteten positiven Erfahrungen zeigen Zufriedenheit der Patienten an. Umfang und Häufigkeit der positiven Erfahrungsberichte fallen im Vergleich zu den negativen aber geringer aus. Da stellt sich einerseits die Frage, ob positive Erlebnisse als nicht erwähnenswert angesehen, vielmehr als Selbstverständlichkeit hingenommen werden. Andererseits lässt das Ungleichgewicht zwischen negativen und positiven Erfahrungsberichten darauf schließen, dass die *Unzufriedenheit* der Patienten bezüglich oben genannter Qualitätsmerkmale der Arzt-Patient-Beziehung überwiegt. Die vielen negativen Erfahrungen der Patienten verdeutlichen nicht nur deren *Unzufriedenheit*, sondern decken zugleich Mängel in unserem medizinischen Versorgungssystem auf. Die „Bereitstellung von Zeit“ zur „Information und Aufklärung“ und zum „Eingehen auf die persönliche Situation“ des Patienten im Sinne patientenzentrierter Kommunikation scheint vielfach nicht realisiert worden zu sein, obwohl dies einen hohen Stellenwert für die Zufriedenheit der Patienten hat (s. Kap. 2.1.4).

Bezüglich der Zufriedenheitsdimension „Eingehen auf die persönliche Situation“ deutet sich anhand dieser Erkundung folgende Problematik an: Diese Zufriedenheitsdimension wurde nach den erfolgten Häufigkeitsauszählungen vergleichsweise selten als positive Erfahrung berichtet, jedoch am häufigsten als negative Erfahrung genannt. Das weist darauf hin, dass das Eingehen auf die persönliche Situation für den Patienten häufig nicht zufriedenstellend ist. Demnach scheint das empathische Eingehen auf den Patienten, nicht nur seine Krankheit, sondern den kranken *Menschen* zu sehen, für Ärzte mit Schwierigkeiten verbunden zu sein. Zu vermuten ist, dass dies durch die naturwissenschaftliche Orientierung in der Schulmedizin und in der Mediziner Ausbildung begünstigt wird. Andererseits kann Zeitmangel diesen negativen Erfahrungen der Patienten Vorschub leisten.

Bei der Interpretation der Erfahrungsberichte der Patienten gibt es folgenden Punkt zu bedenken. Die konkreten Erfahrungen der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess beruhen auf unterschiedlichen Bedürfnissen und Erwartungen an die Arzt-Patient-Interaktion, welche dann die Grundlage der Beurteilung bilden. Unterschiedliche Bedürfnisse und Erwartungen sind von soziodemografischen und

sozioökonomischen Faktoren der Patienten abhängig, wie auch in dieser Erkundung Einflüsse von Patientenmerkmalen konstatiert und nachfolgend noch diskutiert werden. Dies ist aber die Aufgabe des Dienstleisters: alle unterschiedlichen Erwartungen und Bedürfnisse wahrzunehmen und zu befriedigen, um für alle Patienten Zufriedenheit zu ermöglichen.

Arzt des Vertrauens

Mehrheitlich haben die Patienten einen Arzt des Vertrauens. Das Ergebnis geht konform mit der hohen allgemeinen Zufriedenheit und der hohen Zufriedenheit mit dem Hausarzt, denn zum einem wird bei vielen Befragten der Hausarzt als Vertrauensarzt genannt und zum anderem hängen Zufriedenheit und Vertrauen miteinander zusammen. Zufriedenheit mit dem Arzt kann Vertrauen begründen und ohne eine zu Grunde liegende Zufriedenheit ist Vertrauen zum Arzt schwer vorstellbar.

Die Befragten beschreiben die kennzeichnenden Merkmale eines Vertrauensarztes zusammengefasst wie folgt:³⁹

- Kompetenz
- Eingehen auf die persönliche Situation
- Bereitstellung von Zeit
- Information und Aufklärung des Patienten

Erwartungsgemäß kann der Patient aufgrund der wahrgenommenen fachlichen Kompetenz dem Arzt vertrauen. Darüber hinaus ist Vertrauen zum Arzt von Qualitätsmerkmalen der Arzt-Patient-Beziehung abhängig. Dies unterstreicht die besondere Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient im medizinischen Behandlungsprozess. Für die Praxis kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass sowohl die Sachkompetenz als auch die Beziehungskompetenz wichtige Qualifikationen des medizinischen Personals sind.

Eigeninitiative zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation

Ein Engagement der Patienten hinsichtlich der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation ist laut dieser Erkundung vorhanden. Gesunde Ernährung

³⁹ Die kennzeichnenden Merkmale eines Vertrauensarztes wurden aus der Ergebnisdarstellung übernommen und zu den aufgelisteten Punkten zusammengefasst.

und Sport treiben scheinen laut der Patientenantworten weit verbreitet zu sein. Daraus wird deutlich, dass die Patienten ihre Gesundheit nicht allein in die Verantwortung der Ärzte legen, sondern dass sie diese ein Stück in den eigenen Händen liegen sehen.

Die Bedeutung von gesunder Ernährung und sportlicher Betätigung für die eigene Gesundheit wird demnach von einer großen Mehrheit der Patienten erkannt und im Alltag wird dies verwirklicht. Es bleibt allerdings offen, was der einzelne Befragte unter gesunder Ernährung und sportlicher Betätigung versteht. Zu gesunder Ernährung existieren bekanntlich verschiedene Konzepte und die Meinungen darüber gehen teilweise auseinander. Gleiches gilt für die sportliche Betätigung, auch hier stellt sich die Frage, wie viel Sport pro Zeiteinheit gesundheitsfördernd ist. Die angelegten Maßstäbe der Eigeninitiativen zur Verbesserung der Gesundheit sind demnach als sehr breitgefächert anzusehen und nicht jede Eigeninitiative mündet automatisch in der Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Situation.

Zurückhaltung bei dem Konsum von Genussgiften wird nur von einer Minderheit als Beitrag zur eigenen Gesundheit angegeben. Allerdings bleibt die Frage offen, ob Genussgifte sowieso nur wenig konsumiert werden, dann erübrigt sich auch der Verzicht zugunsten der Gesundheit.

Die regelmäßige Einnahme der vom Arzt verschriebenen Medikamente und die Einhaltung von Diäten werden von wenigen Befragten als Beitrag zur Verbesserung der eigenen Gesundheit genannt. Sicherlich trägt diese Befolgung ärztlicher Therapievorschläge zur Verbesserung der eigenen Gesundheit bei, als Eigeninitiative kann dies aber nicht gewertet werden. Vielmehr kann die Befolgung ärztlicher Therapieanweisungen als Compliance beschrieben werden, die zum Behandlungserfolg führt.

Aus dieser Untersuchung geht hervor, dass die Patienten psychische Faktoren am Krankheitsgeschehen erkennen (s. Kapitel 5.1 und 5.2), so dass psychische Gesundheit⁴⁰ andererseits als Beitrag zur eigenen gesundheitlichen Situation verstanden werden kann. Bei den Antworten zu dieser Frage fällt aber auf, dass das Bemuhlen um psychische Gesundheit nicht als eine mögliche Eigeninitiative genannt wird. Das deutet an, dass psychische Gesundheit als Beitrag zur eigenen gesundheitlichen Situation weitgehend unberücksichtigt bleibt. Lediglich in die

⁴⁰ Das psychologische Wörterbuch beschreibt psychische Gesundheit nach Becker (1982): „Überwiegen der protektiven, kompensatorischen Anteile und der Umweltstabilisierungen im individuellen System einer Persönlichkeit gegenüber den konstitutionellen Vulnerabilitäten und den Umweltbelastungen“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1998, S. 327).

einmalige Nennung täglicher Meditation als Eigeninitiative zur Erhaltung der Gesundheit kann das Streben nach Psychohygiene hineininterpretiert werden.

Einstellung zu alternativen Heilmethoden in Gegenüberstellung zur Schulmedizin

Die Tendenz der Patientenmeinungen gegenüber alternativen Heilmethoden kann als breite Akzeptanz beschrieben werden. Zum einen liegt das in dem immer größer werdenden Bekanntheitsgrad von alternativen Heilmethoden begründet, wozu Erfahrungsberichte von Patient zu Patient beitragen. Zum anderen werden auf Basis wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweise alternative Heilmethoden inzwischen in begrenztem Umfang als Kassenleistung angeboten (z. B. Akupunktur). Dadurch werden diese ausgewählten Verfahren einem breiteren Patientenkreis zugänglich gemacht und somit auch von einem breiteren Patientenkreis akzeptiert. Nicht zuletzt ist auch der ganzheitliche Ansatz verschiedener alternativer Heilmethoden ein Grund, dass Patienten sich diesen zuwenden.

Allerdings ist auch zu vermuten, dass unter „alternativen Heilmethoden“ verschiedene Vorstellungen begriffen werden und nicht alle Befragten unbedingt alle alternativen Heilmethoden akzeptieren.

Veränderungen der Einstellungen gegenüber Ärzten im Laufe des Lebens

Sowohl im Fragebogen als auch im Interview geben die Befragten mehrheitlich an, ihre Einstellung gegenüber Ärzten habe sich nicht verändert. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der hohen Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und dem Hausarzt plausibel. Allerdings kann auch die Frage gestellt werden, warum bei dieser hohen Zufriedenheit die Patienten nicht mehrheitlich eine positive Veränderung ihrer Einstellung gegenüber Ärzten berichten. Unter Berücksichtigung der Erfahrungen der Patienten („konkrete eigene positive und negative Erfahrungen der Patienten“) kann angenommen werden, dass ein Korrelat für eine positive Meinungsveränderung fehlt. Die in ihrer Häufigkeit geringeren positiven Erfahrungen machen die weniger positiven Meinungsveränderungen verständlich. Die Patienten verknüpfen in ihren Antworten Erfahrungen und Meinungsveränderungen, daher ist grundsätzlich davon auszugehen, dass einer

positiven Veränderung der Meinung gegenüber Ärzten positive Erfahrungen zugrunde liegen und einer negativen Veränderung negative Erfahrungen. Die Gründe für die Einstellungsveränderungen der Befragten können also anhand der Erfahrungen der Patienten erschlossen werden.

Die negativen Erfahrungen der Patienten können sowohl die negativen Einstellungsveränderungen als auch die unveränderten Meinungen der Patienten erklären. Bei der im Fragebogen und im Interview am häufigsten angegebenen Verneinung einer Einstellungsveränderung stellt sich auch die Frage, ob aus Gründen der sozialen Erwünschtheit die Neutralantwort gewählt wurde. Eine negative Einstellungsänderung würde dabei sozial erwünscht verdeckt werden. Es geht aus der neutralen Antwort auch nicht hervor, ob eine negative Meinung negativ oder eine positive Meinung positiv geblieben ist. Die Ermittlung von Einstellungsveränderungen sollte für die Neutralantwort das Ausgangsniveau -in diesem Falle positiv oder negativ- berücksichtigen.

Hinter der Verneinung einer Einstellungsveränderung kann sich eine negative Meinung gegenüber Ärzten verbergen. Darüber hinaus werden im Fragebogen und im Interview Verschlechterungen der Einstellung häufiger angegeben als positive Meinungsveränderungen. Beides lässt die Vermutung zu, dass negative Meinungen über Ärzte bei Patienten häufig anzutreffen und diese in den Erfahrungen der Patienten begründet sind.

Beteiligung psychischer Faktoren an Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf

Bei der Diskussion der Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen ist mit Wolfram (2005, S. 13) zu berücksichtigen, dass psychische Faktoren einen unscharfen Gegenstand jenseits psychiatrischer Krankheitsbilder darstellen. Den Bogen spannt Wolfram von „der krank machenden Verhaltens- oder Erlebensstörung bis hin zum Verarbeiten von somatischen, z. B. karzinomatösen Erkrankungen“.

Eine Annäherung an die psychischen Faktoren des Krankheitsgeschehens ist auch mit einem ganzheitlichen Verständnis von Krankheit und mit der Berücksichtigung der persönlichen Situation des Patienten denkbar. Dies ermöglicht eine Krankheit im Lebenskontext des Patienten zu verstehen und die psychische Reaktion des Patienten in eine Behandlung einzubeziehen.

Aus den Patientenantworten kann abgelesen werden, dass Lebensumstände für die Patienten erlebte Realität und in Worten fassbar sind. Konkrete Lebensumstände dienen teilweise als scheinbar leicht zu akzeptierende Erklärungen für die eigene gesundheitliche Situation. Psychische Faktoren sind für die Patienten dagegen schwerer zu benennen. Dies kann darin begründet sein, dass psychische Faktoren weniger wahrgenommene Realität sind. Hier stellt sich die Frage, ob es an einer der breiten Masse bekannten Definition mangelt, auf deren Basis psychische Faktoren zum Beispiel während einer Krankheit wahrgenommen und benannt werden könnten. Zudem werden konkrete Lebensereignisse von den Patienten nur in Einzelfällen mit psychischen Faktoren verknüpft.

Fischer (1994, S. 126) weist darauf hin, dass jeder Krankheitsverlauf neben medizinisch messbaren Veränderungen einen psychologischen Prozess enthält, „der das Krankheitsgeschehen im Bewusstsein des Patienten spiegelt und rationale, irrationale sowie emotionale Bereiche betrifft“. Diese Zusammenhänge zwischen Psyche und Soma sind heute erforscht, wohl aber ist fraglich, ob diese Zusammenhänge hinreichend bekannt sind. Anscheinend wollen viele Menschen diesen Zusammenhängen für ihr eigenes Leben wenig Bedeutung beimessen oder diese für sich negieren. Die Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen, also an Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und Krankheitsbewältigung, wird von den Patienten bei Zusammenfassung der Antworten „gering“ und „weder/noch“ aus dem Fragebogen sowie der Antworten „nein“ und „möglich bis wahrscheinlich“ aus dem Interview mehrheitlich gering eingeschätzt.

Ein Grund hierfür dürfte in der weitgehenden Stigmatisierung alles „Psychischen“ in unserer Gesellschaft liegen. „Auffällige psychische Verhaltensweisen“ gelten weiterhin und weithin als verdächtig und als Fall für die „Anstalt“ (in der Regel ist damit die Psychiatrie gemeint). Als „auffällig“ wird dabei von der Norm abweichendes Verhalten eingeschätzt. Dass es trotzdem bei einem jeden - bemerkt oder unbemerkt - psychische Faktoren gibt, die eben auch Krankheitsentstehung, Krankheitsverlauf und Krankheitsverarbeitung beeinflussen, scheint in breiten Schichten unserer Gesellschaft wenig akzeptiert zu sein. Beispielsweise kann ausgeprägte Traurigkeit Einfluss auf das eigene Krankheitsgeschehen nehmen.

Demgegenüber bemessen laut einer Untersuchung der Universität Rostock Ärzte den psychischen Faktoren am Krankheitsgeschehen im Laufe der Berufsjahre höhere

Bedeutung bei (Meyer-Probst, Roether & Wolfram, 2002). Der Bedeutungszuwachs beruht auf zunehmendem Gespür für die psychischen Faktoren des Krankheitsgeschehens parallel zur wachsenden Berufserfahrung. Demnach ist zu erwarten, dass Ärzte die persönliche Situation des Patienten in der Arzt-Patient-Interaktion mit zunehmender Berufserfahrung stärker berücksichtigen, denn genau an diesem Punkt einer Interaktion können psychische Faktoren beleuchtet werden, diese sind persönlich, von der Situation des Patienten in seinem beruflichen und privaten Umfeld beeinflusst.

Zugleich stellt sich die Frage, was Patienten unter Eingehen auf die persönliche Situation verstehen. Dazu wurden viele negative Erfahrungen berichtet und zugleich nennen die Patienten diese Zufriedenheitsdimension häufig in den Verbesserungsvorschlägen (s. Kapitel 5.2) Mit dem Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten können konkrete Lebensumstände und psychische Faktoren angeschaut werden, deren Einflüsse auf das Krankheitsgeschehen diskutiert werden und Wege zur Veränderung eingeschlagen werden. Traurigkeit oder Verzweiflung wegen einer Erkrankung können so beispielsweise aufgedeckt, vielleicht abgefedert werden. Letztendlich kann dies zu einer Kostenersparnis im Gesundheitswesen beitragen, denn positive Emotionen beeinflussen das Behandlungsergebnis ebenso wie das Eingehen auf die persönliche Situation über die Patientenzufriedenheit und die Compliance. Therapeutischer Erfolg und ökonomischer Nutzen könnten hier gleichzeitig bedient werden. Sicher hat das Eingehen auf die persönliche Situation für die Patienten eine unterschiedliche Definition, und die Berücksichtigung der psychischen Faktoren ist nicht von allen Patienten gleichermaßen gewünscht; Offenheit seitens der Patienten für die psychischen Faktoren des Krankheitsgeschehens ist aber wünschenswert.

Zu der Antwortskala des Fragebogens ist Folgendes zu bemerken. Es gab zu den Abstufungen „sehr gering“ oder „gering“ einerseits und „sehr stark“ oder „stark“ andererseits die Möglichkeit der Neutralantwort „weder/noch“. Die Antwortmöglichkeit „weder/noch“ kann eine Verneinung psychischer Faktoren, aber auch ein Nichtentscheiden über den Stellenwert psychischer Faktoren bedeuten. Eine lineare Abstufung der Antwortskala von „keinen“ bis „sehr starken“ Einfluss wäre eine Alternative zur eingesetzten Antwortskala gewesen, die eine klare Verneinung psychischer Faktoren deutlicher abgebildet hätte - die Lebenswirklichkeit des

Nichtentscheidens über die Bedeutung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen wäre dann in den Antworten aber nicht abzubilden gewesen. Insgesamt lassen die Häufigkeitsverteilungen der Antworten die Deutung zu, dass die Verneinung oder die Bejahung der Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen für die Patienten Lebenswirklichkeit ist, denn die Neutralantwort „weder/noch“ wurde im Fragebogen bei Zusammenfassung der Antworten „gering“ und „sehr gering“ sowie „stark“ und „sehr stark“ am seltensten angegeben. Im Interview wurde die mit Unsicherheiten behaftete Antwort „möglich“ ebenso am seltensten angegeben. Eindeutige Antworten dominieren vor den mit Unsicherheit behafteten Antworten, psychische Faktoren am Krankheitsgeschehen sind für die Patienten demnach häufiger entweder ausgeblendete oder angenommene Lebenswirklichkeit.

Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Verbesserungsvorschläge aus aufgedeckten Mängeln und damit einhergehender *Unzufriedenheit* resultieren. Folglich münden die Erfahrungsberichte der Patienten, die *Unzufriedenheit* bezüglich der drei nachfolgend genannten Zufriedenheitsdimensionen feststellen (s. Kapitel 5.2), in die Verbesserungsvorschläge zur medizinischen Versorgung. Sowohl im Fragebogen als auch im Interview werden am häufigsten genannt:

- mehr Zeit für Gespräch,
- Verbesserung von Information und Aufklärung sowie
- Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation des Patienten.

Insgesamt spiegeln diese Vorschläge die Notwendigkeit wider, innerhalb der medizinischen Versorgung vor allem die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung zu verbessern.

Die Folge daraus wäre eine höhere Patientenzufriedenheit, da deren Maß sich erheblich an den Teilbereichen einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung, insbesondere an den Faktoren „Information und Aufklärung“ und „Berücksichtigung psychosozialer Aspekte des Krankheitsgeschehens“ orientiert (s. Kap. 2.1.4).

Aus diesem Bedingungs-zusammenhang ergeben sich für die Praxis folgende Konsequenzen:

An Ärzte werden nicht nur Erwartungen hinsichtlich der Sachkompetenz, sondern auch hinsichtlich der Kompetenz zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung gestellt, d. h. hinsichtlich der Sozialkompetenz. Fischer (1994) beschreibt die Beziehungsfähigkeit des Arztes als entscheidendes Qualitätsmerkmal des ärztlichen Handelns und wesentliche Bestimmungsgröße für den Behandlungserfolg. Ihrer Ansicht nach wird die Beziehungsfähigkeit des Arztes von der Interaktions- und Kommunikationskompetenz festgelegt.

Hieraus ergibt sich die Frage, ob die naturwissenschaftlich orientierte Mediziner-ausbildung die Förderung der Interaktions- und Kommunikationskompetenz ausreichend berücksichtigt oder ob die Vermittlung der Sachkompetenz im Vordergrund des Medizinstudiums steht. Die Diskussion dieser Frage wird immer wieder geführt, mitunter wird gefordert, dass die Vermittlung von Interaktions- und Kommunikationskompetenz in der Mediziner-ausbildung einen höheren Stellenwert bekommen sollte (Wolfram 2005). Zugleich kann gefragt werden, ob die sogenannte Schulmedizin zu sehr technisiert ist und die zwischenmenschliche Ebene der Arzt-Patient-Beziehung dabei im Hintergrund steht. Zu vermuten ist, dass Veränderungen angebracht sind, wie sie von den Patienten vorgeschlagen werden. Wie Veränderungen auf den Weg gebracht werden können, ist eine andere und zugleich wichtige Frage. Dazu liefert Engel (1989) zum Beispiel das biopsychosoziale Krankheitsmodell, was mit der Berücksichtigung des Patienten und seines sozialen Kontextes, der Rolle des Arztes und der Gesundheitspolitik Krankheiten in einen ganzheitlichen Bezugsrahmen setzt. Geisler (1987) trägt mit seinem Buch „Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch“ zur Reflexion der Arzt-Patient-Interaktion bei und bietet Leitlinien zur Übung in Interaktions- und Kommunikationskompetenz an. Auch Gordon und Edwards (1995) leisten mit ihrem Buch „Patientenkonferenz“ einen Beitrag für Veränderungen in der Arzt-Patient-Beziehung. Dabei zeigen sie, wie der Patient zum Partner wird, der in die Behandlung durch Kommunikationsstrategien und Beziehungsgestaltung einbezogen wird. Auf diesen angesprochenen Wegen können im zeitlich möglichen Rahmen sowohl die Information und Aufklärung als auch das Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten berücksichtigt werden.

Sowohl im Fragebogen als auch im Interview werden weniger häufig nachfolgend diskutierte Verbesserungsvorschläge zur medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung genannt.

Im Fragebogen wird von rund einem Drittel der Befragten „mehr Sorgfalt bei der körperlichen Diagnostik“ angegeben, im Interview wird dies nur vereinzelt genannt. Patienten, die diesen Verbesserungsvorschlag machen, nehmen die körperliche Diagnostik demnach unvollkommen wahr. Die Qualität der körperlichen Diagnostik kann aber von Patienten aufgrund des mangelnden medizinischen Fachwissens nicht objektiv beurteilt werden. Allerdings stellt sich die Frage, ob körperliche Untersuchungen in knappen Zeitrahmen bei Patienten den Eindruck erwecken, dass die Sorgfalt bei den Untersuchungen vernachlässigt wird. Für diesen Fall würde der Zeitfaktor als Ersatz für die Sorgfalt bewertet werden.

Im Fragebogen wird von jeweils 16% der Befragten „bessere Aufklärung über gesunde Lebensführung“ und „Beratung und Begleitung in Lebenskrisen“ als Verbesserungsvorschlag zur medizinischen Versorgung angegeben. Die Beratung in Lebenskrisen betrifft die persönliche Situation des Patienten, im Interview wurden in diese Richtung formulierte Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Versorgung daher unter dem Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten subsummiert. Wird für die Fragebogenergebnisse diese Summation durchgeführt, dann fällt dem Verbesserungsvorschlag „Eingehen auf die persönliche Situation“ eine höhere Gewichtung zu. Grundsätzlich ist die Frage zu stellen, inwieweit eine Beratung und Begleitung in Lebenskrisen zu den Kompetenzen und Aufgaben eines Arztes gehören. Eine Differenzierung nach Fachgebieten lässt den Schluss zu, dass dies vorzugsweise psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärzten zufällt. Da die Realisierung einer Beratung und Begleitung in Lebenskrisen mit einem erheblichen Maß an Zeit verbunden ist, kann das Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten auch bedeuten, den Patienten zu einer Psychotherapie, psychiatrischen Therapie oder Lebensberatung zu motivieren und zu vermitteln. Aufklärung über gesunde Lebensführung kann dagegen zu den allgemeinen ärztlichen Aufgaben gezählt werden, kann aber auch als allgemeinmedizinische Aufgabe angesehen werden. Zu bedenken ist zusätzlich, dass andere Berufsgruppen die Kompetenzen für die Aufklärung über gesunde Lebensführung oder die Beratung in Lebenskrisen für sich in Anspruch nehmen.

Im Interview sprechen die Patienten mit ihren Vorschlägen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung vereinzelt die Gesundheitspolitik an. Im Fragebogen betraf nur die Antwortmöglichkeit „weniger Unkosten“ einen Aspekt der Gesundheitspolitik. Nachfolgend werden die Verbesserungsvorschläge diskutiert, die gesundheitspolitische Aspekte beinhalten:

Die gesundheitspolitischen Entscheidungen haben dazu geführt, dass die Zuzahlungen für die Versicherten gestiegen sind (s. Kapitel 2.2). Daher ist der Verbesserungsvorschlag „weniger Unkosten“, der im Fragebogen von fast einem Drittel angegeben wurde, verständlich. Im Interview wurde dieser Verbesserungsvorschlag selten genannt, meist aber mit der eigenen finanziellen Belastung in Zusammenhang gebracht. Weniger Unkosten sind aus Sicht zum Beispiel chronisch kranker Patienten verständlich, denn manche Patienten müssen, gemessen an ihrem Einkommen, erhebliche Zuzahlungen leisten. Gesundheitspolitisch dienen Zuzahlungen bei Medikamenten zur Ausgabenbegrenzung, zugleich kann ein sparsamer und verantwortungsvoller Umgang mit den per Rezept verordneten Heilmitteln begünstigt werden. Die Befreiung von Zuzahlungen in definierten Härtefällen stellt den Versuch dar, eine gewisse soziale Gerechtigkeit zu realisieren.

Der Vorschlag der „unbegrenzten Verschreibung von Therapien“ lässt eine Versorgungsmentalität vermuten, allerdings kann im Einzelfall eine Mengenbegrenzung von Therapien pro Quartal (z. B. Physiotherapie) für den Patienten nachteilig sein. Das zu Grunde liegende Instrument der Budgetierung dient der Ausgabenbegrenzung durch Mengenbegrenzung und ist eine begründete Lösung für steigende Ausgaben der Finanzierungsträger.

Der Verbesserungsvorschlag der „Reduzierung der Patientenzahlen pro Arzt“ ist insofern verständlich, dass die Patienten mehr Zeit für ihre ärztliche Versorgung fordern. Hier wird ein Lösungsweg für den häufig beklagten Zeitmangel aufgezeigt, der allerdings nur durch Bereitstellung von mehr Finanzmitteln zu realisieren scheint. Eine „schnelle Überweisung zu Fachärzten“ wird als Verbesserungsvorschlag genannt. Hier stellt sich die Frage, ob aus einer Versorgungsmentalität heraus die Patienten unbegrenzte Facharztbesuche fordern oder ob Situationen der verzögerten Diagnostik und Therapie diesen Vorschlag begründen. Die Diskussion über Ärztemangel im ambulanten Bereich und vorwiegend in ländlichen und ostdeutschen

Gebieten lässt vermuten, dass Facharztkonsultationen zukünftig eher seltener realisiert werden können.

Die „psychologische Ausbildung der Ärzte“ wird als Verbesserungsvorschlag genannt, was so gedeutet werden kann, dass die Patienten darin den Weg zur Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation sehen. Zugleich weist dieser Verbesserungsvorschlag darauf hin, dass Patienten in der naturwissenschaftlich orientierten Schulmedizin Nachteile hinsichtlich der Berücksichtigung psychosozialer Aspekte am Krankheitsgeschehen erkennen.

Die „sofortige Informationsweiterleitung zwischen den verschiedenen behandelnden Ärzten, gegebenenfalls über das Internet“, wird als verbesserungsbedürftig eingeschätzt. Hier werden Organisations- und Strukturdefizite angesprochen, zugleich aber auch das Problem des Zeitmangels berührt. Die Patienten erleben offensichtlich, dass nach Überweisungen die dann behandelnden Ärzte nicht genügend über die Krankengeschichte, Voruntersuchungen usw. informiert sind, um die Weiterbehandlung unverzüglich beginnen zu können. Es stellt sich die Frage, ob eine Patientenkarte mit allen wichtigen Informationen diesem Problem Abhilfe schaffen könnte.

Die gesundheitspolitischen Steuerungsinstrumente können nicht jeden Verbesserungsvorschlag der Patienten bedienen, dennoch sollten auf Wirtschaftlichkeit und Strukturreformen ausgerichtete gesundheitspolitische Entscheidungen die Anliegen der Patienten berücksichtigen.

Zusammenfassend kann anhand der Anzahl der Nennungen der Verbesserungsvorschläge folgendes gesagt werden: Den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens kann im Vergleich zur Arzt-Patient-Beziehung eine nebensächliche Bedeutung für die Patientenzufriedenheit zugeschrieben werden.

Patientenmerkmal Geschlecht

In der vorliegenden Erkundung gibt es Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Frauen und Männern hinsichtlich der Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen. Obwohl insgesamt den psychischen Faktoren eine geringe Bedeutung zugeschrieben wird (s. Kapitel 5.1 und 5.2), schätzen Frauen die Beteiligung psychischer Faktoren am Krankheitsgeschehen im Gegensatz zu Männern höher ein. Diese unterschiedliche Einschätzung kann dadurch begünstigt

sein, dass durch eine geschlechtsspezifische Sozialisation Frauen den emotionalen Seiten des Lebens offener begegnen.

Wie in Kapitel 2.1.4 dargestellt, liefert die Forschungsliteratur gegensätzliche Erkenntnisse zu Unterschieden im Antwortverhalten zwischen Frauen und Männern. Abgesehen von der Frage zu den psychischen Faktoren am Krankheitsgeschehen wird in dieser Erkundung gleiches Antwortverhalten der Geschlechter konstatiert, wie auch eine Untersuchung von Pock (2000) gleiches Antwortverhalten der Geschlechter feststellt.

Patientenmerkmal Alter

In der Forschung zur Patientenzufriedenheit wird altersabhängiges Antwortverhalten immer wieder konstatiert und diskutiert (s. Kapitel 2.1.4). Als Gründe für die Unterschiede zwischen den Generationen können folgende Punkte geäußert werden: Erstens dürften jüngere Patienten die medizinische Versorgung ausgeprägter als Dienstleistung verstehen, welcher gegenüber Ansprüche geltend gemacht werden. Werden diese Ansprüche nicht erfüllt, üben jüngere Patienten häufiger Kritik. Der altersspezifische Unterschied der Antworten bezüglich des Verbesserungsvorschlages „mehr Zeit für Gespräch“ zeigt die Anspruchshaltung der jüngeren Befragten an. Zweitens sind ältere Patienten stärker geprägt von der sozialen Distanz zum Arzt, welchem gegenüber keine Kritik geäußert werden sollte und dürften daher häufiger im Sinne der sozialen Erwünschtheit antworten. Diese Tendenz drückt sich in höherer Zufriedenheit der älteren Patienten auch in dieser Erkundung aus.

Aufgrund der sich vollziehenden Generationenwechsel stellt sich die Frage, ob die Befragten mit zunehmendem Alter höhere Zufriedenheit angeben oder ob altersspezifische Unterschiede im Antwortverhalten zukünftig geringer ausfallen.

Patientenmerkmal berufliche Tätigkeit

Die Frage nach der beruflichen Tätigkeit war offen gestellt, so dass eine große Anzahl verschiedener Berufsbezeichnungen und Berufseinteilungen in den Antworten ihren Niederschlag fanden, deren Kategorisierung schwierig war. Viele ältere Befragte gaben die Antwort „Rentner“, was im eigentlichen Sinne keine

Berufsbezeichnung - eher eine Statusbezeichnung - ist. Um eine Auswertung der Daten nach sozialer Herkunft und der damit verbundenen sozioökonomischen Situation auf Grundlage der beruflichen Tätigkeit der Patienten durchführen zu können, wurde die Antwort Rentner aus der Wertung genommen und erscheint als fehlende Antwort. Die Bezeichnung „Rentner“ lässt keinen Rückschluss auf die soziale Herkunft und die sozioökonomische Situation zu (Segelke, 1997). Hier hätte eine präzisere Fragestellung oder die Vorgabe von Antwortkategorien die nicht verwertbaren Antworten verhindern können.

Anhand der verwertbaren Antworten kann konstatiert werden, dass alle sozioökonomischen Gesellschaftsgruppen in dieser Erkundung repräsentiert werden. Zwischen diesen einzelnen Gruppen können keine bedeutenden Unterschiede im Antwortverhalten nachgewiesen werden, lediglich der Verbesserungsvorschlag „weniger Unkosten“ wird unterschiedlich bewertet. Im Rückschluss auf die sozioökonomische Situation kann festgestellt werden, dass Befragte mit geringerem Einkommen diesen Verbesserungsvorschlag häufiger angeben. Die Erklärung dafür ergibt sich aus der höheren finanziellen Belastung durch Zuzahlungen bei geringerem Einkommen.

Patientenmerkmal optimistische vs. pessimistische Persönlichkeitseigenschaft

Drei Viertel der Befragten schätzen sich optimistisch ein. Diese vielfachen positiven Einschätzungen drängen zu den Fragen, ob Kriterien der subjektiven Selbstwahrnehmungen und nachfolgenden Selbsteinschätzungen ein zu positives Bild zeichnen und ob sich hinter diesem Optimismus ein sich abgefunden haben mit Lebensumständen und der gesundheitlichen Situation versteckt. Hier zeichnet sich ab, dass diese Persönlichkeitseigenschaften Einflüsse auf die Wahrnehmung erlebter medizinischer Dienstleistungen haben wie sicher auch auf andere Erlebensbereiche. Diese Selbsteinschätzung der Patienten wird daher als ein Patientenmerkmal angesehen, dem Einfluss auf die Patientenzufriedenheit zugeschrieben wird.

Diese Erkundung belegt den Zusammenhang zwischen einer optimistischen oder pessimistischen Persönlichkeitseigenschaft und dem Antwortverhalten der Patienten zu Themen der Patientenzufriedenheit. Das hohe Zufriedenheitsniveau bei den Fragen nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand, der allgemeinen medizinischen Versorgung und dem Hausarzt ist von den mehrheitlich optimistischen Selbsteinschätzungen der Befragten beeinflusst. Eine positive

Einstellungsveränderung gegenüber Ärzten steht ebenso mit einer optimistischen Persönlichkeitseigenschaft der Befragten in Zusammenhang. Die Wahrnehmung und Bewertung medizinischer Dienstleistungen wird demnach von einer optimistischen und pessimistischen Persönlichkeitseigenschaft in die entsprechende Richtung gelenkt.

Der Konstruktivismus kann zum Verständnis der Persönlichkeitseigenschaften Optimismus und Pessimismus herangezogen werden: Nicht die Wirklichkeit, sondern das, was wir über sie denken, bestimmt unser Erleben. Verschiedene philosophische Schulen haben sich mit dem Zusammenhang zwischen Wirklichkeit und deren Erleben und Bewerten auseinandergesetzt und insbesondere der Konstruktivismus hat sich dieser These angenommen (Siebert, 1999). Wir konstruieren uns demnach unsere Wirklichkeit durch unser Bewerten des Erlebten. So konstruieren wir uns auch die Wirklichkeit der erlebten medizinischen Versorgungsqualität anhand unserer Bewertung – auch auf der Grundlage unserer optimistischen oder pessimistischen Persönlichkeitseigenschaften. Lebenspraktische Realität wird hergestellt, wenn der Volksmund zum Beispiel vom Glückskind oder vom Nörgler spricht.

Der Status „Zufriedenheit“ wird für den Patienten erreicht, wenn die subjektiven Kriterien der Zufriedenheit beim Patienten erfüllt sind. Das ist bei einem optimistisch eingestellten Patienten demnach schneller erreicht als bei einem pessimistischen Patienten. Dies erklärt ebenso, dass manche Patienten trotz vorhandener Missstände Zufriedenheit angeben und andere wiederum nur erschwert zufrieden zu stellen sind. Auf diese Unterschiede muss sich das medizinische Personal im Behandlungsprozess einstellen.

Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen

Die Zusammenhänge zwischen den abhängigen Variablen zeigen sich in der Weise, dass eine positive Antwort auf eine Frage mit weiteren positiven Antworten auf andere Fragen einhergeht. Die inhaltlichen Zusammenhänge der Fragen legen nahe, dass Korrelationen der Antworten aufgedeckt werden können. Beispielsweise lässt eine hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand erwarten, dass der Befragte mit der ärztlichen Versorgung und dem Hausarzt zufrieden ist, denn die behandelnden Ärzte haben zur gesundheitlichen Situation des Patienten beigetragen.

Einhergehend damit ist auch die positive Veränderung der Meinungen gegenüber Ärzten zu bewerten.

In gleicher Weise können die Zusammenhänge der negativen Antworten interpretiert werden, denn eine negative Antwort auf eine Frage geht mit weiteren negativen Antworten auf andere Fragen einher. *Unzufriedenheit* mit dem eigenen Gesundheitszustand kann *Unzufriedenheit* mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung und dem Hausarzt verständlich machen.

Die Persönlichkeitseigenschaften Optimismus und Pessimismus, für die ein Einfluss auf das Antwortverhalten aufgezeigt wurde, können hier auch als Erklärung für die bestehenden Zusammenhänge herangezogen werden. Demnach haben optimistisch eingestellte Patienten die Fragen häufiger positiv beantwortet und pessimistisch eingestellte Patienten haben häufiger *Unzufriedenheit* angegeben.

7 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Konsequenzen für das Dienstleistungsverständnis

Als allgemeines Merkmal einer Dienstleistung gilt die Kundenorientierung. Das zunehmende Verständnis der medizinischen Versorgung als Dienstleistung am Patienten legt daher nahe, dass die Erbringung medizinischer Dienstleistungen auf die Zufriedenheit des Patienten ausgerichtet sein sollte.

Dienen⁴¹ und Dienst leitet sich von zu etwas nützen her. Die medizinische Versorgung ist ein Dienst am kranken Menschen und bedeutet damit für das medizinische Personal, zur Genesung des Patienten gebraucht zu werden und zu nützen. Dabei spiegelt die Art und Weise des Dienens das Dienstleistungsverständnis des medizinischen Personals wider und beeinflusst zugleich in Form der Dienstleistungsqualität die Patientenzufriedenheit. Die Art und Weise der Erbringung medizinischer Leistungen sollte als ein Schlüssel zur Patientenzufriedenheit verstanden werden.

Konsequenzen für das Kritikverständnis

Patientenbefragungen sind eine Form von Kritik am System der medizinischen Versorgung, die in eine Verbesserung der aufzudeckenden Schwachstellen der medizinischen Versorgung münden sollte.

Für die die Kritik Betreffenden kann Folgendes gesagt werden: Kritikfähigkeit ist nicht immer gegeben, Kritik kann positiv als auch negativ verstanden werden. Ein negatives Verständnis von Kritik kann die Reduzierung von Mängeln behindern. Kritikfähigkeit ist mit einer positiven Kritiksicht verbunden und kann die Aufdeckung von Qualitätsmängeln begünstigen. Mit diesem Kritikverständnis müssten Patientenbefragungen geradezu Interesse erwecken.

Für die Patienten und Befragten sollte gelten: Konstruktiv Kritik üben lohnt sich. Dies kann helfen, die beklagten Mängel zu beseitigen, und ist ein Dienst für den Kritisierten, denn dieser hat dadurch die Chance, die Qualität seiner Arbeit zu optimieren.

⁴¹ Laut dem Duden Herkunftswörterbuch hat „dienen“ einen Zusammenhang mit Demut und meint in seiner heutigen Bedeutung zu etwas gebraucht werden, nützen (1997).

Konsequenzen für das Krankheitsverständnis

Die medizinische Versorgung ist nach wie vor von einem naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis dominiert, die hochtechnisierte Medizin berücksichtigt dabei wenig die psychosozialen Aspekte des Krankheitsgeschehens wie auch die Rolle des Arztes.

Ein Paradigmenwechsel hin zu einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis ist immer wieder in der Diskussion. Nach Engel (1989) werden mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell folgende Faktoren des Krankheitsgeschehens in das ärztliche Handeln einbezogen: der Patient, der soziale Kontext, die Rolle des Arztes und die Gesundheitspolitik. Im Handlungsrahmen eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses können in der Berücksichtigung der Rolle des Arztes die Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit wirksam werden. Zugleich lässt sich durch die Einbeziehung des sozialen Kontextes das Eingehen auf die persönliche Situation des Patienten verwirklichen. In der Konsequenz sollte daher ärztliches Handeln auf einem biopsychosozialen Krankheitsverständnis basieren. Im Sinne der Nachhaltigkeit gilt Gleiches für die Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals.

8 ZUSAMMENFASSUNG

Die vorliegende Arbeit hat die Zufriedenheit der Patienten mit der medizinischen Versorgung vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Veränderungen erkundet. Darüber hinaus sind mit detaillierten Fragen einzelne Dimensionen der Patientenzufriedenheit beleuchtet worden und auf diesem Weg ist *Unzufriedenheit* bezüglich Details der medizinischen Versorgung aufgezeigt worden. Die Ergebnisse sind mit denen anderer Untersuchungen verglichen worden.

Dazu wurden mittels eines Fragebogens und eines halbstandardisierten Interviews 206 Erwachsene befragt.

Insgesamt kommt diese Erkundung zu dem Fazit, dass das Zufriedenheitsniveau der Patienten hoch ist. Folgende Ergebnisse können genannt werden:

- hohe Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand,
- hohe Zufriedenheit mit der allgemeinen ärztlichen Versorgung,
- hohe Zufriedenheit mit dem Hausarzt.

Hohe Zufriedenheitswerte sind ein bekanntes Phänomen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen. Faktoren, die hohe Zufriedenheitswerte begünstigen, sind den Untersuchungen häufig gemein. Folgende Faktoren können in dieser Erkundung zu den hohen Zufriedenheitswerten beitragen haben:

- die Art der Fragestellung,
- die soziale Erwünschtheit der Antworten,
- der soziodemografische Faktor Alter.

Die Interpretation lässt daher zu, das hohe Zufriedenheitsniveau der Patienten in Frage zu stellen und auf *Unzufriedenheit* im Detail der medizinischen Versorgung zu schließen.

Auf Details zielende Fragen wurden eingesetzt, um die Zufriedenheit hinsichtlich einzelner Dimensionen zu erkunden und Mängel im medizinischen Versorgungssystem aufzudecken.

Die Erfahrungsberichte der Patienten im medizinischen Behandlungsprozess werden von den drei nachfolgend genannten Zufriedenheitsdimensionen dominiert, häufig geben die Patienten diesbezüglich negative Erfahrungen an. Damit übereinstimmend nennen die Befragten die gleichen Zufriedenheitsdimensionen am häufigsten zur

Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung. Patientenunzufriedenheit besteht hinsichtlich der Zufriedenheitsdimensionen:

- Zeit,
- Information und Aufklärung,
- Eingehen auf die persönliche Situation.

Sowohl die Erfahrungsberichte als auch die Verbesserungsvorschläge der Patienten stellen die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung in den Mittelpunkt der Detailkritik. Dieses Ergebnis verdeutlicht die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Patientenzufriedenheit und bestätigt vorliegende Forschungsberichte zu diesem Thema: Die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit.

Die sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen werden von den Patienten vereinzelt und in den Fällen als verbesserungsbedürftig eingeschätzt, in denen die Patienten durch finanzielle Belastungen oder organisatorische Defizite direkt betroffen waren. Daher kann den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens im Vergleich zur Arzt-Patient-Beziehung laut dieser Erkundung eine geringere Bedeutung für die Patientenzufriedenheit zugeschrieben werden.

Die Problemstellung weist darauf hin, warum die Erbringung medizinischer Versorgung auf die Zufriedenheit der Patienten ausgerichtet sein sollte:

- weil Patientenzufriedenheit die Compliance und das Behandlungsergebnis verbessern kann,
- weil Patientenzufriedenheit über das verbesserte Behandlungsergebnis zur Kostenersparnis im Gesundheitswesen beitragen kann,
- weil zufriedene Patienten als Werber für den Anbieter fungieren können.

Hieraus kann abgeleitet werden, dass die Zufriedenstellung des Patienten ein Ziel der Erbringung medizinischer Dienstleistungen sein sollte, wie auch Arnold und Lang (1994) die Patientenzufriedenheit als Evaluations- und Gestaltungskriterium medizinischer Versorgung einordnen. Der Verwirklichung dieses Zieles können folgende Faktoren dienen:

- ein auf Patientenzufriedenheit ausgerichtetes Dienstleistungsverständnis der medizinischen Versorgung,

- die Ausschöpfung ungenutzter Verbesserungspotentiale aufgrund der Kritikfähigkeit,
- ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis mit Berücksichtigung der Rolle des Arztes und des sozialen Kontextes des Patienten.

Auf diesen Wegen kann die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und damit der medizinischen Versorgung verbessert werden. Insbesondere die von den Patienten am häufigsten geforderten Verbesserungen können bedient werden: Zeit, Information und Aufklärung, Eingehen auf die persönliche Situation.

In der vorliegenden Untersuchung sind Einflüsse von Patientenmerkmalen auf das Antwortverhalten der Patienten zu konstatieren.

Wie in anderen Untersuchungen hat auch in dieser Erkundung das Alter Einfluss auf die Antworten der Patienten; ältere Befragte geben eine höhere Zufriedenheit an.

Die Behandlung der Persönlichkeitseigenschaften Optimismus und Pessimismus als Patientenmerkmal zeigt, dass beide Einfluss auf das Antwortverhalten der Patienten haben. Eine optimistische Persönlichkeitseigenschaft geht gehäuft mit einer positiven Wahrnehmung medizinischer Dienstleistungen, eine pessimistische Persönlichkeitseigenschaft geht gehäuft mit Patientenunzufriedenheit einher.

Die aufgestellte Hypothese dieser Erkundung kann bestätigt werden: die Patientenzufriedenheit wird auch gegenwärtig in hohem Maße von der subjektiv wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst, Patientenzufriedenheit ist auch unter den veränderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen möglich.

Insofern sollte in Evaluationsinstrumenten zur Patientenzufriedenheit, die in medizinischen Einrichtungen zur Qualitätssicherung heute immer häufiger eingesetzt werden, den Dimensionen zur Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung ein großer Raum gegeben werden.

Für die zukünftige Entwicklung der Patientenzufriedenheit kann ebenso von der Kontinuität des wichtigen Einflussfaktors Arzt-Patient-Beziehung auf die Patientenzufriedenheit ausgegangen werden.

LITERATUR

AICHELE, G. U. (2001). *Qualitätsmanagement in der Anaesthesiologie – Messung der Patientenzufriedenheit mittels zweier unterschiedlicher Methoden*. Dissertation, Ruprecht- Karls- Universität Heidelberg.

ALTEKRÜGER, I. & BOCK, S. (1992). *Medizinische Psychologie Medizinische Soziologie*. Neckarsulm u. a. : Jungjohann.

ARNOLD, K. & LANG, E. (1994). Patientenzufriedenheit mit der Arzt- Patient- Beziehung. *Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin*, Band 9.

AUST, B. (1994). Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB*, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P94- 201.

BAKER, R. (1990). Developement of a questionnaire to assess patients satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*, 40, 1990, S. 487-490.

BAUM, E., PLATT, B. & DONNER-BANZHOFF, N. (1994). Patientenerwartungen und ärztliches Handeln, Eine Untersuchung in vier allgemeinärztlichen Praxen. *Der informierte Arzt- Gazette Médicale*, 15, S. 447-451.

BERTAKIS, K. D., ROTER, D. & PUTNAM, S. M. (1991). The Relationship of Physician Medical Interview Style to Patient Satisfaction. *The Journal of Family Practice*, Vol. 32, 2, 1991, S. 175-181.

BOWMAN, M. A. (1991). Good Physician- Patient- Relationship – Improved Patient Outcome?. *The Journal of Family Practice*, Vol. 32, 2, 1991, S. 135- 136.

BRODY, D. S., MILLER, S. M., LERMAN, C. E., SMITH, D. G., LAZARO, C. G. & BLUM, M. J. (1989). The Relationship Between Patients Satisfaction With Their

Physicians and Perceptions About Interventions They Desired and Received. *Medical Care*, 1989, Vol. 27, No. 11, S. 1027- 1035.

BULLER, M. K. & BULLER, D. B. (1987). Physicians Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 1987, S. 375-388.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2007).

http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/ueberblick/was_kommt_wann/index.html (11.07.2007).

COMSTOCK, L. M., HOOPER, E. M., GOODWIN, J. M. & GOODWIN, J.S. (1982). Physician Behaviors That Correlate With Patient Satisfaction. *Journal of Medical Education*, Vol. 57, 1982, S. 105-112.

ECKART, W. U. (2000). *Geschichte der Medizin*. 4. Auflage. Berlin: Springer.

ENGEL, G. L.(1989). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Holistic Medicin*, 4, 1989, 37-53.

ERZBERGER, CH., DERIVAUX, J. C. & RUHSTRAT, E.-U. (1989). Der zufriedene Patient?. *MMG, Medizin Mensch Gesundheit*, 14, 1989, S. 140-145.

FEGERT, J. & GERWERT, U. (1993). Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis Kinderpsychologie Kinderpsychiatrie*, 42, 1993, S.- 293-298.

FELDES, D., FELDES, U. & HAHN, S. (1982). Erfüllen Ärzte die Erwartungen ihrer Patienten? *Zeitschrift ärztlicher Fortbildung*, 76, 1982, S. 308-311.

FISCHER, G. (1994). Die Arzt- Patient- Beziehung - Kernstück einer „Reform von innen“. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt- Patient- Beziehung im Wandel*. Referate der 6. Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994, S.123-129. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8, Stuttgart: Ferdinand Enke

GEISLER, L. (1992). *Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch*, Wirklichkeit und Wege. 3., erweiterte Auflage. Frankfurt: Pharma.

GERLINGER, TH. (2002). Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB*, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P02-204.

GERLINGER, TH. (2003). Ein Schritt vorwärts- zwei Schritte zurück? Rot- grüne Gesundheitspolitik 1998-2003. *PROKLA, Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, Heft 132, 33. Jahrgang, 2003, Nr. 3, S. 365-388.

GLÄß, F., LIESKE, S. & KASTEN, E. (1999). Was denken Patienten über Ärzte? Was halten Ärzte von ihren Patienten?. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 2/1999, S. 85-93.

GORDON, T. & EDWARDS, W. S. (1995). *Patientenkonferenz, Ärzte und Kranke als Partner*. deutschsprachige Ausgabe 1997, München: Wilhelm Heyne.

HÄCKER, H. & STAPF, K. H. (Hrsg.). (1998). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. 13., überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern u. a.: Hans Huber.

HAISCH, J. (1990). Patientenschlussfolgerungen aus Arztverhalten, Grundlagen und Anwendungsaspekte. *Allgemeinmedizin*, 19, 1990, S. 46-54.

HIMMEL, W. & LIPPERT-URBANKE, E. (1994). Medikament verordnet - Patient zufrieden? Ergebnisse einer Befragung in zehn Allgemeinarztpraxen. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 70, 1994, S. 99-103.

HELMICH, P. (1994). Die Arzt- Patient- Beziehung in der ärztlichen Praxis - oder „Die vergessene Beziehung“. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt- Patient- Beziehung im Wandel*. Referate der 6. Informationsmedizinischen Tage in Hamburg

1994, S.130-136. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8, Stuttgart: Ferdinand Enke.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2005). Gefühlte Unzufriedenheit. *Deutsches Ärzteblatt* 2005, 102, A 3144 Heft 46.

KLEMPERER, D. (2003). Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen, Konzepte der Arzt- Patient- Kommunikation. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, SP I 2003-302.

KLOSA, A., SCHOLZE-STUBENRECHT, W. & WERMKE, M. (Hrsg.). (1997). *DUDEN Das Herkunftswörterbuch, Etymologie der deutschen Sprache*. Überarbeiteter Nachdruck der 2. Auflage. Mannheim u. a.: Dudenverlag.

KRENTZ, H. & OLANDT, H. (2001). Teilleistungsbezogene Messung der Qualitätswahrnehmung von Patienten. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 9. Jahrgang, 2001, Heft 4, S. 322- 330.

KRUSE, C. (2001). *Patientenzufriedenheit als Qualitätssicherung? - Ergebnisse einer Umfrage an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie der Universität Leipzig*. Dissertation, Universität Leipzig.

KÜHN, H. (2001). Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-204.

LAMNEK, S. (1993). *Qualitative Sozialforschung*. Band 2, Methoden und Techniken, 2., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

LANG, E. & ARNOLD, K. (1994). *Die Arzt- Patient- Beziehung im Wandel*, Referate der 6. Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994, Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8, Stuttgart: Ferdinand Enke.

LANGEWITZ, W., KELLER, A., DENZ, M., WÖSSMER-BUNTSCHU, B. & KISS, A. (1995). Patientenzufriedenheits-Fragebogen (PZF): Ein taugliches Mittel zur Qualitätskontrolle der Arzt- Patient- Beziehung? *PPmP, Psychotherapie Psychosomatik med. Psychologie*, 45, S. 351-357 Stuttgart: Georg Thieme.

MERTEN, M. & GERST, T. (2007). Der Sinn erschließt sich erst mit dem Praktizieren. Qualitätsmanagement im ambulanten Bereich. *Deutsches Ärzteblatt* 2007, 104: A1711- 1716, Heft 24.

MEYER-PROBST, B., ROETHER, D. & WOLFRAM, CH. (2002). Zum Stellenwert psychischer Faktoren in der ärztlichen Berufspraxis – Konsequenzen aus einer Ärztebefragung für die medizinpsychologische Lehre. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 3/2002, 139-143.

NEUGEBAUER, B. & PORST, R. (2001). Patientenzufriedenheit, Ein Literaturbericht. *ZUMA- Methodenbericht* Nr. 7/2001 Mannheim: ZUMA – Zentrum für Umfragen Methoden Analysen.

OLANDT, H. & KRENTZ, H. (1998). Patientenzufriedenheit – subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. *Das Gesundheitswesen*, 60, 1998 S. 721- 728, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

POCK, CH. (2000). *Untersuchung zur Patientenzufriedenheit: Die Interaktion zwischen Patient und Medizinischem Personal an einer orthopädischen Universitätsklinik*. Dissertation, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

RATTNER, J. & DANZER, G. (1997). *Medizinische Anthropologie, Ansätze einer personalen Heilkunde*. Frankfurt am Main: Fischer.

ROSENBROCK, R. (1998). Gesundheitspolitik, Einführung und Überblick. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P98-203.

RÜMMLER, R. B. (2000). *Patientenzufriedenheit mit Nachbehandlung und Rehabilitation nach stationärer Behandlung in der Unfallchirurgie: Aufwand und Potential einer Fragebogenerhebung*. Dissertation, Universität Regensburg.

SCHIPPERGES, H. (1992). Jede Sprechstunde ist auch eine Hörstunde. *Ärztliche Praxis*, Nr. 42, 1992, S. 22-24.

SCHLEMM, S. & SCRIBA, P. CH. (2004). Leistungsberichte als „Patientenwegweiser“. *Deutsches Ärzteblatt* 2004, 101: A 484- 486, Heft 8.

SCHNELL, R., HILL, P. B. & ESSER, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 6., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. München u. a.: Oldenbourg.

SIEBERT, H. (1999). *Pädagogischer Konstruktivismus*. Neuwied u. a.: Luchterhand.

SIEGEL, S. (1976). *Nichtparametrische statistische Methoden*. Frankfurt am Main: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung.

SIEGRIST, J. (1995). *Medizinische Soziologie*. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.

SEGELKE, V. (1997). *Wichtige Aspekte zur Evaluation der Patientenzufriedenheit: Analyse einer Fragebogenuntersuchung*. Dissertation, Technische Hochschule Aachen.

STOßBERG, M. (1994). Medizinsoziologische Ansätze zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses. In E. Lang & K. Arnold (Hrsg.), *Die Arzt- Patient- Beziehung im Wandel*. Referate der 6. Informationsmedizinischen Tage in Hamburg 1994, S. 66-75. Schriftenreihe der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 8, Stuttgart: Ferdinand Enke.

TWEMLOW, S. W., BRADSHAW, S. L., COYNE, L. & LERMA, B. H. (1995). Some Interpersonal and Attitudinal Factors Characterizing Patients Satisfied With Medical Care. *Psychological Reports*, 1995, 77, S. 512-59.

URBAN, H.-J. (2001). Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit, Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung WZB*, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P01-206.

Verbraucherverbände (1992). Hohe Zufriedenheit mit der Versorgung durch Hausärzte. *Deutsches Ärzteblatt* 1992, 89: A2-4087, Heft 47.

VITT, K. D., ERBEN, C. M., KUPSCH, S. & RÜTHER, W. (2005). Mittel zur Sicherung des Heilerfolgs. *Deutsches Ärzteblatt* 2005, 102: A 3002-3004, Heft 44.

WARE, J. E., SYNDER, M. K., WRIGHT, W. R. & DAVIES, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Programm Planning*, Vol. 6, 1983, pp 247-263.

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E. (1998). *Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit*. Dissertation, Universität St. Gallen.

ANHANG

Erkundungen zur Patientenzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

1. Der Patientenzufriedenheit wird aktuell viel Aufmerksamkeit zuteil. Entscheidend dazu beigetragen haben die Initiativen zur Qualitätssicherung im Rahmen der Gesundheitsreformen der letzten Jahre.
2. Zur Bewältigung der finanziellen Probleme der gesetzlichen Krankenversicherungen hat der Gesetzgeber auf eine Politik der Strukturreformen und der Kostendämpfung gesetzt. Mit den Strukturreformen sind marktwirtschaftliche Elemente im Gesundheitswesen etabliert worden, die Leistungserbringer werden dadurch stärker zum betriebswirtschaftlichen Handeln bewegt. Die Kostendämpfung wird durch Ausgaben- und Mengenbegrenzung realisiert und die Patienten müssen höhere Zuzahlungen für ihre medizinische Versorgung leisten. Damit die Veränderungen in der medizinischen Versorgung nicht auf Kosten der Qualität realisiert werden, hat der Gesetzgeber Verpflichtungen zur Qualitätssicherung gesetzlich verankert.
3. Zugleich hat in unserem Land der Dienstleistungssektor an wirtschaftlichem Umfang zugelegt, auch die medizinische Versorgung wird zunehmend als Dienstleistung für den Patienten verstanden. Der Verbraucher stellt mit der Inanspruchnahme von Dienstleistungen Anforderungen an die Qualität, die von der Verbraucherschutzbewegung unterstützt werden. Vor diesem Hintergrund fordern die Patienten stärker eine gute Qualität der medizinischen Versorgung ein.
4. Bei der Messung der Qualität medizinischer Versorgung muss berücksichtigt werden, dass diese ein komplexer Vorgang ist. Verschiedene Parameter können eine Aussage zur Qualität der medizinischen Versorgung ausdrücken, die Gewichtung dieser Parameter ist Sache des Betrachters. Als Qualitätsmerkmale können wirtschaftliche, medizinische und kundenorientierte Parameter im Mittelpunkt stehen.

5. Donabedian (1980, zit. n. Rümmler, 2000) hat ein Konzept zur Qualitätsmessung medizinischer Versorgung erarbeitet und unterscheidet Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Patientenzufriedenheit wird als ein Indikator der Ergebnisqualität eingeordnet. Dieses Konzept ist inzwischen weithin bekannt und zur Erhebung der Ergebnisqualität medizinischer Versorgung werden Befragungen zur Patientenzufriedenheit vermehrt durchgeführt.
6. Die Patientenzufriedenheit wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Übereinstimmend konstatieren verschiedene Untersuchungen, dass die Interaktion zwischen Arzt und Patient ein Hauptaspekt für die Wahrnehmungen und Beurteilungen der medizinischen Versorgung seitens des Patienten ist. Diese Interaktion ist somit ein elementarer Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit.
7. Die vorliegende Arbeit geht von der Hypothese aus, dass die Patientenzufriedenheit von der vom Patienten subjektiv wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patient-Interaktion beeinflusst wird. Es wird zugleich angenommen, dass die Patientenzufriedenheit von Patientenmerkmalen abhängig ist.
8. Patientenbefragungen werden in der Regel als schriftliche Befragung mittels Fragebogen oder als mündliche mittels Interview durchgeführt. Aus Gründen der zeitlichen und finanziellen Ökonomie werden Fragebögen am häufigsten eingesetzt. Die vorliegende Erkundung erfolgte mittels eines Fragebogens und eines halbstandardisierten Interviews, es wurden 206 Patienten im Rahmen der Studentenseminare „Medizinische Psychologie“ befragt.
9. Diese Erkundung kommt zu dem Ergebnis, dass die Patientenzufriedenheit mit der allgemeinen medizinischen Versorgung und mit dem Hausarzt hoch ist. Damit in Übereinstimmung sind die Patienten mehrheitlich mit dem eigenen Gesundheitszustand zufrieden.

10. Patienten*unzufriedenheit* besteht hinsichtlich einzelner Details der medizinischen Versorgung. Aus den Erfahrungsberichten der Patienten kann abgelesen werden, dass vor allem bezüglich der Zufriedenheitsdimensionen „Zeit, Information und Aufklärung“ sowie „Eingehen auf die persönliche Situation“ *Unzufriedenheit* bei den Patienten besteht. Die *Unzufriedenheit* der Patienten bezieht sich weniger auf die Sachkompetenz, sondern vor allem auf die Beziehungskompetenz der Ärzte. Dieses Ergebnis spiegelt sich zugleich in der Frage nach Einstellungsveränderungen gegenüber Ärzten wider, Einstellungen gegenüber Ärzten werden von den Erfahrungen der Patienten begründet.
11. Folgerichtig münden die Erfahrungen der Patienten in die Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. In der „Bereitstellung von mehr Zeit, der Verbesserung von Information und Aufklärung“ sowie „der Verbesserung des Eingehens auf die persönliche Situation“ ist laut der Patientenaussagen eine Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Arzt-Patient-Beziehung möglich.
12. Diese Ergebnisse zeigen die herausragende Bedeutung der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung für die Patientenzufriedenheit und bestätigen die Hypothese der vorliegenden Arbeit: die Patientenzufriedenheit wird stark von der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst.
13. Eine Abhängigkeit der Patientenmeinungen von Patientenmerkmalen wird in dieser Befragung festgestellt. Zum einen sind altersspezifische Unterschiede im Antwortverhalten zu konstatieren, ältere Patienten geben eine höhere Zufriedenheit an. Zum anderen hat sowohl eine optimistische als auch eine pessimistische Persönlichkeitseigenschaft Einfluss auf das Antwortverhalten. Eine optimistische Selbsteinschätzung geht laut der vorliegenden Erkundung gehäuft mit Patientenzufriedenheit einher, eine pessimistische Persönlichkeitseigenschaft ist häufig mit *Unzufriedenheit* verbunden.

14. Ein entscheidender Einflussfaktor auf die Patientenzufriedenheit ist die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung, die Beziehungsfähigkeit der Ärzte wird von deren Interaktions- und Kommunikationskompetenz bestimmt. Hiermit wird eine stärkere Berücksichtigung der Interaktions- und Kommunikationskompetenzen in Aus- und Weiterbildung des medizinischen Personals begründet.
15. Das Ziel Patientenzufriedenheit zu bedienen, dient wiederum folgenden Faktoren: Erstens befolgen zufriedene Patienten eher den Behandlungsplan und steigern damit das Behandlungsergebnis. Das trägt auch zur Kostenersparnis im Gesundheitswesen bei, zumal zufriedene Patienten weniger medizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Zweitens fungieren zufriedene Patienten als Werber für den Leistungsanbieter.
16. Für die Leistungsanbieter medizinischer Dienstleistungen ist angezeigt, die Erbringung medizinischer Versorgung auf die Patientenzufriedenheit auszurichten und dabei die Qualität der Beziehung zwischen medizinischen Personal und Patienten besonders zu berücksichtigen. Unterstützend wirken können dabei ein am Patientenwohl orientiertes Dienstleistungsverständnis, Kritikfähigkeit und ein biopsychosoziales Krankheitsverständnis.

DANK

Mein Dank gilt der geduldigen Betreuung durch Herrn Prof. Dr. Meyer-Probst und ebenso Frau Dr. Helga Herzfeld, die mich zu Fragen der Statistik beraten hat.

ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Erfurt, im Dezember 2007

(Tabea Philipsen)

KURZBIOGRAPHIE

Persönliche Daten

Geburtsdatum: 11.11.1969
Geburtsort: Karl-Marx-Stadt (Chemnitz)
Geburtsname: Neubert
Familienstand: verheiratet, 3 Kinder

Bildungsweg

1986 Abschluss zehnklassige allgemeinbildende polytechnische
Oberschule
1989 Abschluss Damenmaßschneiderin
1994 Abitur Abendgymnasium Stuttgart
1995-2001 Studium der Medizin, Universität Rostock
2002-2003 Elternzeit
09/2003-
09/2004 Ärztin im Praktikum Kreiskrankenhaus Arnstadt
2004-2007 Elternzeit