

Soziodemografische, sozioökonomische und persönlichkeitsbezogene
Einflussfaktoren auf die psychosoziale Versorgung im Krankenhaus –
Eine empirische Analyse auf der Grundlage des Kölner Patientenfragebogens (KPF)

Inauguraldissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
der
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät
der
Universität zu Köln

2009

vorgelegt
von

Susanne Fuß

aus
Düsseldorf

Referent: Universitätsprofessor Dr. rer. soc. F. Schulz-Nieswandt

Korreferent: Universitätsprofessor Dr. phil. H. Pfaff.

Tag der Promotion: 18. Dezember 2009

Danksagung

Ich möchte mich bei folgenden Personen für ihre Unterstützung bei meiner Dissertation bedanken:

Mein erster Dank gilt allen Patienten, die durch ihre Teilnahme an der Studie diese Arbeit möglich gemacht haben.

Herrn Universitätsprofessor Dr. Frank Schulz-Nieswandt, Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, danke ich für die Überlassung des Themas und für die Begleitung während meiner Arbeit.

Herrn Universitätsprofessor Dr. Holger Pfaff, Leiter der Abteilung Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, danke ich für die vertrauensvolle Überlassung der Patientendaten.

Hervorheben möchte ich meinen Dank an Professor Dr. Christian Janßen, der durch seine konstruktiven Ratschläge in inhaltlicher, methodischer und organisatorischer Weise erheblich zu dem Gelingen dieser Arbeit beigetragen hat. Ohne deine Zeitpläne wäre ich aufgeschmissen gewesen.

Daneben gilt mein Dank insbesondere meiner lieben Freundin Jana, die mir immer wieder Mut gemacht hat und mich in der Zeit bis zu der Fertigstellung der Arbeit durch ihre „soziale Unterstützung“ positiv beeinflusst hat. Mein Dank gilt Klaus, der mich bis hierhin begleitet hat und hoffentlich noch viele weitere Jahre begleiten wird. Ferner danke ich Johannes, der mir durch sein immer wiederkehrendes: „Ich an deiner Stelle würde das ja noch machen“ stets Anlass zu neuer Motivation gegeben hat. Ich danke Ute Karbach, mit der ich nicht nur dadurch verbunden war, dass wir dasselbe Ziel anstreben. Vielen Dank an Nicole Ernstmann für ihre Flexibilität. Ich danke Stefan, Christoph, Alena, Beate, Petra und meiner Mama für die vergnügliche Zeit neben der Doktorarbeit.

Nicht zuletzt danke ich meiner Tochter Aline für ihre Geduld.

Für Aline

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	1
1. Einleitung	1
2. Stand der Wissenschaft	3
2.1 Soziale Unterstützung	3
2.2 Psychosoziale Versorgung durch den Arzt.....	12
2.2.1 Modell zur Erfassung der ärztlichen psychosozialen Versorgung aus Sicht des Patienten.....	12
2.2.2 Konzept der unterstützenden Versorgung.....	21
2.3 Einflussfaktoren auf die psychosoziale Versorgung.....	25
2.3.1 Soziale Ungleichheit und Gesundheit	25
2.3.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Migranten.....	32
2.3.3 Persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren.....	34
2.3.4 Analysemodell	36
3. Material und Methoden	38
3.1 Erhebungsinstrument: Der Kölner Patientenfragebogen (KPF).....	38
3.2 Datenbasis und Stichprobenbeschreibung.....	43
3.3 Abhängige und unabhängige Variablen	46
3.4. Dateneingabe und statistische Auswertung	52
4. Ergebnisse	56
4.1 Deskriptive Auswertung	56
4.2 Ergebnisse der Korrelationsanalyse	59
4.3 Ergebnisse der linearen Regression.....	62
5. Diskussion und Ausblick.....	67
Literatur.....	76
Anhang: Fragebogen.....	86
Lebenslauf.....	94

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Das Unterstützungsmodell.....	6
Abbildung 2: Modell der psychosozialen Versorgung.....	15
Abbildung 3: Das Konzept der unterstützenden Versorgung	22
Abbildung 4: Inverser sozialer Gradient von Morbidität & Mortalität	26
Abbildung 5: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.....	28
Abbildung 6: Eigenes Analysemodell.....	37
Abbildung 7: Signifikante Zusammenhänge im eigenen Analysemodell.....	72
Tabelle 1: Stichprobenverteilung der einzelnen Teilstudien (Hauptbefragung).....	41
Tabelle 2: Übersicht der KPF-Teilstudien.....	44
Tabelle 3: Zusammensetzung des Index „sozialer Status“	49
Tabelle 4: Deskriptive Statistiken	57
Tabelle 5: Ergebnisse der Korrelationsanalyse	59
Tabelle 6: Mittelwerte der Variablen „Geschlecht“, „Familienstand“ und „Staatsangehörigkeit“	60
Tabelle 7: Ergebnisse der multiplen linearen Regression.....	63

1. Einleitung

Den gesteigerten Aktivitäten in der medizinischen Forschung und den wachsenden Kenntnissen über die Bedeutung psychosozialer Faktoren für den Krankheits- und Rehabilitationsverlauf steht ein Mangel der Forschung in der psychosozialen Versorgung gegenüber.

Der Schwerpunkt ärztlicher Versorgung sollte nicht nur allein zum Beispiel auf fachgerechte chirurgische Maßnahmen abzielen, sondern auch auf dem zielgerichteten Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung¹ liegen – im Sinne der Theorie der sozialen Unterstützung.²

Die vorliegende Arbeit versucht Faktoren zu identifizieren, die einen Einfluss auf die ärztliche psychosoziale Versorgung im Krankenhaus haben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Untersuchung der Faktoren sozialer Ungleichheit und persönlichkeitsbezogener Einflussfaktoren: Paternalismuspräferenz und Partizipationsbedürfnis. Haben die individuellen Merkmale einzelner Patienten einen Einfluss auf die ärztliche Versorgung?

Dazu wird in Kapitel II ein Überblick über die bisher in der Medizinsoziologie erarbeiteten theoretischen Erkenntnisse über soziale Unterstützung, unterstützende Versorgung und soziale Ungleichheit gegeben. Der Begriff der „psychosozialen Versorgung“ wird mithilfe des Modells zur Erfassung der ärztlichen psychosozialen Versorgung nach Ommen et al. definiert und abgegrenzt.³ Die psychosoziale Versorgung im Krankenhaus steht hierbei im Fokus des Forschungsinteresses, da es eine gesellschaftlich relevante Fragestellung ist, ob sich die medizinisch stationäre Versorgung zum Beispiel nach sozialstrukturellen Merkmalen unterscheidet.

¹ Der Verständlichkeit halber wird bei den Begriffen „Patient“ und „Arzt“ nur die männliche Form verwendet. Gemeint sind immer beide Geschlechter.

² Vgl. Pfaff (1989).

³ Vgl. Ommen et al. (2009).

In Kapitel III wird ein Datensatz vorgestellt, welcher auf der Befragung von 2470 über 18-jährigen Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen Kölner Krankenhäusern (Universitätsklinikum und St. Franziskus) und Umgebung (St. Katharinen in Frechen und Maria Hilf in Bergheim) sowie zweier Bundeswehrkliniken (Bad Zwischenahr und Ulm) aus den Jahren 2000/2001 beruht. Grundlage ist der Kölner Patientenfragebogen (KPF), welcher aufgrund gründlicher Entwicklungsarbeit, einer intensiven Optimierung mittels qualitativer Pre-Tests sowie Reliabilitäts- und Validitätsanalysen die Qualitätsstandards der empirischen Sozialforschung erfüllt.⁴

Die in Kapitel IV durchgeführte Analyse dient der Überprüfung eines theoriegeleiteten Modells mithilfe von inferenzstatistischer Regressionsverfahren. Dabei sollen die Variablen, die sich aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit herleiten lassen, in das Modell integriert und die Stärke ihres Einflusses auf die ärztliche psychosoziale Versorgung quantifiziert werden.

In Kapitel V wird aufbauend auf den zuvor erarbeiteten Ergebnissen ein Ausblick auf mögliche Strategien zur Verbesserung der ärztlichen psychosozialen Versorgung im Krankenhaus gegeben.

⁴ Vgl. Pfaff et al. (2003a).

2. Stand der Wissenschaft

2.1 Soziale Unterstützung

Die interdisziplinäre Erforschung des Zusammenhangs zwischen sozialer Unterstützung und Gesundheit hat eine lange Tradition in der Sozialwissenschaft. Bereits im Jahre 1897 hat der französische Soziologe Emile Durkheim nachgewiesen, dass es unter anderem einen negativen Zusammenhang zwischen der Stärke der sozialen Integration einer Konfession und der Selbstmordrate von Individuen innerhalb dieser Gruppe gibt.⁵ Verschiedene frühe empirische Studien konnten aufzeigen, dass durch soziale Unterstützung Gesundheit und Wohlbefinden gefördert werden. Die Alameda-County-Studie von Berkman und Syme zeigte bereits in den 70er Jahren einen Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Lebenserwartung. Unabhängig von der medizinischen Versorgung und dem Lebensstil verlängerte sich die allgemeine durchschnittliche Lebenserwartung von Männern und Frauen, je besser sie in ein soziales Netz integriert waren.⁶

Badura definiert soziale Unterstützung als „[...] Fremdhilfen, die dem einzelnen durch Beziehung und Kontakte mit seiner Umwelt zugänglich sind und die dazu beitragen, dass die Gesundheit erhalten beziehungsweise Krankheit vermieden wird, psychische und physische Belastungen ohne Schaden für die Gesundheit überstanden und die Folgen von Krankheit bewältigt werden.“⁷ Im Unterstützungsmodell von Pfaff (1989) werden drei Dimensionen sozialer Beziehungen unterschieden⁸:

- 1.) Dimension der sozialen Integration (Existenz und Umfang)
- 2.) Dimension des sozialen Netzwerkes (Struktur)
- 3.) Dimension der Unterstützungsleistungen (Inhalte sozialer Beziehungen).

⁵ Vgl. Durkheim (1995).

⁶ Vgl. Berkman und Syme (1979).

⁷ Badura (1981), S. 157.

⁸ Vgl. Janßen und Pfaff (2005).

Die soziale Integration eines Menschen wird zum Beispiel durch das Vorhandensein von Beziehungen (Existenz), die Anzahl vorhandener persönlicher Beziehungen und die Kontakthäufigkeit (Umfang/Quantität) erfasst. Auch bezüglich Dauerhaftigkeit, Intensität, Vielgestaltigkeit und Wechselseitigkeit der Kontakte werden soziale Netzwerke unterschieden (Struktur). Unterstützungsleistungen in sozialen Beziehungen sind vielfältig: Liebe und Zuneigung, Vertrauen, Anteilnahme und Mitgefühl, Achtung beziehungsweise Wertschätzung, Bestätigung, Rat, Information, Mithilfe, Pflege, materielle Hilfe, Signale der Zugehörigkeit und des sozialen Rückhalts, Sinnstiftung und Solidarität (Qualität beziehungsweise Inhalte der sozialen Beziehungen). Pinquart und Sörensen konnten in einer Studie belegen, dass die Qualität sozialer Netzwerke eine größere Bedeutung für das subjektive Wohlbefinden hat als die Quantität sozialer Netzwerke.⁹

Soziale Unterstützung beziehungsweise Unterstützungsleistungen lassen sich theoretisch in verschiedene Kategorien unterteilen. Solche Kategorisierungen inhaltlicher Art leiden unter zu viel Trennschärfe, da soziale Beziehungen und Interaktionen auf vielfältige Weise miteinander verknüpft sind. Sie orientieren sich nicht an einer einzigen Art von Hilfeleistungen. Verschiedene Autoren unterscheiden zwischen emotionaler Unterstützung, informationeller Unterstützung und instrumenteller Unterstützung. Die emotionale Unterstützung umfasst sowohl verbale als auch non-verbale Kommunikation, Anteilnahme, Empathie, Hilfsbereitschaft und Fürsorge. Ferner sind Wertschätzung und Sympathie, Vertrauen, Nähe, Sicherheit und ein Gefühl der Zugehörigkeit Formen von emotionaler Unterstützung. Informationelle Unterstützung umfasst Informationen beziehungsweise Anleitungen über die Möglichkeiten, bestehende Probleme, Krankheiten oder Stress zu bewältigen. Durch informationelle Unterstützung wird das Gefühl, die Situation unter Kontrolle zu haben, verbessert. Instrumentelle Unterstützung umfasst insbesondere finanzielle und materielle Mittel sowie Dienstleistungen.¹⁰

Solche Unterstützungsleistungen bestehen zu einem wesentlichen Teil auch in der Arzt-Patienten-Beziehung. Insbesondere die informationelle und instrumentelle Unterstützung bewerten Patienten als hilfreich, wenn sie von Experten wie Ärzten,

⁹ Vgl. Pinquardt und Sörensen (2000).

¹⁰ Vgl. Thoits (1985) sowie Hogan et al. (2002).

Krankenschwestern oder Pflegern gegeben wird.¹¹ Zusätzlich ist anzunehmen, dass Vertrauen eine bedeutende Basis für eine gut funktionierende emotionale Arzt-Patient-Beziehung ist und sich darüber hinaus auf den Behandlungserfolg (zum Beispiel durch erhöhte Compliance, also durch die Befolgung der ärztlichen Anordnung) auswirken kann.¹² Festzustellen ist jedoch, dass das Verhältnis zwischen Interaktion und Vertrauen in Wechselwirkung steht. Bestimmtes Verhalten in Interaktionsbeziehungen begünstigt Vertrauen. Vertrauen befähigt wiederum zu bestimmten Kommunikationsinhalten. So wird in einigen Studien darüber berichtet, dass der Kommunikationsstil des Arztes einen substanziellen Einfluss auf das Vertrauen des Patienten haben kann. Als wesentliche Einflussfaktoren werden aufmerksames Zuhören vonseiten des Arztes, das Anbieten emotionaler Unterstützung und die Verständlichkeit der Vermittlung von Informationen genannt.¹³ Durch gezielte Fragen kann der Arzt den Patienten dabei unterstützen, sich ihm zu öffnen, dabei sollte er jedoch insbesondere auf die Gefühle des Patienten achten und auf ihn eingehen. Informationen sollten darüber hinaus vom Arzt verständlich und einfühlsam erläutert werden (siehe auch Kapitel 2.2.1).

Weiterhin unterscheidet man objektiv geleistete Unterstützung von der subjektiv wahrgenommenen Unterstützung.

Die subjektiv wahrgenommene Unterstützung und deren Messung ist lange Zeit in der Forschung vernachlässigt worden, gewinnt aber in der Forschungslandschaft zunehmend an Bedeutung.¹⁴ Die subjektiven Einschätzungen, die über Patientenbefragungen gewonnen werden können, besitzen zudem durchaus objektive Konsequenzen.¹⁵ Die subjektive Einschätzung wird als bestehende Tatsache empfunden, das heißt, die Wirkung der subjektiv wahrgenommenen Unterstützung ist dieselbe wie bei einer objektiv wahrgenommenen. „If men define situations as real, they are real in their consequences.“¹⁶ Die subjektive Interpretation der Situation bestimmt somit das konkrete Handeln einer Person.

Soziale Unterstützung wirkt direkt auf private beziehungsweise arbeitsbezogene Belastungen und auf psychische beziehungsweise körperliche Krankheit. Berkman et

¹¹ Vgl. Yates (1995).

¹² Vgl. Janssen et al. (2008).

¹³ Vgl. Kao et al. (1998), Thom et al. (2002) sowie Hall et al. (2002).

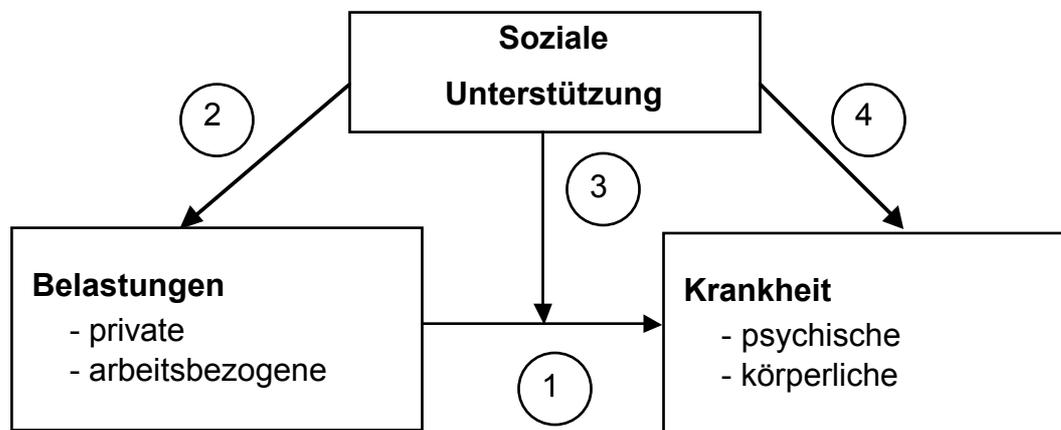
¹⁴ Vgl. Adam et al. (1999).

¹⁵ Vgl. Wüthrich-Schneider (2000).

¹⁶ Thomas und Thomas (1928), S. 572.

al. (1992) fanden in einer Studie heraus, dass Personen mit sehr geringer soziale Unterstützung ein fast dreifach erhöhtes Mortalitätsrisiko aufweisen, als alle anderen befragten Personen.¹⁷ Soziale Unterstützung wirkt aber auch indirekt auf Krankheit, da erhöhte Belastungen auch direkt zu einem schlechteren Gesundheitszustand beziehungsweise zu einer schlechteren körperlichen Verfassung führen können. Des Weiteren wirkt sie indirekt, da erhöhte Belastungen durch die Unterstützung verringert werden können und somit das Krankheitsrisiko verringert wird. Der Zusammenhang ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Das Unterstützungsmodell



Quelle: Pfaff (1989)

Das Unterstützungsmodell beinhaltet vier Thesen, aus denen die Wirkung sozialer Unterstützung hervorgeht:

- 1.) Belastungsthese
- 2.) Präventionsthese
- 3.) Pufferthese
- 4.) Direktheftthese

¹⁷ Vgl. Berkman et al. (1992).

Die Belastungsthese besagt, dass im Allgemeinen arbeitsbedingte oder private Stressoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben und diese beeinträchtigen können. So können zu hohe Arbeitsbelastungen zum Beispiel zu Stress führen, der wiederum zu erhöhtem Blutdruck führen kann, welcher wiederum die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes erhöht.

Die Präventionsthese besagt, dass soziale Unterstützung bereits vor einer Belastung wirksam ansetzen kann. Die soziale Unterstützung hilft, arbeitsbedingten oder privaten Stressoren vorzubeugen. Beispielsweise kann soziale Unterstützung in Form von Gesprächen und Ermahnungen von Freunden, eine gesündere Lebensweise zu verfolgen, gesundheitlichen Belastungen vorbeugen.

Die Pufferthese besagt, dass Unterstützung bei der Verminderung gesundheitsschädigender Wirkungen der Stressoren hilft und diese abfängt, bevor sie schädigend wirken können. Hohe Belastungen führen demnach bei gut unterstützten Personen zu weniger starken psychischen und physischen Beeinträchtigungen als bei schwach unterstützten Personen. Trotz hoher Belastungen können durch die soziale Unterstützung Stressreaktionen vermindert werden.¹⁸ So kann zum Beispiel die empathische Anteilnahme des Arztes gegenüber seinem Patienten die durch die Krankheit hervorgerufenen psychischen Belastungen vermindern. Der direkte Effekt von hohen Belastungen auf den Gesundheitszustand kann demnach indirekt durch vorhandene soziale Unterstützung beeinflusst beziehungsweise „abgepuffert“ werden.

Die Direkteffektthese besagt, dass soziale Unterstützung unmittelbar die Gesundheit und das Wohlbefinden fördert. Die stärkste empirische Evidenz ist für die Direkteffektthese und die Belastungsthese gegeben: Stressoren und Unterstützung beeinflussen die Gesundheit. Die Präventionsthese benötigt noch mehr Forschung. Zahlreiche Kohortenstudien haben gezeigt, dass soziale Isolation, das Gegenteil von sozialer Unterstützung, ein Risikofaktor für Mortalität darstellt. So weisen Menschen nach einem Herzinfarkt, die sozial isoliert sind, nicht ausreichend emotional unterstützt werden und niemanden haben, dem sie vertrauen können, ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko auf.¹⁹ Einen weiteren wichtigen Einfluss auf die Gesundheit hat

¹⁸ Vgl. Pfaff (1989), S. 45.

¹⁹ Vgl. Badura et al. (1987).

der Glaube des Individuums, ausreichend – auch im Ernstfall – unterstützt zu werden. Das wahrgenommene Unterstützungspotenzial fördert und schützt die Gesundheit zugleich. Die positive Wirkung der Unterstützung beruht unter anderem auf folgenden Auswirkungen von sozialen Beziehungen:

- Positive Regulation des Denkens, Handelns und Fühlens
- Vermittlung eines Gefühls von Bedeutung und Zusammenhalt
- Erleichterung gesundheitsförderlichen Verhaltens
- Ermöglichung der Belastungsbewältigung
- Heben des Selbstwertgefühls
- Stärkung der Kontrollüberzeugung
- Beeinflussung des Immunsystems und
- Stabilisierung des Menschen in emotionaler und physiologischer Hinsicht.²⁰

Als positive Unterstützungsquellen gelten zum Beispiel Freunde, Verwandte, Partner, Kollegen, Vorgesetzte, Ärzte und Pflegekräfte.²¹

Vertrauen

Nicht nur in klinischen Begegnungen, sondern auch in alltäglichen Begegnungen ist Vertrauen ein wesentliches Element in Beziehungen. Obwohl der Begriff des Vertrauens im Sprachgebrauch alltäglich scheint, gibt es dennoch eine Vielzahl von Verwendungszusammenhängen und -bezügungen. Viele wissenschaftliche Disziplinen beschäftigen sich mit dem Thema Vertrauen. So ist die Vertrauens-thematik in der Ökonomie, Organisationstheorie, Pädagogik, Psychologie, Philosophie, Politikwissenschaft und nicht zuletzt in der Soziologie zu finden.

Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Menschen mit einem hohen Maß an Selbstverständlichkeit ihren Alltag bewältigen und sich in ihrer sozialen Umwelt orientieren. Diese Selbstverständlichkeit wird unter anderem durch Vertrauen hervorgerufen. Vertrauen bewirkt dauerhafte und verlässliche Rahmenbedingungen für Handlungs- und Interaktionsprozesse und ist nicht zuletzt ein wichtiger

²⁰ Vgl. Berkman (1995).

²¹ Vgl. Pfaff (1989) sowie Levy und Pescosolido (2002).

Mechanismus für das Entstehen einer dauerhaften und verlässlichen sozialen Ordnung sowie für die Entwicklung und die Erhaltung fester sozialer Beziehungen. Somit kann die Komplexität des Alltags und der zwischenmenschlichen Beziehungen wird durch Vertrauen vermindert werden.²²

Obwohl in zahlreichen Studien darüber berichtet wird, wie bedeutend Vertrauen für die soziale und emotionale zwischenmenschliche Beziehung ist, ist es bisher nicht gelungen, eine einheitliche Definition von Vertrauen zu entwickeln.²³ Die Begründung der soziologischen Theorien über Vertrauen beginnt um die Mitte des 19. Jahrhunderts. Abgeleitet von der Bindungswirkung von Verträgen versteht Emile Durkheim (1858-1917) Vertrauen als eine verankerte normative Verbindlichkeit in sozialen Beziehungen.²⁴ Vertrauen ist demnach der positive Effekt von Normen und vorausgegangenen Erfahrungen. Bei Georg Simmel (1858-1919) ist der Begriff des Vertrauens dreigeteilt: Glaube, Wissen und Gefühl. Der Glaube ist die Anerkennung bestimmter feststehender Elemente im Leben der Menschen: Nämlich das Vertrauen darauf, dass bestimmte Elemente beständig sind und sich nicht ändern. Das Wissen ist das „Vertrauen *auf* jemanden“.²⁵ Das heißt, Kenntnisse über eine Person bewirken Vertrauen in die Person. Das Gefühl ist der „Glaube [...] *an* einen anderen“²⁶ Es besteht fernab von jedem Wissen und wird dem anderen ohne Einschränkungen oder Vorbehalte entgegengebracht. Zusätzlich ist für Simmel Vertrauen auch immer die Zusicherung von wechselseitigen Transaktionen – unabhängig von der zeitlichen Dimension. Vertrauen entspricht einem gegenseitigen „Versprechen“.²⁷

Für den Soziologen Niklas Luhmann (1927-1998) ist Vertrauen eine Möglichkeit, die Komplexität sozialer Systeme und die Anforderungen der Umwelt an die Individuen zu reduzieren.²⁸ Demnach ist Vertrauen grundlegend für die Stabilisierung von Erwartungen und dient dem Einzelnen als Grundlage für individuelles Handeln.

²² Vgl. Endreß (2002), S. 8 ff.

²³ Vgl. Kramer (1999).

²⁴ Vgl. Durkheim (1988), S. 162 ff.

²⁵ Simmel (1989), S. 216.

²⁶ Simmel (1992), S. 393.

²⁷ Vgl. Simmel (1989), S. 214.

²⁸ Vgl. Luhmann (1989), S. 8.

Vertrauen ist einerseits behilflich bei der Komplexitätsreduktion und andererseits ein Mechanismus, um Wissens- und Informationsgrenzen zu überbrücken.²⁹

Walter Schwertl (2005) definiert Vertrauen als Kommunikationsleistung. Vertrauen ist immer dann notwendig, wenn es zu einem Austausch zwischen Personen kommt. Ist der Austausch von zum Beispiel Leistungen oder Waren nicht unmittelbar sichtbar, muss ein Vertrauensvorschuss geleistet werden, der die Zeit bis zum endgültigen Erhalt der Ware oder Dienstleistung ausfüllt. Wird Vertrauen nicht aufgebaut, kann es zu mangelnder Kommunikation oder gar zu einer Auflösung der Beziehung kommen.³⁰ Der Vertrauensvorschuss des Patienten liegt darin, den Arzt zu besuchen, ohne sich einer erfolgreichen Behandlung sicher sein zu können. Misslingt dieser Aufbau von Vertrauen, so kann er sich auf den weiteren Therapieverlauf und die Qualität der Behandlung auswirken. Die negativen Auswirkungen einer nicht gut funktionierenden Arzt-Patient-Beziehung können sich durch mangelnde Compliance, häufigere Arztbesuche beziehungsweise das Einholen einer zweiten Meinung, einen erhöhten Wunsch vonseiten der Patienten nach weiteren diagnostischen Tests und auch in geringerer Zufriedenheit mit der Behandlung bemerkbar machen.³¹ Dabei ist die Zufriedenheit eher vergangenheitsorientiert und stützt sich auf bereits erlebte Erfahrungen, derweil Vertrauen eher zukunftsorientiert ist. Vertrauen ist eine Erwartung auf das Verhalten und seiner Ergebnisse in der Zukunft. Zusätzlich beinhaltet Vertrauen wie auch Zufriedenheit eine starke emotionale Komponente.

Kraetschmer und Mitarbeiter (2004) untersuchten in ihrer Studie den Einfluss von Vertrauen auf die Präferenzen der Patienten für eine Beteiligung an klinischen Entscheidungsfindungen. Sie stellen die These auf, dass interpersonales Vertrauen in den Arzt mit dem Wunsch nach Partizipation korreliert, und kamen zu dem Ergebnis, dass autonome Patienten nur ein relativ geringes Maß an Vertrauen haben, dass paternalistisch orientierte Patienten mit größerer Wahrscheinlichkeit blind vertrauen und Patienten, die in den Entscheidungsprozess involviert werden möchten, ein hohes, aber nicht übertriebenes Maß an Vertrauen haben.³² Vertrauen

²⁹ Vgl. Luhmann (2001) S. 148.

³⁰ Vgl. Schwertl (2005).

³¹ Vgl. Thom et al. (2002), Petermann und Stade (1993) sowie Thom et al. (2004).

³² Vgl. Kraetschmer et al. (2004).

hat demnach einen signifikanten Einfluss auf die Art der Arzt-Patienten-Beziehung und damit auf die (mögliche) psychosoziale Versorgung.

Bei der medizinischen Behandlung spielen nicht allein fachliche oder technische Kompetenzen des Arztes eine große Rolle, sondern auch Aspekte der psychosozialen Versorgung in der Interaktion zwischen Arzt und Patient, im Sinne der Theorie der sozialen Unterstützung. Diese Aspekte werden im folgenden Kapitel 2.2 dargestellt.

2.2 Psychosoziale Versorgung durch den Arzt

2.2.1 Modell zur Erfassung der ärztlichen psychosozialen Versorgung aus Sicht des Patienten

Die psychosoziale Versorgung des Arztes umfasst in erster Linie Interaktions- und Kommunikationsaspekte der Arzt-Patient-Beziehung. Dazu zählen unter anderem die Intensität und die Qualität des Informationsaustausches, die Art und Weise der Gesprächsführung, das Verhalten des Arztes gegenüber seinen Patienten sowie soziale und emotionale Betrachtungsweisen.³³ Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird in vielen Studien untersucht, wobei als zentrales Ergebnis festgehalten werden kann, dass die Arzt-Patient-Beziehung für die Gesundheit des Patienten äußerst bedeutsam und gleichzeitig einzigartig ist. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass eine Interaktion zwischen Individuen mit ungleichen Positionen stattfindet, die Interaktion oft unfreiwillig ist, sie lebenswichtige Angelegenheiten beinhalten kann, emotional geprägt ist und eine enge Kooperation sowie Vertrauen benötigt werden.³⁴

Der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist eine besondere Bedeutung beizumessen, da von ihr der Erfolg einer Behandlung in hohem Maße abhängig sein kann. In einer guten Arzt-Patient-Beziehung erklärt sich der Patient wahrscheinlich eher bereit, notwendige Informationen über sich bekannt zu geben und dem Behandlungsplan des Arztes Folge zu leisten. Die Qualität des Dialoges zwischen Arzt und Patient beeinflusst die physiologische und psychologische Gesundheit des Patienten somit nicht nur während der Behandlung, sondern auch nachhaltig.³⁵

Johannes Siegrist (2005) weist darauf hin, dass die Arzt-Patient-Beziehung durch ein ungleiches Machtverhältnis (Asymmetrie) gekennzeichnet ist. Das unterschiedlich verteilte Wissen führt dazu, dass der Arzt in der Regel als der Experte und der Patient in der Regel als Laie angesehen werden können – auch wenn durch steigende Bildung der Patienten und neue Informationsquellen wie das Internet das

³³ Vgl. Walker (1996), Baile et al. (1999), Razavi und Delvaux (1997), Stewart et al. (1999), Ong et al. (1995), Schillinger et al. (2004) sowie Butow (2002).

³⁴ Vgl. Ong et al. (1995).

³⁵ Vgl. v.d. Knesebeck (2004), S. 8 ff.

Verhältnis zunehmend asymmetrischer zu werden scheint. Die Informationen (zum Beispiel Behandlungsergebnisse) und die Handlungsmöglichkeiten, über die der Arzt verfügt (zum Beispiel Krankschreibung, Einweisung in ein Krankenhaus et cetera) geben ihm jedoch immer noch Expertenmacht.³⁶

Für das Erreichen der therapeutischen Ziele ist das Gespräch zwischen Arzt und Patient ein Grundstein in der medizinischen Versorgung.³⁷

Schulz-Nieswandt und Kurscheid (2004) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „kommunikativen Medizin“, welche die bestehende Asymmetrie zwischen Patient und Arzt abbauen kann. Kommunikative Medizin ist einerseits immer noch arztzentriert, sie wird jedoch nicht mehr allein vom Arzt dominiert. Die Asymmetrie wird abgeschwächt und ersetzt durch eine „dialogische Diagnostik“. Diese richtet sich an die Person als Ganzes und orientiert sich an ihrer Lebenslage.³⁸

Bernstein hat bereits 1972 nachgewiesen, dass für Angehörige der Unterschicht und der Mittelschicht verschiedene Sprachcodes existieren. Der sogenannte „restringierte Sprachcode“ ist charakteristisch für die Sprechweise der Unterschicht. Er zeichnet sich durch knappe und grammatikalisch einfache Satzstrukturen und einen geringen Wortschatz aus. Für Angehörige der Mittelschicht ist eher der „elaborierte Sprachcode“ typisch. Dieser zeichnet sich durch komplexere Satzstrukturen mit einem größeren Wortschatz aus.³⁹ Da Ärzte im Allgemeinen aus der mittleren beziehungsweise oberen sozialen Schicht stammen und einen elaborierten Sprachcode verwenden, kann sich die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ungünstig entwickeln. Vor allem, da Patienten wegen des sozialen Schichtgradienten bei Morbidität und Mortalität⁴⁰ häufiger aus den unteren sozialen Schichten kommen und diesen Sprachcode oft nicht beherrschen, sind Probleme in der Arzt-Patient-Interaktion gewissermaßen „vorprogrammiert“ (siehe auch Kapitel 2.3.1).

Schon der bedeutende Kommunikationsforscher Paul Watzlawick stellte fest, „daß *alles* Verhalten, nicht bloß der Gebrauch von Wörtern, Kommunikation ist [...], und da es so etwas wie Nichtverhalten nicht gibt, ist es unmöglich, *nicht* zu

³⁶ Vgl. Siegrist (2005), S. 251.

³⁷ Vgl. Platt et al. (2001).

³⁸ Vgl. Schulz-Nieswandt und Kurscheid (2004).

³⁹ Vgl. Bernstein (1972).

⁴⁰ Vgl. Mielck (2000).

kommunizieren.“⁴¹ Kommunikation besteht aus Sprache, Körpersprache (Mimik und Gestik) sowie Körperkontakt (Berührungen). Sowohl die verbale als auch die nonverbale Kommunikation besitzen eine Struktur oder einen Code, der – teils unbewusst – erlernt wird. Das Nonverbale der Kommunikation wirkt auf die zwischenmenschliche Interaktion und ist deshalb von großer Bedeutung. Jede Kommunikation besitzt einen Inhaltsaspekt und einen Beziehungsaspekt. Der Inhaltsaspekt bezieht sich dabei auf die Information, die gegeben oder erfragt wird, und der Beziehungsaspekt bezieht sich auf die Art und Weise, wie nach Informationen gefragt wird oder wie Informationen gegeben werden⁴² (siehe Kapitel 2.2.2).

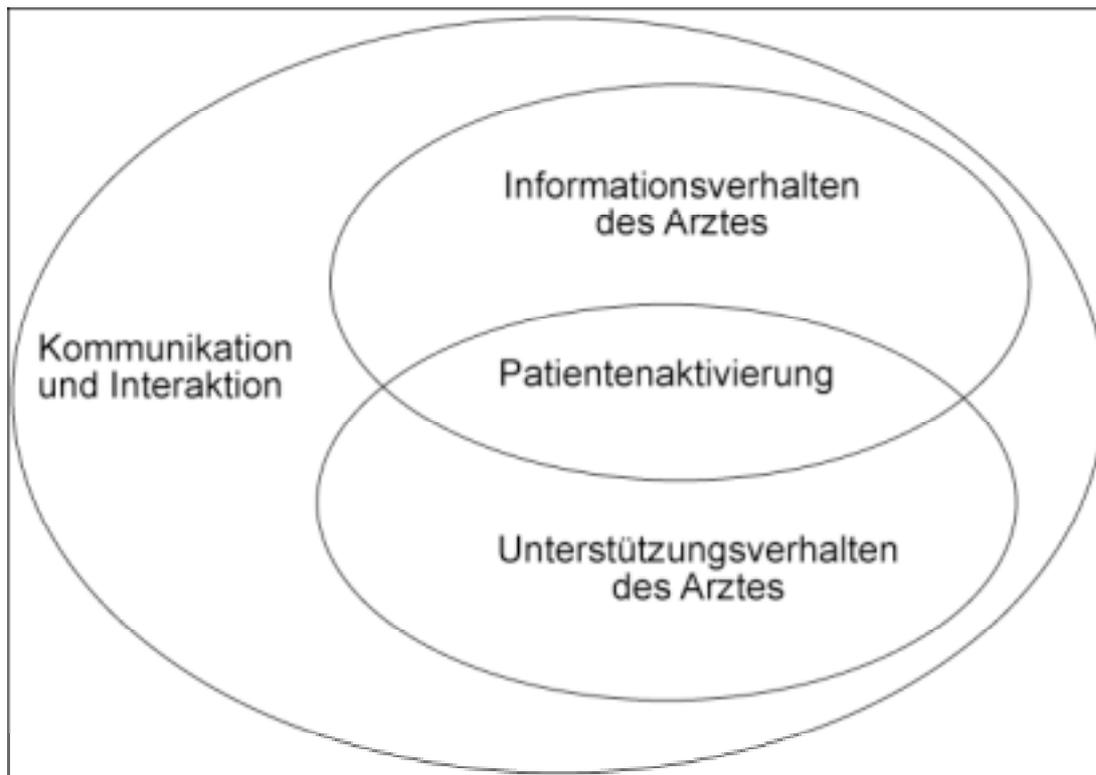
Subjektive Befindlichkeiten und Krankheitslehren (sogenannte „Laientheorien“) sowie die Auffassungen über die subjektive Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen sollten zwischen Arzt und Patient ausgetauscht werden. In der medizinischen Praxis ist dies bisher keine Selbstverständlichkeit.

Unter Berücksichtigung der Bedeutung von Kommunikation und Interaktion für die Arzt-Patient-Beziehung kann für die psychosoziale Versorgung folgendes Modell erstellt werden (vergleiche Abbildung 2).

⁴¹ Watzlawick und Beavin (1990), S. 98.

⁴² Vgl. Watzlawick und Beavin (1990), S. 98 ff.

Abbildung 2: Modell der psychosozialen Versorgung



Quelle: eigene Darstellung nach Ommen (2007)

Das Modell basiert auf der Annahme, dass Kommunikation und Interaktion idealtypisch auf zwei Ebenen stattfinden: auf der Inhaltsebene und auf der Beziehungsebene. Das reine Informationsverhalten des Arztes wird nur auf der Inhaltsebene erbracht, während das Unterstützungsverhalten des Arztes nur auf der Beziehungsebene erbracht wird. Beide Ebenen beinhalten – gewissermaßen als Schnittmenge – zudem Aspekte der Patientenaktivierung.

Das Informationsbedürfnis von Patienten ist sehr hoch. Studien haben gezeigt, dass Ärzte dieses Bedürfnis unterschätzen. Blanchard und seine Mitarbeiter (1988) befragten dazu Krebspatienten und fanden heraus, dass 92 % von ihnen mehr Informationen wünschen, als sie bekommen.⁴³ Einer der Gründe für die mangelnde Information ist der Irrglaube der Ärzte, Patienten, die nicht explizit Fragen stellen, wollten keine Information. Dabei führen allzu oft nur Hemmungen auf Seiten der

⁴³ Vgl. Blanchard et al. (1988), zitiert nach Ong et al. (1995), S. 904.

Patienten oder Zeitmangel der Ärzte zu nicht geäußerten Fragen.⁴⁴ Coulter und Mitarbeiter (1999) fassen das Informationsbedürfnis der Patienten zusammen:

Patienten benötigen Informationen, um:

- zu verstehen, was nicht in Ordnung ist,
- eine realistische Vorstellung über die Prognose zu erhalten,
- den besten Nutzen aus dem ärztlichen Besuch zu ziehen,
- die Prozesse und die wahrscheinlichen Behandlungsergebnisse von möglichen Untersuchungen und Tests zu verstehen,
- Hilfe zur Selbsthilfe zu erhalten,
- zu lernen, wie sie verfügbare Leistungen erhalten können,
- Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung ihrer Krankheit zu erhalten,
- anderen beim Verständnis der eigenen Krankheit zu helfen,
- ihre Hilfesuche und Sorge zu rechtfertigen,
- zu lernen, weitere Krankheiten zu vermeiden,
- weitere Informationen und Selbsthilfegruppen zu finden und
- herauszufinden, wo die „besten“ Anbieter von Gesundheitsleistungen sind.⁴⁵

Andere Studien zeigen, dass Patienten in der Regel eine ausführliche, sorgfältige und verständliche Information durch den Mediziner erwarten.⁴⁶ Sie wollen nicht nur alles über ihre Erkrankung und ihre Behandlungsergebnisse wissen, sondern auch ärztlichen Rat bezüglich ihres Umgangs mit der Krankheit erhalten.⁴⁷

Informationen sind für Patienten nicht nur wichtig, sondern haben auch unterschiedliche Bedeutungen. Sie benötigen Informationen, um ihre Krankheitssituation zu verstehen und anzunehmen (kognitiver Aspekt).

Die praktische Umsetzung der Handlungsanweisungen kann aufgrund von Informationen gewährleistet werden (pragmatischer Aspekt). Die Aufmerksamkeit, die der Patient durch das Informationsgespräch erhält, ist darüber hinaus Teil

⁴⁴ Vgl. Siegrist (1995), S. 249.

⁴⁵ Vgl. Coulter et al. (1999).

⁴⁶ Vgl. Williams et al. (1998) sowie Edgman-Levitan und Cleary (1996).

⁴⁷ Vgl. Little et al. (2001) und Rao et al. (2000).

sozialer Unterstützung (emotionaler Aspekt).⁴⁸ Der emotionale Aspekt ist nicht mehr Teil der Inhaltsebene, sondern Teil der Beziehungsebene.

Bei der Beziehungsebene geht es um die Art und Weise, wie der Arzt zum Beispiel Informationen vermittelt. Es wurde bereits dargelegt, dass der Kommunikationsstil des Arztes Auswirkungen auf das Vertrauen des Patienten haben kann. Unter Unterstützungsverhalten des Arztes ist sowohl die Empathie als auch die Zuwendung, die der Arzt dem Patienten entgegenbringt, zu verstehen. Der Arzt unterstützt den Patienten, indem er ihm zuhört, ihn ernst nimmt, Interesse zeigt und als Person wahrnimmt (vergleiche Kapitel 2.1).

Patienten erwarten von einem Arztgespräch außer Kommunikation auch Partnerschaft und indirekte Gesundheitsförderung. Der Arzt soll freundlich und nahbar sowie aufmerksam und informativ sein. Er soll Interesse an der Sicht des Patienten zeigen und Ratschläge über Krankheitsvermeidung und Gesundheitserhaltung erteilen.⁴⁹ Entscheidend ist, wie der Arzt den Patient informiert⁵⁰ und wie der Patient die Information aufnimmt. Laut Richards (1990) beklagen die meisten Patienten nicht fachliche Mängel, sondern Kommunikationsprobleme, die so weit führen, dass wichtige Informationen, zum Beispiel bezüglich einer Therapie, vom Patienten nicht aufgenommen oder verstanden werden.⁵¹

Neben dem Informationsverhalten und dem Unterstützungsverhalten des Arztes besteht die psychosoziale Versorgung des Arztes auch aus einem patientenaktivierenden Verhalten. Diese aktive Einbeziehung des Patienten durch den Arzt in den Behandlungsprozess spielt sich – wie bereits oben ausgeführt – sowohl auf der Inhaltsebene als auch auf der Beziehungsebene ab. Das Verhalten des Arztes aktiviert – im Idealfall – den Patienten so, dass es zu einer partnerschaftlichen Beziehung kommt, in der gemeinsam – unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes und der individuellen Lebenssituation des Patienten – nach Lösungswegen gesucht wird und Entscheidungen über den Behandlungsverlauf getroffen werden. In Abgrenzung zu anderen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung

⁴⁸ Vgl. Siegrist (1995), S. 248.

⁴⁹ Vgl. Klemperer (2003), S. 20 f.

⁵⁰ Vgl. Feuerstein und Kuhlmann (1999).

⁵¹ Vgl. Richards (1990) sowie Langewitz et al. (2004).

beinhaltet besonders das Shared-Decision-Making-Modell ein solches patientenaktivierendes Verhalten.

Charles und seine Mitarbeiter (1997) beschreiben einige Schlüsselfaktoren des Shared-Decision-Making-Modells.

1. Im Shared-Decision-Making-Modell müssen mindestens zwei Personen am Entscheidungsprozess beteiligt sein, wobei dies klassischerweise Arzt und Patient sind, aber auch anderes medizinisches Personal und Angehörige des Patienten involviert sein können. Ein Entscheidungsprozess zweier Ärzte kann nicht als Shared-Decision-Making betrachtet werden. Das heißt, auf der einen Seite der Entscheidungsfindung stehen ein oder mehrere Mediziner, und auf der anderen Seite steht der Patient – gegebenenfalls mit Begleitern seiner Wahl.
2. Es muss eine gemeinsame aktive Entscheidungsfindung von Arzt und Patient während der gesamten Behandlungsdauer stattfinden. Die Aufgaben des Arztes umfassen die Herstellung einer so vertrauensvollen Stimmung, dass der Patient bereit ist, sich zu öffnen und er das Gefühl hat, dass seine Interessen von Belang sind. Weiterhin muss der Arzt die Präferenzen des Patienten erfragen und alle medizinischen Möglichkeiten mit ihren positiven und negativen Folgen so verständlich erklären, dass der Patient alle Informationen aufnehmen kann. Gemeinsam mit dem Patienten muss er nun die Informationen bezüglich des individuellen Krankheitsbildes weiter verarbeiten und zum Beispiel gemeinsam mit dem Patient einen Behandlungsplan erstellen. Hierbei darf der Arzt dem Patienten seine eigenen Werte nicht aufdrängen, sondern muss seine Behandlungspräferenzen mit denen des Patienten abgleichen. Die Aufgaben des Patienten liegen in der Bereitschaft, sich dem Arzt vorbehaltlos zu öffnen und sich am gemeinsamen Entscheidungsprozess zu beteiligen. Das bedeutet, er muss nicht nur Fragen stellen und seine Präferenzen mitteilen, sondern auch Verantwortung übernehmen.
3. Eine wichtige Bedingung für Shared-Decision-Making ist das Teilen von Informationen. Der Entscheidungsprozess setzt den Informationsaustausch voraus. Nicht nur der Arzt bringt medizinische Informationen für die Abwägung der Entscheidungsmöglichkeiten mit ein, sondern auch der Patient teilt

persönliche Informationen und Werte mit. Neben den Informationen, die dem Patient als Hilfsmittel für eine Entscheidung dienen, können auch die psychologischen Aspekte, zum Beispiel Unsicherheit und Ängste, durch Informationen verringert werden. Art und Umfang der Informationen, die ausgetauscht werden, sollten den Krankheitsverlauf, die verschiedenen Behandlungsalternativen und auch die nutzbaren Informationsquellen für den Patienten beinhalten. Für den Arzt sind Informationen über die Anamnese, die Lebensumstände des Patienten sowie das bereits vorhandene Wissen über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten von Bedeutung. Das Selbstwissen des Patienten über seine Krankheit kann der Arzt nur im persönlichen Gespräch erfahren. Beide müssen in der Interaktion deutlich machen, in welchem Ausmaß sie am Entscheidungsfindungsprozess teilhaben wollen.

4. In beidseitigem Einvernehmen werden gemeinsame Entscheidungen über therapeutische Maßnahmen getroffen. Die gewählte Behandlungsmethode muss nicht zwingend von beiden Seiten die erste oder beste Wahl sein. Wichtiger ist es, dass Arzt und Patient bereit sind, die gewählte Maßnahme durchzuführen. Durch die gegenseitige Akzeptanz teilen sich Patient und Arzt die Verantwortung für ihre Entscheidungen.⁵²

Die Vorteile der Patientenaktivierung zeigen sich in unterschiedlichen Bereichen: Aus epidemiologischer Sicht soll nach einer patientenaktivierenden Behandlung der Gesundheitszustand des Patienten besser wiederhergestellt worden sein. Aus soziologischer Sicht sollen beim Patienten alle Kräfte, die er zur Heilung seiner Krankheit entwickeln kann, mobilisiert werden. Aus ökonomischer Sicht sollen Kosten eingespart werden, zum Beispiel durch effektive Behandlungsprozesse. Des Weiteren liegt der Nutzen in den positiven Effekten der Patientenaktivierung: eine erhöhte Patientenzufriedenheit sowie eine gesteigerte Lebensqualität, das Gefühl des Patienten, die Situation durch Information und durch Verständnis über seine Krankheit zu kontrollieren und der verbesserte Gesundheitszustand am Ende der medizinischen Versorgung.⁵³

⁵² Vgl. zu den Schlüsselfaktoren des Shared-Decision-Making Charles et al. (1997) und Charles et al. (1999).

⁵³ Vgl. Scheibler und Pfaff (2003), S. 18 f.

Elwyn und Mitarbeiter (1999) stellten in der Tat fest, dass bessere gesundheitliche als auch ökonomische Ergebnisse durch Shared-Decision-Making erzielt werden können. Die aktive Partnerschaft, die durch die Methode des Shared-Decision-Making erreicht wird, steigert die Therapietreue der Patienten und macht weniger medizinische Mittel (Laborarbeiten, Überweisungen) erforderlich.⁵⁴

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass zu einer guten ärztlichen psychosozialen Versorgung ausführliche Informationen gehören, die in emotional-unterstützendes Verhalten eingebettet sind und die den Patienten dazu veranlassen, sich aktiv an dem Behandlungsprozess zu beteiligen.

⁵⁴ Vgl. Elwyn et al. (1999).

2.2.2 Konzept der unterstützenden Versorgung

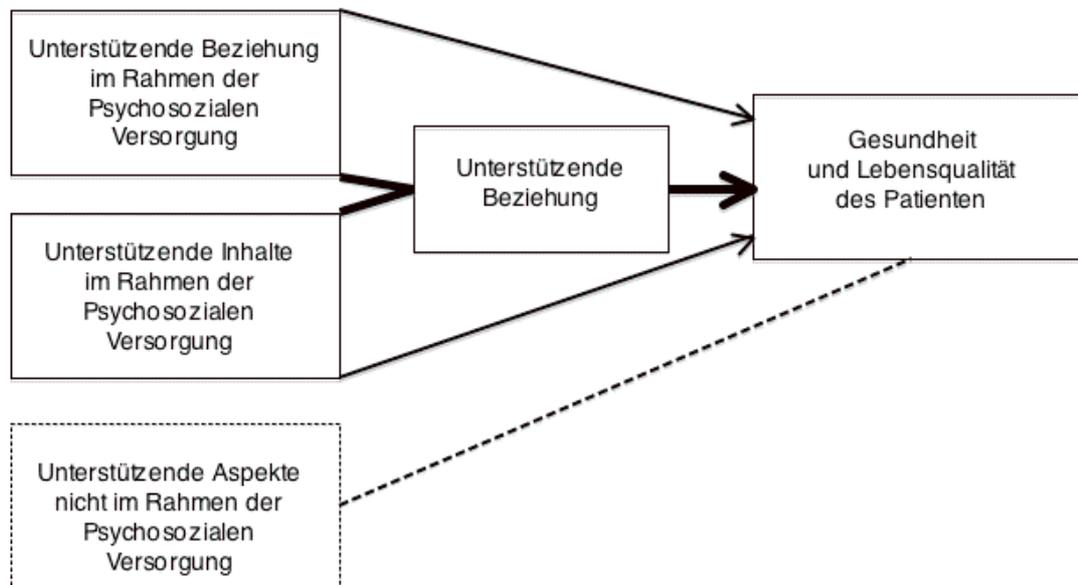
Eine gute psychosoziale ärztliche Versorgung hat direkte und indirekte Wirkung auf die Gesundheit der Patienten. Dies soll im folgenden Konzept der unterstützenden Versorgung genauer dargelegt werden.

Pfaff (2003b) baut das Konzept der unterstützenden Versorgung auf fünf Grundannahmen auf.

- 1.) Die Arzt-Patient-Interaktion steht im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung.
- 2.) Der Versorgungsprozess läuft auf zwei Ebenen ab:
 - a) Beziehungsebene und
 - b) Inhaltsebene.
- 3.) Beide Ebenen können Einfluss auf die Gesundheit haben.
- 4.) Medizinische Versorgung kann Gesundheit und Lebensqualität fördern, unter der Voraussetzung, dass
 - a) eine gute Arzt-Patient-Beziehung besteht (Beziehungsaspekt) und
 - b) konkrete Unterstützungsleistungen vom Arzt (zum Beispiel Informationen) erbracht werden, um die Krankheit zu bewältigen (Inhaltsaspekt).
- 5.) Wirken sowohl der Beziehungs- als auch der Inhaltsaspekt unterstützend, ist ein stärkerer Gesundheitseffekt zu erwarten.⁵⁵

⁵⁵ Vgl. Pfaff (2003b).

Abbildung 3: Das Konzept der unterstützenden Versorgung



Quelle: eigene Darstellung nach Pfaff (2003b)

Davon ausgehend, dass eine gute Versorgungsqualität gesundheitswirksam ist (Annahme 4), stellt sich die Frage, welche Faktoren die Versorgungsqualität positiv beeinflussen. Neben *unterstützenden Aspekten*, wie zum Beispiel den organisatorischen Abläufen im Krankenhaus, hat die psychosoziale Versorgung in Form von *unterstützenden Beziehungen* und *unterstützenden Inhalten* einen direkten Einfluss auf die *Gesundheit und die Lebensqualität von Patienten*. Zu den *unterstützenden Beziehungen* gehört in erster Linie die Arzt-Patient-Beziehung (vergleiche Kapitel 2.2.1), aber auch alle anderen Versorger-Patient-Beziehungen (zum Beispiel Pfleger und Krankenhauspersonal). Die *unterstützenden Inhalte* sind neben Informationen über die Krankheit und den Therapieverlauf auch die Patientenedukation, das heißt das Wissen über gesundheitsförderliche Verhaltensweisen.

In Abgrenzung zum Modell der psychosozialen Versorgung gehören die *unterstützenden Inhalte* nicht nur zu der Inhaltsebene, die die Art und Weise der Informationsvermittlung ausschließt. Sondern sie beziehen zusätzlich die Form der Informationsvermittlung und die Motivierung des Patienten (Patientenaktivierung) durch Partizipation und Patientenedukation mit ein.

Wirken sowohl die *unterstützenden Beziehungen* als auch die *unterstützenden Inhalte* positiv, summieren sich die Effekte nicht nur, sondern verstärken sich gegenseitig (Annahme 5). Diese gegenseitige Verstärkung lässt sich mithilfe des Shared-Decision-Making-Modells erklären. Außerdem wird das Konzept der unterstützenden Versorgung durch das Beziehungskonzept und durch das sozial-kognitive Modell bekräftigt.

Das Beziehungskonzept ist der theoretische Rahmen für gesundheitsrelevante Beziehungsaspekte. Am Beispiel der Psychotherapieforschung sind verschiedene Wirkfaktoren bezüglich der Therapeut-Patienten-Interaktion erstellt worden. Hier wird zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren unterschieden. Zu den unspezifischen Wirkfaktoren zählen unter anderem die therapeutische Allianz, die Patientenaktivierung und Vertrauen. Als Mittelpunkt der Wirkfaktoren wird die soziale Unterstützung durch den Therapeuten angesehen.⁵⁶ Pfaff (2003b) geht davon aus, dass dies nicht nur in der Psychotherapie gilt. Basierend auf den Ergebnissen der Rehabilitationsforschung, die besagen, dass das Vorhandensein von sozialen Ressourcen (zum Beispiel unterstützende Beziehungen) förderlich für die Gesundheit ist und ein Mangel an sozialen Ressourcen das Immunsystem schwächen kann,⁵⁷ stellt Pfaff folgende These auf: Die emotionale Unterstützung, die Ärzte leisten (sollten), trägt kurz-, mittel- und langfristig zur Lebensqualität der Patienten bei.⁵⁸

Das Shared-Decision-Making-Modell schließt bei der Verbesserung der Lebensqualität den Patienten aktiv in den medizinischen Versorgungsprozess ein. Arzt und Patient tragen gemeinsam aktiv zur Gesundung des Patienten bei. Es entsteht ein Prozess, in dem Informationen geteilt, Entscheidungen zusammen gefällt und Vertrauen auf beiden Seiten aufgebaut wird. Dabei wird nicht nur vom Arzt eine optimale psychosoziale Versorgung verlangt, sondern auch vom Patienten die

⁵⁶ Vgl. Lambert und Bergin (1994).

⁵⁷ Vgl. Berkman (1995).

⁵⁸ Vgl. Pfaff (2003b).

Einbringung eigener therapeutischer Leistungen, die Aktivierung der Selbstheilungskräfte, die Nutzung eigener Netzwerke, die Mitwirkung an Therapieentscheidungen und die Selbststeuerung der Diagnose (zum Beispiel das Führen von Beobachtungsprotokollen) erwartet. Es wird betont, dass den Personen ebenso Verantwortung für die eigene Genesung zukommt wie dem Arzt. Allein die Befolgung von Ratschlägen und Anweisungen ist im Sinne des Shared-Decision-Making-Modells nicht ausreichend. Ziel ist es, dass der Patient nicht nur während der Krankheit dem Therapieplan Folge leistet, sondern darüber hinaus sich nach der Krankheit gesundheitsförderlich beziehungsweise präventiv verhält. Damit erklärt sich unter anderem auch der verstärkte Effekt von Unterstützungsleistungen, die auf Beziehungs- und Inhaltsebene verlaufen.⁵⁹

Das sozial-kognitive Modell des Gesundheitsverhaltens nach Schwarzer (1996) zeigt auf, dass die persönlichen Erwartungen bezüglich Ergebnis und eigener Kompetenz, der Schweregrad der Erkrankung und die subjektiven Intentionen relevante Faktoren für das Gesundheitsverhalten des Patienten sind.⁶⁰ Um gesundheitsgerechtes Verhalten zu unterstützen oder herbeizuführen, muss der Arzt informieren, motivieren, am Wohlbefinden des Patienten teilhaben und zur Gesundheit erziehen (*unterstützende Inhalte*).

Neben den vom Arzt beeinflussbaren Faktoren auf die psychosoziale Versorgung gibt es soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren, die im Folgenden ausführlich dargestellt werden.

⁵⁹ Vgl. Pfaff (2003b).

⁶⁰ Vgl. Schwarzer (1996).

2.3 Einflussfaktoren auf die psychosoziale Versorgung

Die in dieser Arbeit zu untersuchenden Einflussfaktoren auf die psychosoziale Versorgung sind zum einen soziodemografische und sozioökonomische und zum anderen persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren. Soziodemografische Faktoren, wie Alter, Geschlecht, Staatsangehörigkeit und Familienstand, sowie sozioökonomische Einflussfaktoren, Einkommen, Bildung und Beruf, bilden die soziale Lage beziehungsweise den Status einer Person innerhalb einer Gesellschaft ab.

2.3.1 Soziale Ungleichheit und Gesundheit

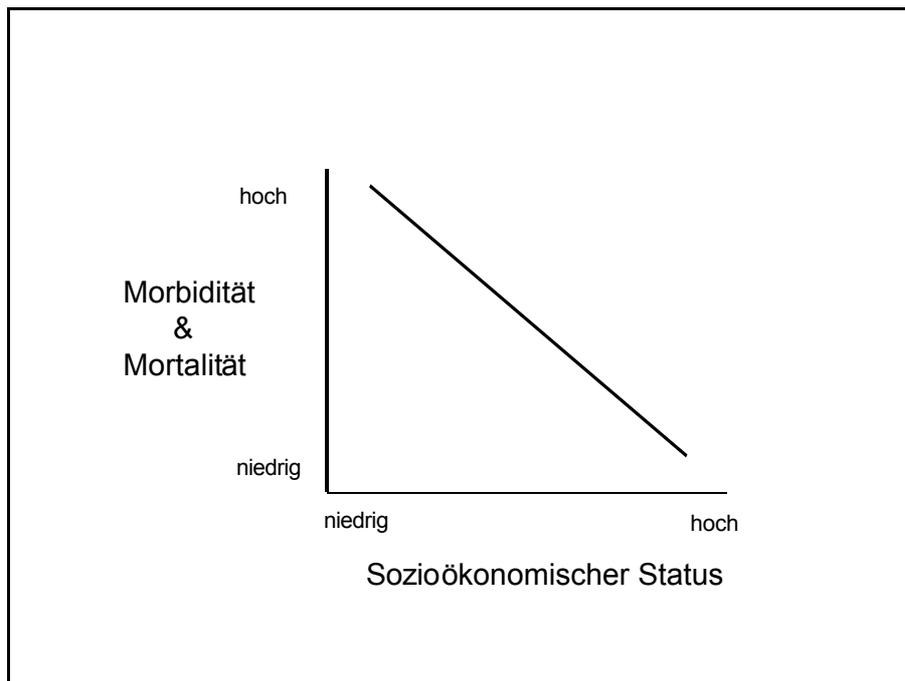
Die sozialepidemiologische Forschung zeigt einen inversen Zusammenhang zwischen sozialem Status und Morbidität beziehungsweise Mortalität auf: Je niedriger die soziale Stellung eines Individuums, desto größer ist seine Erkrankungswahrscheinlichkeit beziehungsweise umso geringer ist seine Lebenserwartung (vergleiche. Abbildung 4). Bereits Untersuchungen Ende der 60er Jahre in den USA belegten diesen Schichtgradienten.⁶¹ Auch Marmot et al. (1978) identifizierten einen Schichtgradienten für Gesundheit, das sogenannte „status syndrom“: Je höher die soziale Position eines Individuums, desto besser ist sein Gesundheitszustand.⁶² In neueren Untersuchungen in Europa konnte dieser Zusammenhang ebenfalls belegt werden.⁶³

⁶¹ Vgl. Antonovsky (1967), Hinkle et al. (1968) sowie Kitagawa und Hauser (1973).

⁶² Vgl. Marmot et al. (1978).

⁶³ Vgl. Berkman und Kawachi (2000), Mackenbach und Bakker (2002), Marmot und Wilkinson (2006) sowie Siegrist und Marmot (2006).

Abbildung 4: Inverser sozialer Gradient von Morbidität & Mortalität



Quelle: Janßen (2008), S. 5

Nicht nur der niedrigste sozioökonomische Status führt zu niedriger Lebenserwartung, sondern der mittlere Status zu mittlerer Lebenserwartung und der hohe Status zu hoher Lebenserwartung. Mit anderen Worten: Das gesundheitliche Gefälle zieht sich konstant durch alle sozialen Schichten der Gesellschaft.⁶⁴ In Deutschland konnte Reil-Held (2000) in seiner Studie einen Mortalitätsunterschied von bis zu fünf Jahren bei Frauen und bis zu zehn Jahren bei Männern in Abhängigkeit zum sozioökonomischen Status feststellen.⁶⁵ Ferner treten bei den unteren sozialen Schichten chronische und akute Krankheiten (zum Beispiel Diabetes, Depression, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Adipositas) besonders häufig auf.⁶⁶

Damit kann festgehalten werden, dass soziale Ungleichheit zu einer ungleichen Verteilung von Gesundheitszuständen in der Bevölkerung führt.

⁶⁴ Vgl. Marmot (2006) sowie Siegrist und Marmot (2006).

⁶⁵ Vgl. Reil-Held (2000).

⁶⁶ Vgl. Bundesregierung (2005).

Es gibt in der Medizin- und Gesundheitssoziologie verschiedene Erklärungsansätze des sozialen Gradienten bei Gesundheit und Krankheit. Der *materielle Erklärungsansatz* besagt, dass Menschen mit niedrigem Sozialstatus nicht nur weniger Geld/Einkommen zur Verfügung haben, sondern auch meist gesundheitsschädlichen Umwelteinflüssen in der Wohn- und Arbeitswelt ausgesetzt sind. Der *kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz* dagegen macht deutlich, dass sozioökonomische Unterschiede gesundheitsrelevante Verhaltensunterschiede mit sich bringen. Gesundheitlich riskantes beziehungsweise schädliches Verhalten, wie Tabak- und Alkoholkonsum oder Fehlernährung, stehen im gleichen Maße mit dem Sozialstatus wie mit der Gesundheit der Person im Zusammenhang. Psychosoziale und psychologische Faktoren, wie chronische Alltagsbelastungen oder Lebenskrisen, werden vorrangig im *psychosozialen Erklärungsansatz* aufgegriffen. Psychologische Belastungen wirken direkt aber auch indirekt, da durch sie die Bewältigungsressourcen verringert werden können beziehungsweise die Belastungen selbst durch – sozial ungleich verteilte – Ressourcen verringert werden können. Diesen Erklärungsansätzen ist gemein, dass soziale Ungleichheit als Ursache für gesundheitliche Ungleichheit betrachtet wird. Es gibt jedoch auch den Ansatz, soziale Ungleichheit als Resultat eines durch Krankheit verursachten sozialen Abstiegs anzusehen (Krankheit macht arm vs. Armut macht krank).⁶⁷ Weiterhin werden Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung als Erklärung diskutiert. Diese Arbeit hat zum Ziel, den weniger beleuchteten Aspekt der Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung, speziell der psychosozialen Versorgung im Krankenhaus, zu untersuchen.

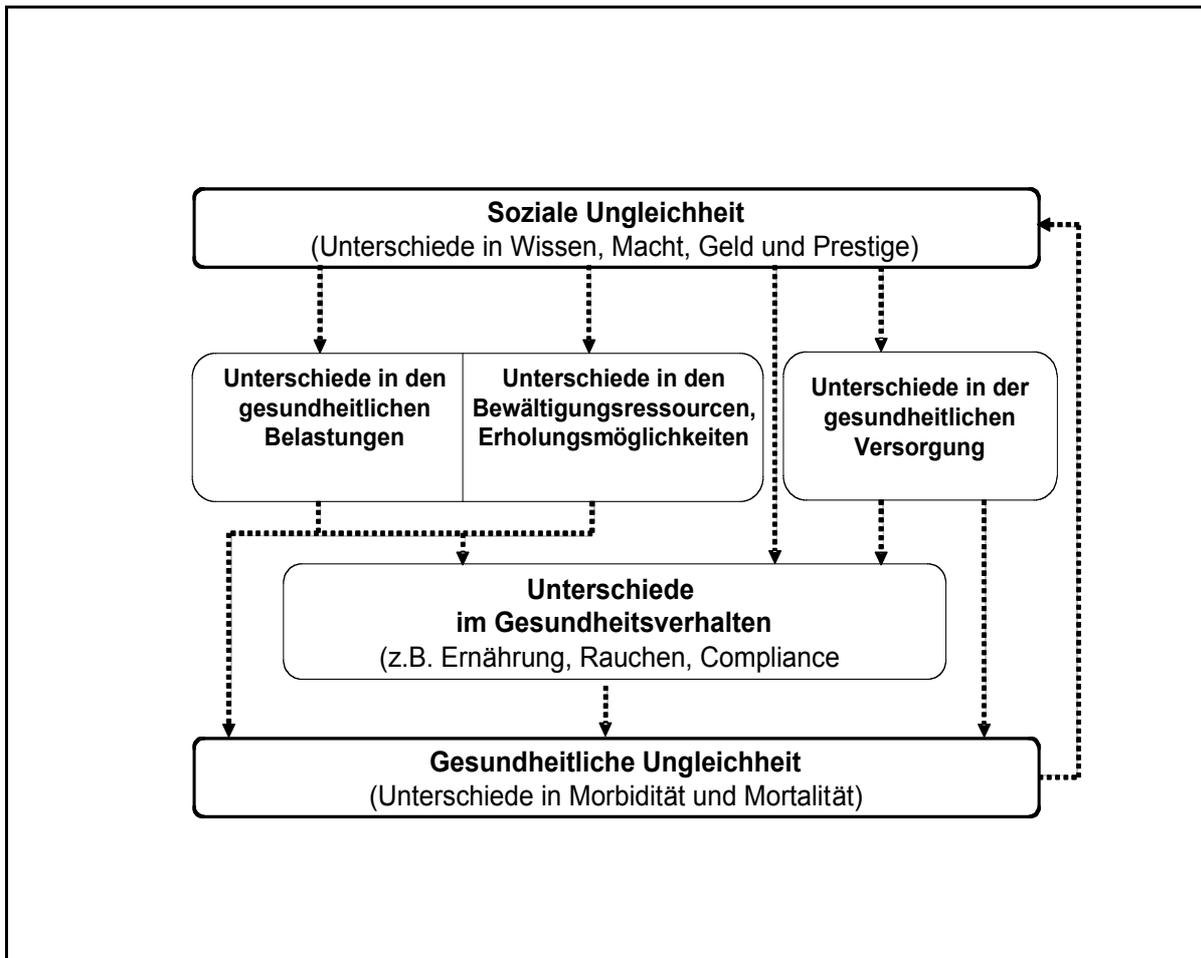
Alle oben aufgeführten Erklärungsansätze werden besonders deutlich und anschaulich in dem „Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit“ von Mielck dargestellt (siehe Abbildung 5).⁶⁸ Die klassischen Indikatoren, die den sozialen Status bilden, sind Bildung, Beruf, Einkommen. Sie haben indirekten Einfluss auf die Gesundheit. Das Modell geht von der Annahme aus, dass Angehörige der sozialen Unterschicht über eine geringere Teilhabe an sozialen Ressourcen verfügen, als die Mittel- und Oberschichtsangehörigen. Diese Ungleichheit in Wissen, Macht, Geld und Prestige führt zu Unterschieden in den gesundheitlichen Belastungen, zu

⁶⁷ Vgl. Richter und Hurrelmann (2007).

⁶⁸ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

Unterschieden in den Bewältigungsressourcen, zu Unterschieden in der medizinischen Versorgung und zu unterschiedlichem Gesundheitsverhalten. Diese Unterschiede führen zu gesundheitlicher Ungleichheit.

Abbildung 5: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit



Quelle: Mielck (2000)

1. Unterschiede in den gesundheitlichen Belastungen

Menschen aus sozialen Unterschichten sind im Bereich Arbeits- und Wohnumfeld stärkeren Belastungen ausgesetzt, die sich direkt auf den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken.

- a) Psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz durch
- schwere körperliche Arbeit
 - Umgebungseinflüsse wie Lärm, Kälte, Staub, Schmutz
 - Belastungen durch Arbeitszeiten (z.B. Nacht- und Schichtarbeit)
 - hohe Unfallgefahr
 - Mobbing
 - Zeit- und Termindruck
 - quantitative Überforderung
 - qualitative Unterforderung
 - hohe Anforderung mit geringem Handlungsspielraum⁶⁹
- b) Arbeitslosigkeit⁷⁰
- c) Belastungen innerhalb der Wohnung und im Wohngebiet durch
- Substandards beziehungsweise schlechtere Wohnungsausstattung
 - Platzmangel
 - Lärm (z.B. Verkehr)
 - Luftverschmutzung⁷¹

2. Unterschiede in den Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten

Menschen aus niedrigeren sozialen Schichten haben geringe Möglichkeiten, mit krankheitsbedingten Belastungen umzugehen.

- a) Mangelnde Bewältigungsressourcen durch mangelnde Bildung:
- geringe Informationen über Gesundheitsmaßnahmen beziehungsweise über präventive Verhaltensmaßnahmen
 - mangelnde Compliance⁷²
- b) Soziale Unterstützung⁷³

⁶⁹ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff., Jungbauer-Gans und Gross (2006), S. 79 sowie Greiner (2001), S. 146.

⁷⁰ Vgl. Elkeles (2001), S. 72 f.

⁷¹ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff. und Heinrich (2001), S. 162.

⁷² Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

⁷³ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

- c) Mangelnde Bewältigungsressourcen durch geringere finanzielle Mittel:
- Selbstbehalte und Zuzahlungen sind nicht leistbar beziehungsweise schrecken ab (z.B. Zahnsanierungen, Rezeptgebühren und medizinische Hilfsmittel)⁷⁴
- d) Mangelnde Bewältigungsressourcen durch fehlende Erholungsräume:
- weniger Grünflächen in der Wohnumgebung
 - weniger Rückzugsmöglichkeiten im Wohnraum⁷⁵

3. Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung

Menschen aus sozial schwachen Schichten haben weniger Möglichkeiten, gesundheitliche Versorgung in Anspruch zu nehmen.

- a) Versorgungsunterschiede bezüglich der Gesundheitsaufklärung:
- weniger Informationen und Wissen über Risikofaktoren
 - geringere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und -programmen⁷⁶
- b) Versorgungsunterschiede bezüglich der Informationsvermittlung:
- unverständliche medizinische Fachausdrücke
 - schwierigere Arzt-Patient-Kommunikation (z.B. elaborierter Sprachcode des Arztes)⁷⁷

4. Unterschiede im Gesundheitsverhalten

Menschen aus benachteiligten sozialen Schichten verhalten sich weniger gesundheitsgerecht. Unter Gesundheitsverhalten versteht man sowohl das Verhalten eines Gesunden, der diesen Zustand bewahren will, als auch das Verhalten eines Kranken, der die Verbesserung seines Gesundheitszustandes anstrebt.

⁷⁴ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

⁷⁵ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

⁷⁶ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

⁷⁷ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff.

- a) Gering ausgeprägtes präventives Gesundheitsverhalten durch:
- geringe Symptomaufmerksamkeit
 - Verdrängung von Gesundheitsproblemen
 - Notfallverhalten (Handeln nur im Akutfall)
 - Nichtinanspruchnahme prophylaktischer Angebote
 - kuratives Verständnis von Krankheit steht im Vordergrund
 - vorrangige Beschäftigung mit anderen Problemen (z.B. Arbeitsplatzsuche)
 - externale Kontrollüberzeugung (Gesundheit ist Glückssache, Kontrollinstanz liegt außerhalb der eigenen Person)⁷⁸
- b) Erhöhtes kardiovaskuläres Risikoverhalten durch
- Rauchen
 - Übergewicht
 - Bluthochdruck
 - Bewegungsmangel
 - schlechte Ernährung⁷⁹
- c) Mangelndes Körperbewusstsein⁸⁰

Gesundheitliche Ungleichheit bedeutet, dass es Unterschiede in Morbidität und Mortalität gibt. Das „Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit“ von Mielck versucht zu verdeutlichen, dass die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit indirekt in sozialer Ungleichheit liegen. Dabei soll deutlich werden, dass soziale Ungleichheit zu Unterschieden in gesundheitlichen Belastungen, Bewältigungsressourcen, gesundheitlicher Versorgung und im Gesundheitsverhalten führen. Die Bilanz aus gesundheitlichen Belastungen und Bewältigungsressourcen sowie die gesundheitliche Versorgung beeinflussen wiederum das Gesundheitsverhalten.⁸¹

Mielck selbst kritisiert, dass die Wechselwirkungen innerhalb der vier einzelnen Bereiche nicht genau dargelegt werden.⁸²

⁷⁸ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff. sowie Janßen (2001), S. 190 ff.

⁷⁹ Vgl. Mielck (2000), S. 173 ff. sowie Janßen et al. (1999).

⁸⁰ Vgl. von Lengerke et al. (2007) sowie von Lengerke et al. (2005).

⁸¹ Vgl. Mielck (2000), S. 174.

⁸² Vgl. Mielck und Janßen (2008), S. 5.

2.3.2 Soziale Ungleichheit und Gesundheit bei Migranten

Am Jahresende 2007 lebten rund 6,74 Millionen Personen in der Bundesrepublik Deutschland, die keine deutsche Staatsangehörigkeit besaßen, was einem Anteil von 8,2 Prozent entspricht. Das wichtigste Herkunftsland der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Zuwanderer ist die Türkei mit einem Anteil von zirka 25 Prozent.⁸³ Da generell in bevölkerungsbezogenen Studien alle Bevölkerungsgruppen – also auch die in dem Erhebungsland lebenden Migranten – einbezogen werden sollten, werden im Folgenden Ergebnisse aus der Migrations-Gesundheitsforschung vorgestellt.

Altenhofen und Weber (1993) haben in ihrer Studie zur Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland festgestellt, dass Ausländer beider Geschlechter eine niedrigere Mortalität aufweisen als Deutsche.⁸⁴ Im Gegensatz dazu ist die Erkrankungshäufigkeit für Infektionskrankheiten, zum Beispiel Hepatitis B, bei Zuwanderern nach epidemiologischen Abschätzungen deutlich erhöht.⁸⁵ Im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung sind Personen nicht deutscher Nationalität laut KORA-Studie eher übergewichtig und weisen häufiger erhöhte Blutfettwerte (Hyperlipidämie) auf.⁸⁶

Neben diesen Unterschieden in der Mortalität und Morbidität zwischen Ausländern und Deutschen zeigen sich außerdem Kommunikationsprobleme zwischen deutschen Ärzten und nicht-deutschen Patienten. Deutsche Ärzte beklagen, dass ihre ausländischen Patienten ungenaue und/oder falsche Angaben über ihre Krankheitssymptome machen. Die ausländischen Patienten dagegen entwickeln häufig kein Vertrauen zu den deutschen Ärzten. Türkische Patienten äußern zum Beispiel folgendes Problem: „Türkische Ärzte sagen mir meine Krankheit, deutsche Ärzte wollen sie von mir wissen.“⁸⁷ Ferner gibt es Probleme bei der unterschiedlichen Einschätzung der Schwere der Erkrankung zwischen deutschen Ärzten und nicht-deutschen Patienten. 25 Prozent der Probleme, die von den ausländischen Patienten

⁸³ Vgl. Statistisches Bundesamt (2008).

⁸⁴ Vgl. Altenhofen und Weber (1993).

⁸⁵ Vgl. Marschall et al. (2005).

⁸⁶ Vgl. Aparicio et al. (2005).

⁸⁷ Nickel-Khosrov Yar (1991), S. 135.

als schwerwiegend empfunden wurden, schätzten die deutschen Ärzte im Gegensatz als geringfügig ein.⁸⁸ Aparicio und ihre Mitarbeiter (2005) fanden heraus, dass Ausländer ihre eigene Gesundheit als schlechter einschätzten als die Mehrheitsbevölkerung.⁸⁹

Zugewanderte Patienten haben ferner eine größere Distanz zu Institutionen der psychischen Versorgung. Diese sogenannten Zugangsbarrieren können als allgemeingültig für das deutsche Gesundheitssystem angesehen werden. Als Zugangsbarrieren werden Sprach- beziehungsweise Verständigungsprobleme und mangelnde Kenntnisse über das Versorgungssystem genannt. Die Angst der zugewanderten Bevölkerung vor aufenthaltsrechtlichen Folgen beziehungsweise der Dokumentation persönlicher Daten ist ein weiteres Hindernis für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung.⁹⁰

⁸⁸ Vgl. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1989) sowie Zeeb und Razum (2006).

⁸⁹ Vgl. Aparicio et al. (2005).

⁹⁰ Vgl. Weilandt et al. (2000).

2.3.3 Persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren

Persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren werden in dieser Arbeit die Einflussfaktoren genannt, die nicht zu den soziodemografischen oder sozioökonomischen Einflussfaktoren gehören. Zu den persönlichkeitsbezogenen Einflussfaktoren werden Paternalismuspräferenz und Partizipationsbedürfnis gezählt. Im Gegensatz zu den soziodemografischen und sozioökonomischen Einflussfaktoren sind dies keine „harten“ Faktoren, die objektiv messbar sind, sondern eher „weiche“ Faktoren, welche subjektiv erhoben werden müssen.

Paternalismuspräferenz und Partizipationsbedürfnis

Ein weiterer bedeutender persönlichkeitsbezogener Einflussfaktor ist der Wunsch des Patienten nach Beteiligung an medizinischen Entscheidungen. Ist dieser Wunsch nicht oder nur sehr gering vorhanden, spricht man von „Paternalismuspräferenz“. Die Paternalismuspräferenz spiegelt sich im Entscheidungsfindungsmodell „paternalistic model“ wider.⁹¹

Das paternalistische Modell basiert auf der Annahme, dass Arzt und Patient die gleichen objektiven und allgemeingültigen Gesundheitsziele haben. Die persönlichen und die aktuellen Werte des Patienten werden vom Arzt nicht hinterfragt und demnach auch nicht einbezogen. Der Arzt versorgt den Patienten nach seinem besten Wissen mit therapeutischen Maßnahmen und trifft die medizinischen Entscheidungen allein. Die Zustimmung dazu erwirkt er durch ausgewählte Informationen. Es werden nur die medizinischen Behandlungen erörtert, die der Arzt für angebracht hält. Alternative Behandlungsmethoden und ihre Möglichkeiten werden nicht zur Sprache gebracht. Die Kontrolle verbleibt beim Arzt, wobei er die „objektiv geteilten“ Interessen des Patienten berücksichtigt.⁹² In diesem Modell hat der Patient die klassische Patientenrolle nach Parsons inne.

⁹¹ Vgl. Charles et al. (1997).

⁹² Vgl. Emanuel und Emanuel (1992).

Parsons hat die soziale Rolle des Kranken durch vier Merkmale gekennzeichnet, wobei die beiden erstgenannten Eigenschaften als Rechte, die letztgenannten als Pflichten der Krankenrolle aufgefasst werden können.⁹³

1. Der Kranke kann für seine gesundheitliche Lage nicht verantwortlich gemacht werden. Die Krankheit liegt außerhalb der eigenen Macht der Person.
2. Der Betroffene wird von seinen alltäglichen Rollen entpflichtet. Die Befreiung von den sozialen Rollen geschieht durch die ärztliche Krankschreibung.
3. Der Patient hat die Pflicht, so schnell wie möglich wieder gesund werden zu wollen und seine Gesundheit wieder herzustellen. Der Patient muss akzeptieren, dass seine Krankheit ein vorübergehender Zustand ist.
4. Der Kranke hat die Verpflichtung, ärztliche Hilfe aufzusuchen und mit dem Arzt zusammenzuarbeiten.⁹⁴

Umso größer der Wunsch des Patienten, die Behandlung mit zu entscheiden, desto größer ist sein Partizipationsbedürfnis. Damit löst sich der Patient von der klassischen Patientenrolle nach Parsons. Laut aktuellen Studien besteht bei den meisten Patienten der Wunsch, in die Entscheidung über die medizinische Behandlung einbezogen zu sein. Das Partizipationsbedürfnis verlangt, dass der Arzt den Patienten aktiv beteiligt, als gleichberechtigt ansieht, Informationen mit ihm teilt und Entscheidungen gemeinsam verantwortlich getragen werden.⁹⁵ Das Partizipationsbedürfnis ist Voraussetzung für eine psychosoziale Versorgung durch den Arzt im Sinne des Shared-Decision-Making-Modells (siehe Kapitel 2.2.2) und somit entscheidender persönlichkeitsbezogener Einflussfaktor.

⁹³ Vgl. Gerhardt (1991), S. 171.

⁹⁴ Vgl. Parsons (1958).

⁹⁵ Vgl. Loh et al. (2007) sowie Dierks und Seidel (2005).

2.3.4 Analysemodell

Zahlreiche wissenschaftliche Studien zeigen die negativen Auswirkungen einer unzureichenden Arzt-Patient-Beziehung. Die daraus resultierenden Folgen sind zum Beispiel häufige Arztbesuche, mangelnde Compliance, schlechtere subjektive und objektive Behandlungsergebnisse sowie eine geringere Zufriedenheit mit der Behandlung.⁹⁶

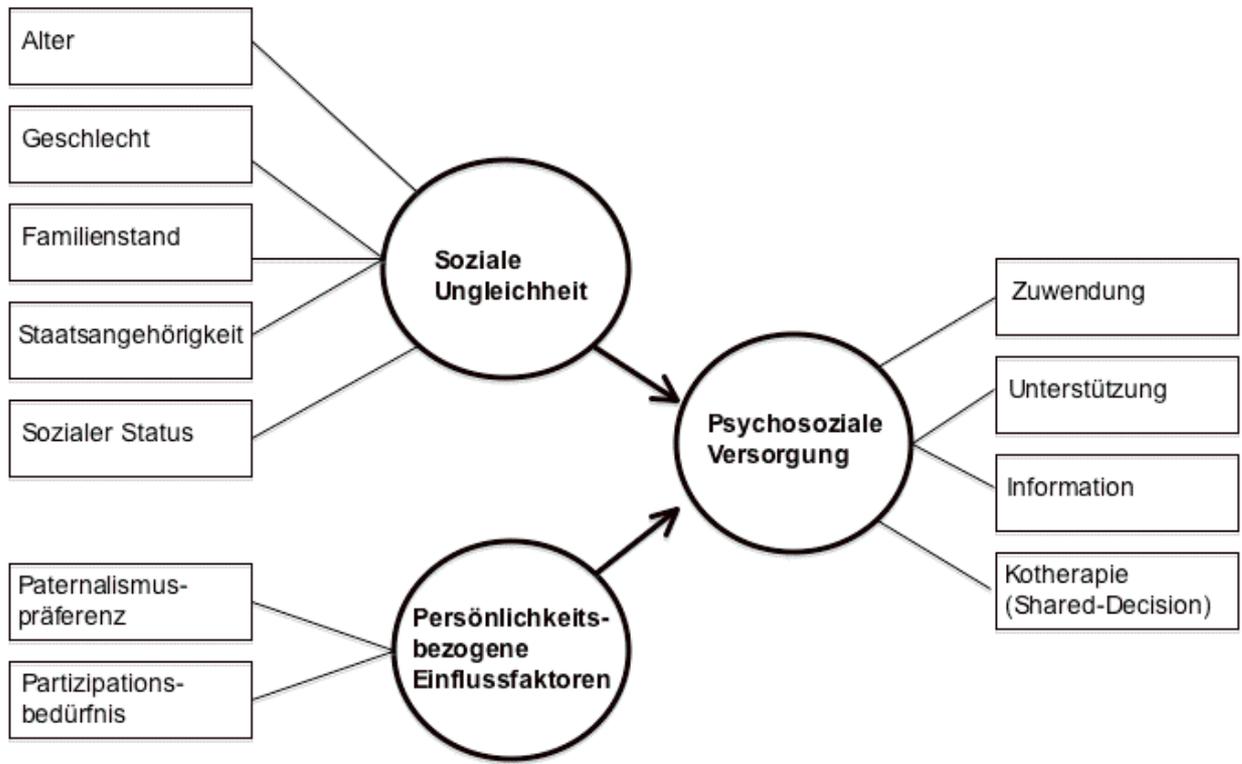
Daraus resultiert, dass innerhalb der medizinischen Behandlung nicht nur die fachlichen und technischen Kompetenzen des Arztes eine große Rolle spielen, sondern ebenso die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Dazu gehören einerseits die Empathie-Leistungen sowie andererseits die kommunikativen Fähigkeiten des Arztes. Ist die psychosoziale Versorgung der Patienten gewährleistet, kann dies einen positiven Effekt auf das Behandlungsergebnis haben.

Basierend auf den in den vorherigen Kapiteln dargestellten Theorien der sozialen Unterstützung, der psychosozialen Versorgung, der unterstützenden Versorgung und der sozialen Ungleichheit wurde folgendes Analysemodell entwickelt: Welche Effekte haben soziale Ungleichheit und persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren auf die subjektiv wahrgenommene ärztliche psychosoziale Versorgung im Krankenhaus? Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden aus dem Kölner Patientenfragebogen abhängige und unabhängige Variablen zur Untersuchung ausgewählt.

Die unabhängigen Variablen „Alter“, „Geschlecht“, „Familienstand“, „Staatsangehörigkeit“ und „sozialer Status“ bilden die soziale Ungleichheit ab. Die unabhängigen Variablen „Paternalismuspräferenz“ und „Partizipationsbedürfnis“ sind persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren. Die abhängige Variable „psychosoziale Versorgung“ setzt sich zusammen aus den Variablen: „Zuwendung von Ärzten“, „Unterstützung durch Ärzte“, „Information“ und „Kotherapie“ (Shared-Decision-Making) (siehe Abbildung 6).

⁹⁶ Vgl. Stewart et al. (2000), Gross et al. (1998), Langewitz et al. (1998) sowie Platt et al. (2001).

Abbildung 6: Eigenes Analysemodell



Quelle: eigene Darstellung

Die Variablen „Zuwendung“ und „Unterstützung“ werden in den Theorien als empathisches Verhalten des Arztes zusammengefasst, während die Variable „Information“ dem Informationsverhalten des Arztes und die Variable „Kotherapie“ dem patientenaktivierenden Verhalten des Arztes entspricht.

Das Ziel der vorliegenden Analyse ist die Überprüfung des theoriegeleiteten Modells mithilfe inferenzstatistischer Auswertungen.

3. Material und Methoden

3.1 Erhebungsinstrument: Der Kölner Patientenfragebogen (KPF)

Das Forschungsprojekt „Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten“ verfolgte drei Ziele. Das erste Ziel war die Entwicklung eines Fragebogens, der bedeutende psychosoziale Ausmaße des Interaktionsgeschehens zwischen Patient und Arzt beziehungsweise Patient und Pflegekräften erfasste. Das zweite Ziel war die Entwicklung eines qualitativ hochwertigen Messinstrumentes, welches den Qualitätsstandards der empirischen Sozialforschung entspricht. Das dritte Ziel war die Ansammlung von Erkenntnissen zur methodisch korrekten Durchführung von Patientenbefragungen.⁹⁷

Das Projekt wurde in drei aufeinander aufbauende Phasen unterteilt:

1. Explorative Phase
2. Pretest-Phase
3. Validierungsphase

Die **explorative Phase** bestand aus der Durchführung von Leitfadeninterviews. Durch diese Interviews sollten empirische Erkenntnisse über die Erfahrungen und die Bedürfnisse der Patienten hinsichtlich ihrer Einbindung in die Behandlung gesammelt werden. Anhand der gewonnenen Daten entstand ein erster Entwurf des Fragebogens.

In der **Pretest-Phase** sollte der Fragebogenentwurf durch qualitative und quantitative Evaluationsverfahren verbessert werden. Anwendungsverfahren waren hier kognitive Laborverfahren (Think-Aloud-Methode und Probing-Technik)⁹⁸ sowie die Methode

⁹⁷ Vgl. Pfaff et al. (2003c), S. 1.

⁹⁸ Bei den Think-Aloud-Interviews wurde der Patient – im Beisein eines Interviewers – gebeten, den Fragebogen auszufüllen und dabei laut zu denken und somit sämtliche Gedankengänge, die zu einer Antwort führen, laut auszusprechen. Durch diese Äußerungen ließ sich ermitteln, wie Formulierungen und Begriffe verstanden wurden und wie bzw. an welchen Stellen Fehler beim Ankreuzen entstanden. Nach der Verbesserung des Fragebogens aufgrund der Think-Aloud-Interviews, wurde die Probing-Technik angewandt. Mit zufällig ausgewählten Patienten wurden die Aspekte des Fragebogens, die als problematisch eingeschätzt wurden, gezielt besprochen. Dadurch konnten u.a. Schwachstellen der Konzeption und des Layouts des Fragebogens entdeckt werden. Vgl. Land et al. (2003), S. 91 ff.

der Gruppendiskussion⁹⁹. Der Fragebogen wurde in der Pretest-Phase hinsichtlich der methodischen Qualität getestet.

Die **Validierungsphase** (Hauptbefragung) diene neben der quantitativen Evaluation und der Validierung des Fragebogens auch der Erforschung verschiedenartiger Datenerhebungsverfahren.

Die Validierungsphase wurde wiederum in drei Abschnitte gegliedert:

1. Durchführung einer quantitativen Hauptbefragung
2. Durchführung einer quantitativen Basisbefragung
3. Durchführung einer dreigliedrigen quantitativen Nachbefragung¹⁰⁰

Die **quantitative Hauptbefragung** diene der statistischen Sicherung der Reliabilität und Validität der psychometrischen Konstrukte und der Untersuchung ausgewählter methodischer Aspekte verschiedener Datenerhebungsverfahren, wie zum Beispiel der Untersuchung der Fragebogenlänge bei Patientenbefragungen.¹⁰¹

Die im Anschluss durchgeführte **quantitative Basisbefragung** stellte den Ausgangspunkt (T1) für die **quantitativen Nachbefragungen** (T2) dar. Ziel der Nachbefragungen war das Erzeugen von Daten zur weiteren Fragebogenvalidierung. Die Nachbefragung I diene hierbei der Überprüfung der Vorhersagevalidität der psychometrischen Skalen in Bezug auf die Gesundheit der Patienten (Gesundheitsbefragung). Die Nachbefragung II wurde zur Prüfung der zeitlichen Stabilität der Patientenbeurteilungen eingesetzt (Wiederholungsbefragung). Bei der Nachbefragung III wurde die Konstruktvalidität unter Zuhilfenahme vorangehend etablierter konstruktnaher Instrumente festgestellt (Konstruktbefragung).

Untersuchungsgegenstand der **Validierungsphase** waren Probleme bei der Erhebung von Daten. Diese Problematiken wurden in vier verschiedenen Teilstudien untersucht:

⁹⁹ Die Teilnehmer der Gruppendiskussion besprachen den Fragebogen blockweise. Dabei lag der Schwerpunkt der Diskussion auf der Vollständigkeit des Erhebungsinstrumentes. Vgl. Land et al. (2003), S. 94 f.

¹⁰⁰ Vgl. Pfaff et al. (2003c), S. 3 f.

¹⁰¹ Vgl. Freise (2003).

- Die Teilstudie I enthielt einen experimentellen Test in Bezug auf die Auswirkung verschiedener Datenerhebungsverfahren auf die Höhe der Rücklaufquote.
- Teilstudie II umfasste die Untersuchung der Frage, ob ein Erinnerungsverfahren bei postalischer Befragung positive Auswirkungen auf den Fragebogenrücklauf hat.
- In Teilstudie III wurde in einem experimentellen Test die Beziehung zwischen der Fragebogenlänge und dem Rücklauf des Fragebogens untersucht.
- Teilstudie IV umfasste die Überprüfung der Brauchbarkeit einer „Inhouse-Datenerhebung“ (Ausgabe und Rücklauf des Fragebogens fand vor Ort im Krankenhaus statt). Die „Inhouse-Datenerhebung“ fand mit eigens dafür geschulten Kräften statt.¹⁰²

Die Stichprobenverteilung der einzelnen Teilstudien im Rahmen der **Hauptbefragung** (Phase 3) ist in Tabelle 1 dargestellt.

¹⁰² Vgl. Pfaff et al. (2003c), S. 29.

Tabelle 1: Stichprobenverteilung der einzelnen Teilstudien (Hauptbefragung)

Studie	Stichprobe	Beschreibung
Teilstudie I	Stichprobe 1 (N = 841)	Befragtenpopulation: Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Universitätsklinik zu Köln (Krankenhaus der Maximalversorgung mit 1510 Betten) und des St. Franziskus-Hospitals in Köln-Ehrenfeld (Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung eines freien Trägers mit 353 Betten). Datengrundlage: Pendellisten der ausgewählten Stationen während des Untersuchungszeitraums vom 14.02.2000 bis 24.03.2000. Auswahl: Die Stichprobe umfasste 841 potenzielle Befragungsteilnehmer, die eine systematische 50-Prozent-Zufallsstichprobe aller über 18 Jahre alten Patienten der relevanten Fachabteilungen im Untersuchungszeitraum darstellte.
Teilstudie II	Stichprobe 2 (N = 700)	Befragtenpopulation: Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Universitätsklinik zu Köln (s.o.). Datengrundlage: Patientendaten der Krankenhaus-EDV. Auswahl: Zum Stichtag 14.02.2000 wurden rückwärts die letzten 1400 entlassenen Patienten der beiden Fachgebiete ausgewählt. Aus dieser Grundgesamtheit wurde eine systematische 50-Prozent-Zufallsstichprobe gezogen, also 700 ehemalige Patienten.
Teilstudie III	Stichprobe 2	Siehe Teilstudie II
Teilstudie IV	Stichprobe 3 (N = 1107)	Befragtenpopulation: Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser in Ulm (Krankenhaus der Maximalversorgung mit 497 Betten) und Bad Zwischenahr (Krankenhaus der Grundversorgung mit 156 Betten). Datengrundlage: Pendellisten der Stationen. Auswahl: Vollerhebung der entlassenen Patienten im Zeitraum 14.02.2000 bis 24.03.2000.

Daten: KPF (Tabelle entnommen aus Pfaff et al. (2003c), S. 30)

Alle Teilstudien hatten als Befragungsinstrument die Hauptbefragungsversion (8-seitige Version) des KPF. In der Teilstudie III wurde zusätzlich eine 12-seitige sowie eine 4-seitige Fragebogenversion an die Patienten ausgeteilt.

Der KPF ist für den wissenschaftlichen Einsatz und auch für die praktische Anwendung im Krankenhaus geeignet. Der Fragebogen basiert auf den theoretischen Konzepten des „lernenden Krankenhauses“ und der „unterstützenden Versorgung“. Der 12-seitige Fragebogen ist modular aufgebaut und kann bei Bedarf verkleinert werden. In seiner Gesamtheit enthält er 36 Module. Diese

bestehen wiederum aus 95 Subskalen und 59 Ein-Item-Instrumenten. Der Kölner Patientenfragebogen enthält unter anderem Fragen, die die verschiedenen Krankenhausdimensionen, zum Beispiel „Krankenhausorganisation und -leistungen“, „Information und Kommunikation“, „Interaktionsqualität der Ärzte und Pflegekräfte“ sowie die „Einbeziehung in die Behandlung“, erfassen. Daneben sind Module, die die Aspekte des Krankenhausaufenthaltes insgesamt (zum Beispiel „Behandlungserfolg“ und „Zufriedenheit“) repräsentieren, in den KPF integriert. Sind für eine Befragung nur bestimmte Dimensionen von Interesse, so können die entsprechenden Module ausgewählt werden, ohne dass sich das Weglassen auf die methodische Qualität der Befragung auswirkt. Auswirkungen ergeben sich lediglich auf die Breite der inhaltlichen Aussagen. Die einzelnen Module können unabhängig voneinander eingesetzt und ausgewertet werden. Wird jedoch ein Modul ausgewählt, so ist eine vollständige Übernahme – ohne Änderungen – notwendig, da eine Umformulierung der Items nicht getestet wurde. Die Qualität des Messinstrumentes wäre dann nicht mehr gewährleistet.¹⁰³

Die Skalen des KPF wurden durch Faktorenanalysen auf ihre Konstruktvalidität hin getestet. Die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) einer KPF-Skala wurde mittels Reliabilitätsanalysen geprüft. Entsprechend üblichen Standards wurde ein Mindestwert für Cronbach's Alpha von .70 festgelegt. Der Cronbach's Alpha-Wert lag bei den Skalen des KPF zwischen .69 und .96. Diese Werte gelten als insgesamt noch zufriedenstellendes bis sehr gutes Ergebnis. Die Cronbach's Alpha-Werte für die in dieser Analyse verwendeten Skalen des KPF sind jeweils in Klammern angegeben.

¹⁰³ Vgl. Pfaff et al (2003c), S. 149 f.

3.2 Datenbasis und Stichprobenbeschreibung

Zur Analyse der vorliegenden Arbeit wurden Daten von Patientenbefragungen herangezogen, welche zur Validierung des Kölner Patientenfragebogens (KPF) in Krankenhäusern in Köln (Universitätsklinik, St. Franziskus) und näherer Umgebung (St. Katharinen in Frechen und Maria Hilf in Bergheim) sowie zweier Bundeswehrkliniken (Ulm und Bad Zwischenahr) erhoben wurden. Es handelt sich hierbei um Datensätze zu den Basisbefragungen (KPF00_1, KPF00_2, KPF00_3) sowie der Hauptbefragung (KPF00_4) mit dem Kölner Patientenfragebogen. Die Befragung fand in den Jahren 2000/2001 statt. Befragt wurden über 18-jährige Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen. Insgesamt wurde 4666 Patienten ein Fragebogen zugesandt beziehungsweise ausgeteilt. Nach Abzug der stichprobenneutralen Ausfälle ($n = 474$, zum Beispiel durch „unbekannt verzogen“) konnten 2470 Fragebögen ausgewertet werden. Dies entspricht einer bereinigten Rücklaufquote von 59 Prozent.¹⁰⁴ Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die Befragtenpopulation, N , Bruttoausschöpfungsquote, bereinigte Stichprobe, Responsequote, bereinigte Stichprobe sowie n der KPF-Teilstudien.

¹⁰⁴ Vgl. Pfaff et al. (2003d).

Tabelle 2: Übersicht der KPF-Teilstudien

Name	Population	N	Bruttoaus- schöpfungs- quote	Bereinigte Stichprobe	Responsquote Bereinigte Stichprobe	n
KPF00_1	Hauptbefragung (Teilstudie I) Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Universitätsklinik zu Köln und des St. Franziskus Hospitals, 2000	841	21 %	780	23 %	177
KPF00_2	Hauptbefragung (Teilstudie II + III) Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Universitätsklinik zu Köln, 2000	700	61 %	646	66 %	429
KPF00_3	Hauptbefragung (Teilstudie IV) Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Bundeswehrkrankenhäuser Ulm und Bad Zwischenahr, 2000 BW Ulm <u>BW Bad Zwischenahr</u> Gesamt	778 <u>329</u> 1107	52,4 % 63 %	615 <u>329</u> 944	79 % 83,9 %	483 <u>264</u> 747
KPF00_4	Basisbefragung Patienten der inneren und chirurgischen Fachabteilungen der Universitätsklinik zu Köln, St. Franziskus-Hospital, BW Bad Zwischenahr, St. Katharinen in Frechen sowie Maria Hilf in Bergheim, 2001	2018	55 %	1822	61 %	1117
	Gesamt aller matchbaren Befragungen (KPF00_1 bis KPF00_4)	4666	53 %	4192	59 %	2470

Daten: KPF (Pfaff et al. 2003c und 2003d)

Steigerung der Rücklaufquote nach der Dillman-Methode

Zur Steigerung der Rücklaufquote wurde eine retrospektive, schriftlich-postalische Befragung durchgeführt, die auf der Basis der Total-Design-Methode von Dillman (1978) beruht. Hierdurch sollte eine Rücklaufquote von mindestens 60 Prozent erreicht werden, der Ablauf bestand aus einer vierstufigen Kontaktaufnahme:¹⁰⁵

- **Erstkontakt:** Der Erstkontakt bestand aus einem Anschreiben an die Befragten mit einem Fragebogen, einem Begleitschreiben, einem Rückumschlag und einer Erläuterung zum Ausfüllen des Fragebogens.
- **Zweitkontakt:** Eine Woche nach dem Erstkontakt bekamen alle Befragten einen Brief zugesandt. Dieser Brief beinhaltete erstens den Dank an alle Teilnehmer und zweitens die Bitte an alle Patienten, die noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten, den ausgefüllten Fragebogen baldmöglichst zurückzusenden.
- **Drittkontakt:** Drei Wochen nach dem ersten Anschreiben wurden allen Nicht-Teilnehmern erneut alle Befragungsunterlagen (siehe obiger Erstkontakt) zugeschickt.
- **Viertkontakt:** In der siebten Woche nach dem ersten Anschreiben wurde der dritte Schritt für alle Patienten, die noch nicht an der Befragung teilgenommen hatten, wiederholt.

¹⁰⁵ Vgl. Dillman (1978), S. 183.

3.3 Abhängige und unabhängige Variablen

Das Ziel der vorliegenden Analyse ist die Überprüfung eines theoriegeleiteten Modells mithilfe von statistischen Regressionsverfahren. Dabei sollen folgende Variablen, welche sich aus dem vorhergehenden Theorieteil dieser Arbeit ableiten lassen, in das Modell integriert werden:

Abhängige Variable

Die abhängigen Variable wurde operationalisiert durch den Index „**psychosoziale Versorgung durch Ärzte**“. Es handelt sich um ein von Ommen et al. (2009) validiertes Konstrukt aus vier KPF-Skalen („Zuwendung von Ärzten“, „Unterstützung durch Ärzte“, „Information“ und „Kotherapie“ (Shared-Decision-Making)), aus denen insgesamt 13 Items ausgewählt wurden.¹⁰⁶ Der Index ist ein Instrument zur Messung der psychosozialen Versorgung durch Ärzte. Folgende Items bilden den Index „psychosoziale Versorgung“:

Zuwendung von Ärzten

- 1) Ich hatte einen festen Ansprechpartner unter den Ärzten/Ärztinnen
- 2) Den Ärzten kann man auch Persönliches anvertrauen
- 3) Die Ärzte führten auch außerhalb der Visite regelmäßige Gespräche mit mir
- 4) Die Ärzte führten die Gespräche mit mir sehr gefühlvoll durch
- 5) Die Ärzte ließen mir Zeit, über wichtige Entscheidungen nachzudenken

Unterstützung durch Ärzte

- 6) Ich konnte mich auf die Ärzte verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte
- 7) Die Ärzte unterstützten mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel
- 8) Die Ärzte waren bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meiner Krankheit anzuhören

¹⁰⁶ Vgl. Ommen et al. (2009).

Information

- 9) Die Ärzte/Ärztinnen auf der Station haben mir alles klar und verständlich erklärt
- 10) Die Ärzte/Ärztinnen auf der Station vermittelten mir ein anschauliches Bild von meiner Krankheit

Kotherapie (Shared-Decision-Making)

- 11) Meine Wünsche wurden bei der Behandlung berücksichtigt
- 12) Die Ärzte wollten, dass ich mich aktiv an der Behandlung beteilige
- 13) Die Ärzte vereinbarten gemeinsam mit mir die Ziele meiner Behandlung

Vorgegeben waren jeweils vier Antwortmöglichkeiten („stimme überhaupt nicht zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“), denen jeweils ein Punktwert von 1 bis 4 zugeordnet wurde.

Der Summenscore der abhängigen Variable „psychosoziale Versorgung durch Ärzte“ ergibt sich durch die Addition der einzelnen Punktwerte und die anschließende Division durch die Anzahl der beantworteten Items, um die ursprüngliche Metrik von 1 bis 4 wieder herzustellen.

Unabhängige Variablen

Unabhängige Variablen sind die Daten zu **Geschlecht**, **Alter**, **Familienstand** und **Staatsangehörigkeit**. Die Angaben zu Geschlecht, Alter, Familienstand und Nationalität erfolgten durch Selbstangabe der Befragten im soziodemografischen Teil des Erhebungsinstrumentes. Die Variable „Familienstand“ wurde in Anlehnung an Helmert et al. (2002) kodiert. Nach Helmert und Mitarbeitern haben Ledige das schlechteste gesundheitliche Risiko (1), gefolgt von Geschiedenen (2), Verwitweten (3) und zuletzt Verheirateten (4).¹⁰⁷

Die Hypothesen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Familienstand“, „Staatsangehörigkeit“ und „psychosoziale Versorgung durch Ärzte“ wurden aus dem theoretischen Teil der Arbeit abgeleitet und lauten folgendermaßen:

H1: Frauen fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹⁰⁸

H2: Alte Menschen fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹⁰⁹

H3: Verheiratete fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹¹⁰

H4: Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹¹¹

Die Variable „**sozialer Status**“ weist auf den überarbeiteten Helmert-Index hin, der auf Bildung, beruflicher Stellung und dem Einkommen basiert.¹¹² Die Festsetzung schließt sich nationalen Empfehlungen an.¹¹³ Die Variable errechnet sich auf der Grundlage der Patientenangaben zur Schulbildung und zur Stellung im Beruf aus dem soziodemografischen Teil des Erhebungsinstrumentes.

Die Berechnung des Index „sozialer Status“ ist in Tabelle 3 dargestellt.¹¹⁴

¹⁰⁷ Vgl. Helmert et al. (2002).

¹⁰⁸ Vgl. Kapitel 2.2 in dieser Arbeit.

¹⁰⁹ Vgl. Kapitel 2.2 in dieser Arbeit.

¹¹⁰ Vgl. Helmert et al. (2002).

¹¹¹ Vgl. Kapitel 2.3.2 in dieser Arbeit.

¹¹² Vgl. Mielck (2000).

¹¹³ Vgl. Jöckel et al. (1998).

¹¹⁴ Vgl. Helmert et al. (1993).

Tabelle 3: Zusammensetzung des Index „sozialer Status“

Schulbildung (höchster Schulabschluss)	Stellung im Beruf (berufliche Stellung)	Punktwert
Keinen Schulabschluss	Arbeiter/in	2
Haupt-/Volksschulabschluss	Angestellte/r, Auszubildende/r, Schüler/in, Student/in, andere berufliche Stellung	3
Realschule, Mittlere Reife, Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)		5
Fachhochschulreife	Beamter/in, Richter/in, Soldat/in	6
Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS)	Selbstständige/r	7

Quelle: nach Helmert et al. (1993)

Für die beiden Merkmale, die diesem Index zugrunde liegen, wird jeweils ein Punktwert vergeben: Für das Merkmal „Schulbildung“ gibt es insgesamt 5 Punktwerte und für das Merkmal „Stellung im Beruf“ insgesamt 4 Punktwerte.

Der weitere Schritt zur Errechnung des „sozialen Status“ bestand darin, die Punktwerte der zwei Merkmale zu addieren, so dass sich Punktwerte zwischen mindestens 4 und höchstens 14 ergaben.

Die Hypothese hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Variablen „sozialer Status“ und „psychosozialer Versorgung durch Ärzte“ lautet folgendermaßen:

H5: Befragte mit höherem sozialen Status fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹¹⁵

¹¹⁵ Vgl. Kapitel 2.3.1 in dieser Arbeit.

Um unterschiedliche Patienteneinstellungen zum Arzt und zu seiner Behandlung zu identifizieren, wurden die zwei KPF-Skalen „**Partizipationsbedürfnis**“ (Cronbach's Alpha-Wert: .82) und „**Paternalismuspräferenz**“ (Cronbach's Alpha-Wert: .75) in den Fragebogen aufgenommen.

Die Items der Skala „Partizipationsbedürfnis“ lauten:

- 1) Ich will bei der Behandlung mitentscheiden können
- 2) Mir ist wichtig, dass ich in die Behandlung einbezogen werde
- 3) Ich möchte bei der Behandlung ein Mitspracherecht haben
- 4) Ich frage den Arzt solange, bis mir alles klar ist
- 5) Die Entscheidungen sollten von Arzt und Patient gleichermaßen getroffen werden
- 6) Ich möchte dem Arzt meine Auffassung über die Ursachen meiner Beschwerden mitteilen

Die Skala „Paternalismuspräferenz“ wird aus folgenden Items gebildet:

- 1) Meine Gesundheit ist Sache des Arztes
- 2) Man sollte den Vorschlägen des Arztes ganz und gar folgen
- 3) Der Arzt als Fachmann sollte mir sagen, was ich zu tun habe
- 4) Als medizinischer Laie sollte ich dem Arzt die Entscheidungen überlassen

Für beide Skalen hatten die Patienten jeweils folgende vier Antwortmöglichkeiten: 1) „Stimme überhaupt nicht zu“, 2) „Stimme eher nicht zu“, 3) „Stimme eher zu“ und 4) „Stimme voll und ganz zu“. Den Antwortmöglichkeiten konnte jeweils ein Punktwert von 1 bis 4 zugeordnet werden. Die Addition der einzelnen Punktwerte und die anschließende Division durch die Anzahl der beantworteten Items führt zum Summenscore der jeweiligen Variable.

Die Hypothesen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen den Variablen Partizipationsbedürfnis, Paternalismuspräferenz und der psychosozialen Versorgung durch Ärzte lauten folgendermaßen:

H6: Befragte mit höherem Partizipationsbedürfnis fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹¹⁶

H7: Befragte mit einer höheren Paternalismuspräferenz fühlen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt.¹¹⁷

¹¹⁶ Vgl. Kapitel 2.3.3 in dieser Arbeit.

¹¹⁷ Vgl. Kapitel 2.3.3 in dieser Arbeit.

3.4. Dateneingabe und statistische Auswertung

Die statistische Analyse der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wurde mit dem Statistikpaket SPSS (Version 17.0) durchgeführt. In einem ersten Schritt wurde eine einfache Zusammenhangsanalyse (Korrelationsmatrix mit Pearsons r) berechnet. Im zweiten Schritt wurden die unabhängigen Variablen („Alter“, „Geschlecht“, „Familienstand“, „Staatsangehörigkeit“, „sozialer Status“, „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“) in ein lineares Regressionsmodell integriert.

Multiple lineare Regression

Die lineare Regressionsanalyse ist ein statistisches Analyseverfahren, welches zur Untersuchung von Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen eingesetzt wird. Die lineare Regressionsanalyse wird eingesetzt, um Zusammenhänge quantitativ zu beschreiben und zu erklären. Der originäre Anwendungsbereich der linearen Regressionsanalyse ist die Untersuchung von Kausalbeziehungen. Diese Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge können auch als „Je-Desto-Beziehungen“ bezeichnet werden. Bei der einfachen linearen Regression wird eine solche Beziehung zwischen der einen abhängigen Variable und der einen unabhängigen Variable untersucht. In vielen Fällen liegt jedoch kein monokausaler Zusammenhang vor und die abhängige Variable wird durch mehrere Größen beeinflusst.¹¹⁸ In diesen Fällen wird die multiple lineare Regressionsanalyse angewandt.

Bei der Bezeichnung „abhängige Variable“ und „unabhängige Variable“ muss jedoch beachtet werden, dass es sich bei der in der multiplen linearen Regressionsanalyse unterstellten Kausalbeziehung oft um Hypothesen handelt. Das heißt, dass sie auf vorherigen Annahmen des Untersuchers beruhen. Die Hypothesen müssen jeweils vor der Einführung in ein Regressionsmodell auf Plausibilität geprüft werden, dazu bedarf es theoretischer Überlegungen des Forschers. Backhaus et al. (2008) betonen ausdrücklich, dass sich mithilfe einer Regressionsanalyse Kausalitäten nicht zweifelsfrei nachweisen lassen. Es können lediglich Korrelationen zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen unter der sogenannten statistischen Kontrolle

¹¹⁸ Vgl. Backhaus et al. (2008), S. 52 f.

der anderen unabhängigen Variablen nachgewiesen werden. Die multiple lineare Regressionsanalyse kann jedoch somit mehr leisten als eine einfache Korrelationsanalyse, die nur bivariate Beziehungszusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen aufzeigt.¹¹⁹

Umgang mit fehlenden Werten

In der empirischen Sozialforschung stellen sogenannte „Missing Values“ generell ein Problem dar. Unter „Missing Values“ sind fehlende Werte im Datensatz zu verstehen, die zum Beispiel auf nicht ausgefüllte Felder in einem Fragebogen zurückzuführen sind. Leere Felder bei Befragungen können unter anderem darauf basieren, dass Personen die Antworten verweigern, zum Beispiel weil die Beantwortung der Frage dem Befragten zu persönlich erscheint. Fehlende Werte können jedoch auch andere Ursachen haben. Beispielsweise kann der Befragte beim Ausfüllen des Fragebogens eine oder mehrere Fragen übersehen. Die fehlenden Werte stellen nur dann ein Problem dar, wenn ein Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit des Fehlens eines Wertes und dem zu untersuchenden Sachverhalt anzunehmen ist. Bei einer Studie zum Thema Einkommen könnte dies bei der Frage nach dem Einkommen der Fall sein, wenn zu vermuten wäre, dass Personen mit niedrigem Einkommen – zum Beispiel aus Scham – vermehrt die Auskunft verweigern. Das Fehlen der Werte ist dann beliebig und unbedeutend, wenn Werte „zufällig“ fehlen und nicht mit der abgefragten Variable in Verbindung stehen.

Zum Umgang mit fehlenden Werten bieten sich zwei Möglichkeiten an: das „Ausschlussverfahren“ oder das „Ersatzwertverfahren“. Das konservativste Verfahren ist der komplette Ausschluss aller Datensätze, die keine vollständigen Angaben beinhalten. Alle Fälle mit mindestens einem fehlenden Datensatz werden mit diesem Verfahren aus der Analyse ausgeschlossen. Diese Methode hat den Nachteil, dass es zu einem erheblichen Datenverlust kommen kann. Ein anderes Ausschlussverfahren ist der variablenweise Ausschluss von Fällen. Bei diesem Verfahren sind der fallweise Ausschluss und der paarweise Ausschluss zu unterscheiden. Bei dem fallweisen Ausschluss werden einzelne Fälle aus dem Datensatz komplett entfernt, die besonders viele Missing Values aufweisen. Auch

¹¹⁹ Vgl. Backhaus et al. (2008), S. 53.

hier ist die Gefahr des Verlustes von relevantem Datenmaterial gegeben. Bei dem paarweisen Ausschluss wird mit den gültigen Werten eines Datensatzes weitergearbeitet, auch wenn dieser fehlende Werte aufweist. Dadurch bleiben Fälle erhalten und der Stichprobenumfang reduziert sich nicht. Das Verfahren des paarweisen Ausschlusses kann jedoch zu Asymmetrien führen, so dass der fallweise Ausschluss das weitaus häufigste angewandte Ausschlussverfahren ist. Die zweite Möglichkeit für den Umgang mit fehlenden Werten ist das sogenannte „Ersatzwertverfahren“. Beim Ersatzwertverfahren können fehlende Werte über induktive und statistische Verfahren ersetzt werden. Ein einfacher Weg ist zum Beispiel der „Mittelwertersatz“. Fehlende Werte werden durch die Mittelwerte der entsprechenden Variablen ersetzt.¹²⁰

Um eine Reduktion des vorhandenen Datensatzes zu vermeiden, wurden für die Analyse dieser Arbeit folgende Verfahren angewandt:

In einem ersten Schritt wurden alle Studienteilnehmer mit einem Anteil von mehr als 30 Prozent fehlender Werte aus der Analyse des operationalisierten Index „psychosoziale Versorgung durch Ärzte“ mit den vier KPF-Skalen „Zuwendung von Ärzten“, „Unterstützung durch Ärzte“, „Information“ und „Kotherapie (Shared-Decision-Making)“ ausgeschlossen. Der Anteil der fehlenden Werte der übrigen Studienteilnehmer wurde durch den sogenannten „Expectation-Maximization-Algorithmus“ ersetzt. Die Imputationen wurden mit der Software NORM durchgeführt. Der Expectation-Maximization-Algorithmus beruht auf einer iterativen Maximum-Likelihood-Methode.¹²¹ Dieses Verfahren wird bei der Ersetzung von fehlenden Werten zur Verhinderung statistischer Verzerrungen (Bias) – insbesondere bei nicht auf Zufall basierenden Missing-Data-Prozessen – empfohlen.¹²² Auf der Basis der obigen Regel konnten von den 2470 Patientendaten 11 Prozent (= 273 Patientendatensätze) nicht in die weitere Analyse einbezogen werden. Die Daten der verbliebenen 2197 Patienten wurden – wo nötig – mithilfe des beschriebenen Ersatzwertverfahrens imputiert.

¹²⁰ Vgl. Backhaus et al. (2008) sowie Fahrmeir et al. (1999).

¹²¹ Ziel der Maximum-Likelihood-Methode ist die Schätzung unbekannter Parameter zur Beschreibung einer Stichprobe. Die Parameter, die die Einflussgewichte der unabhängigen Variablen widerspiegeln, werden so bestimmt, dass die Wahrscheinlichkeit, die beobachtenden Erhebungsdaten zu erhalten, maximiert wird. Vgl. Backhaus et al. (2008).

¹²² Vgl. Allison (2001) sowie Schafer und Graham (2002).

In einem zweiten Schritt erfolgte für die unabhängigen Variablen „Paternalismuspräferenz“ und „Partizipationsbedürfnis“ eine Mittelwert-Imputation der fehlenden Werte. Bei diesem Verfahren wurden keine Variablen ausgeschlossen, sondern „Durchschnittswerte“ für die fehlenden Werte pro Variable eingefügt.¹²³

In einem dritten Schritt wurden diejenigen Studienteilnehmer aus der Analyse ausgeschlossen, die bei den unabhängigen Variablen „sozialer Status“, „Familienstand“, „Alter“, „Staatsangehörigkeit“ und „Geschlecht“ keinerlei Angaben gemacht haben. Durch dieses Verfahren mussten weitere 205 Datensätze ausgeschlossen werden. Somit konnten letztendlich 1992 Patientendaten in die Analyse einbezogen werden.

Limitation

Aufgrund fehlender Angaben über die einzelnen Befragungsmodalitäten (Inhouse-Befragung vs. postalische Befragung vs. Befragung vor Ort) konnten diese Aspekte in der vorliegenden Untersuchung nicht miteinbezogen werden. Daher finden Informationen über das Antwortverhalten und die eventuell daraus resultierende „soziale Erwünschtheit“ in dieser Arbeit keine Berücksichtigung.

Zudem muss berücksichtigt werden, dass es sich um eine lokale Stichprobe handelt, die durch Ein- und Ausschlusskriterien definiert war, so dass es sich um ein selektives Patientengut handelt. Daher dürfen die Ergebnisse nicht vorbehaltlos auf die Verhältnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Patientenbefragung übertragen werden.

Als weitere methodische Einschränkung der Aussagekraft muss berücksichtigt werden, dass die Stichprobe nicht repräsentativ gezogen wurde, sondern nach Verfügbarkeit ausgewählt wurde. Der „Dropout“ könnte gegebenenfalls zu systematischen Verzerrungen geführt haben.

¹²³ Vgl. Backhaus et al. (2008).

4. Ergebnisse

4.1 Deskriptive Auswertung

Die deskriptiven Statistiken der in Kapitel 3.3 eingeführten Ziel- und Kontrollvariablen sollen im folgenden Abschnitt dargestellt werden. Tabelle 4 gibt zunächst einen allgemeinen Überblick über Anzahl, arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Minimum und Maximum der abhängigen Variable „psychosoziale Versorgung“ sowie der sieben unabhängigen Variablen („Alter“, „Geschlecht“, „Familienstand“, „Staatsangehörigkeit“, „sozialer Status“, „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“), die in die nachfolgende Analyse einbezogen werden.

Tabelle 4: Deskriptive Statistiken

Variable	Variablen- und Werte-Label	N¹	Mittelwert/ Verteilung²	Sd³	Min⁴	Max⁵
ALTER	Alter bei der Erhebung (in Jahren)	1992	49.58	18.37	18	97
GESCHLECHT	Geschlecht					
	1=männlich	1992	1480	74.3 %		
	2=weiblich		512	25.7 %		
FAMSTAND	Familienstand					
	1=ledig		525	26.4 %		
	2=geschieden		139	7.0 %		
	3=verwitwet		144	7.2 %		
	4=verheiratet	1992	1184	59.4%	1	4
STAATS- ANGEHÖRIGKEIT	Staatsangehörigkeit					
	deutsch		1895	95.1 %		
	andere	1992	97	4.9 %		
SES	Sozialer Status nach Helmert et al. (2002) aus Bildung und Stellung im Beruf	1992	8.47	2.65	4	14
PSV	Psychosoziale Versorgung	1992	12.49	2.53	4	16
PARTIZIP	KPF-Skala Partizipationsbedürfnis	1992	3.43	.48	1	4
PATERNAL	KPF-Skala Paternalismuspräferenz	1992	2.82	.61	1	4

¹Anzahl, ²arithmetisches Mittel bzw. Verteilung, ³Standardabweichung, ⁴Minimum, ⁵Maximum
Daten: KPF (Pfaff et al. 2003d)

Alter

Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 50 Jahren. Der jüngste Patient der vorliegenden Studie ist zum Zeitpunkt der Befragung 18 Jahre alt, der älteste ist 97 Jahre alt. Die Standardabweichung beträgt 18.38 Jahre.

Geschlecht

Unter den 1992 befragten Patienten sind 512 Frauen (25,7 %) und 1480 Männer (74,3 %).

Familienstand

Von den 1992 Befragten der Studie waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung 525 Befragte ledig (26,36 %), 139 Befragte waren geschieden (6,98 %), 144 Befragte waren verwitwet (7,23 %) und 1184 Befragte waren verheiratet (59,43 %).

Staatsangehörigkeit

Unter den 1992 befragten Studienteilnehmern hatten 1895 Befragte die deutsche Staatsangehörigkeit (95,13 %). 97 Befragte hatten eine andere Staatsangehörigkeit als die deutsche (4,87 %).

Sozialer Status

Die Variable „sozialer Status“ wird auf der Grundlage der soziodemografischen Angaben Bildung und Stellung im Beruf berechnet (siehe Kapitel 3.3). Der Mittelwert liegt bei 8.47, die Standardabweichung beträgt 2.65. Der niedrigste Wert liegt bei 4 und der höchste Wert bei 14.

Psychosoziale Versorgung

Der Mittelwert der abhängigen Variable „psychosoziale Versorgung“ liegt bei 12.49, die Standardabweichung bei 2.53. Der niedrigste Wert liegt bei 4, der höchste Wert liegt bei 16.

Partizipationsbedürfnis der Patienten

Der Mittelwert der Skala „Partizipationsbedürfnis“ liegt bei 3.43, die Standardabweichung beträgt 0.48. Der niedrigste Wert ist 1, der höchste 4.

Paternalismuspräferenz der Patienten

Der Mittelwert dieser Skala liegt bei 2.82, die Standardabweichung beträgt 0.61. Der niedrigste Wert ist 1, der höchste 4.

4.2 Ergebnisse der Korrelationsanalyse

Um die Frage zu klären, ob es Zusammenhänge zwischen den unabhängigen Variablen (Einflussvariablen) und der abhängigen Variable (Zielvariable) gibt, erfolgte im ersten Schritt eine Zusammenhangsanalyse. Für die Variablen „Geschlecht“, „Familienstand“ und „Staatsangehörigkeit“ wurden die Mittelwerte berechnet, da diese Variablen das Anforderungsniveau von Korrelationen nicht erfüllen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 und Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 5: Ergebnisse der Korrelationsanalyse

	PSV	ALTER	SES	PARTIZIP	PATERNAL
PSV	1	.164***	-.044	.122***	.305***
ALTER	.164***	1	-.268***	-.031	.361***
SES	-.044	-.268***	1	.034	-.286***
PARTIZIP	.122***	-.031	.034	1	-.035
PATERNAL	.305***	.361***	-.286***	-.035	1

*= $p \leq 0.05$; **= $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$

Daten: KPF (Pfaff et al. 2003d)

Die Korrelationsanalyse ergab, dass folgende signifikante Zusammenhänge bestehen:

1. Je höher das Alter der Patienten ist, desto besser fühlen sich die Patienten psychosozial versorgt.
2. Je größer das Partizipationsbedürfnis der Patienten ist, desto besser fühlen sich die Patienten psychosozial versorgt.
3. Je ausgeprägter die Paternalismuspräferenz der Patienten ist, desto besser fühlen sich die Patienten psychosozial versorgt.
4. Je ausgeprägter die Paternalismuspräferenz der Patienten ist, desto höher ist das Alter der Patienten.
5. Je geringer die Paternalismuspräferenz der Patienten ausgeprägt ist, desto höher ist ihr sozialer Status.

Tabelle 6: Mittelwerte der Variablen „Geschlecht“, „Familienstand“ und „Staatsangehörigkeit“

(abhängige Variable = „psychosoziale Versorgung“)

Variable	Mittelwert	N
<u>Geschlecht</u>		
männlich	12.54	1480
weiblich	12.35	512
<u>Familienstand</u>		
ledig	11.92	525
geschieden	12.48	139
verwitwet	12.95	144
verheiratet	12.69	1184
<u>Staatsangehörigkeit</u>		
deutsch	12.50	1895
andere	12.49	97

Daten: KPF (Pfaff et al. 2003d)

Durch die Berechnung der Mittelwerte können folgende Ergebnisse festgehalten werden:

1. Männer fühlen sich nur in einem geringen Ausmaß durchschnittlich besser psychosozial versorgt als Frauen.
2. Ledige fühlen sich durchschnittlich geringer psychosozial versorgt als Verheiratete, Geschiedene und Verwitwete.
3. Verwitwete Patienten fühlen sich durchschnittlich am stärksten psychosozial versorgt.
4. Die Staatsangehörigkeit hat keinen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene psychosoziale Versorgung.

4.3 Ergebnisse der linearen Regression

Nachdem die Korrelationsanalyse und Mittelwertsanalyse abgeschlossen war, wurde mithilfe einer multiplen linearen Regression im weiteren Verlauf der Einfluss der fünf unabhängigen Variablen („Alter“, „Geschlecht“, „sozialer Status“, „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“) auf die abhängige Variable („psychosoziale Versorgung“) überprüft. Die unabhängige Variable „Staatsangehörigkeit“ wurde nicht dem Regressionsmodell zugeführt, weil die Mittelwertsanalyse keinen Zusammenhang zwischen „Staatsangehörigkeit“ und „psychosozialer Versorgung“ ergeben hat. Das Problem der Multikollinearität lag in der vorliegenden Analyse nicht vor, da erst bei einer Korrelation > 0.8 (siehe Tabelle 5 – Ergebnisse der Korrelationsanalyse) zwischen den unabhängigen Variablen von einer problematischen Multikollinearität ausgegangen wird.¹²⁴

Tabelle 7 (Ergebnisse der multiplen linearen Regression) zeigt das Ergebnis einer schrittweisen multiplen linearen Regression mit der psychosozialen Versorgung als abhängige Variable, bei der im ersten Schritt die soziodemografischen Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „sozialer Status“ in die Analyse einbezogen wurden. In einem zweiten Schritt sind die Variablen „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“ in das Analysemodell eingegangen.

Um einen Vergleich zwischen den Regressionsmodellen ziehen zu können, wird im Folgenden auf das sogenannte „korrigierte R-Quadrat“ eingegangen, da dieser Koeffizient unabhängig von der Zahl der ins Modell eingeführten unabhängigen Variablen ist.¹²⁵ Dies ist nötig, da bei den einzelnen Schritten eine ungleiche Anzahl von unabhängigen Variablen besteht. Eine erhöhte erklärte Varianz wäre sonst nur auf eine erhöhte Anzahl von Variablen zurückzuführen.

Im ersten Schritt werden die soziodemografischen Variablen „Alter“, „Geschlecht“ und „sozialer Status“ eingeführt, um zu zeigen, wie viel Varianz durch die alleinige Einführung dieser sozialstrukturellen Variablen erklärt werden kann. Die erklärte Varianz beträgt 3,2 Prozent. Im zweiten Schritt folgen die persönlichkeitsbezogenen

¹²⁴ Zum Problem der Multikollinearität vgl. Katz (1999) sowie Backhaus et al. (2000).

¹²⁵ Vgl. Nie et al. (1975).

Einflussfaktoren „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“, um die zusätzlich erklärte Varianz zu ermitteln, welche durch diese Variablen erzielt werden kann. Die erklärte Varianz im zweiten Schritt beträgt 11,9 Prozent.

Tabelle 7: Ergebnisse der multiplen linearen Regression

(abhängige Variable = „psychosoziale Versorgung“)

Variable	1. Schritt	2. Schritt
(Konstante)	11.928 ***	6.053 ***
Alter	.024 *** (.177)	.012 *** (.086)
Geschlecht	-.431 *** (-.074)	-.272 * (-.047)
Sozialer Status	-.012 (-0.12)	.046 * (.048)
Partizipationsbedürfnis		.709 *** (.136)
Paternalismuspräferenz		1.197 *** (.292)
R ²	.032	.119
Korrigiertes R ²	.030	.117

Beta (standardisierter Regressionskoeffizient) in Klammer; * = $p \leq 0.05$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.001$

Daten: KPF (Pfaff et al. 2003d)

Die Ergebnisse der multiplen linearen Regression zeigen:

Im ersten Schritt der multiplen linearen Regression besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen „Alter“ und „psychosozialer Versorgung“ und zwischen „Geschlecht“ und „psychosozialer Versorgung“. Zwischen der Kontrollvariable „sozialer Status“ und der Zielvariable „psychosoziale Versorgung“ konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Es können folgende Aussagen geschlossen werden:

1. Je älter der befragte Patient ist, desto besser ist seine subjektiv wahrgenommene psychosoziale Versorgung durch den Arzt.
2. Männliche Patienten fühlen sich subjektiv besser durch den Arzt versorgt.

Die Kontrollvariable „Alter“ spielt den gewichtigsten Part bezüglich der Beta-Koeffizienten mit einem Wert von .177.

Im zweiten Schritt der multiplen linearen Regression wurden die Kontrollvariablen „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“ in die Analyse eingeführt. In diesem Schritt zeigt sich, dass alle fünf Variablen („Alter“, „Geschlecht“, „sozialer Status“, „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“) einen signifikanten Zusammenhang aufweisen. Auffallend ist, dass der „soziale Status“ unter Kontrolle von „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“ – im Gegensatz zum ersten Schritt der Regression – signifikant ist ($p < 0.05$). Mit anderen Worten: Wenn persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren im Modell kontrolliert werden, hat sozialer Status einen positiven Einfluss auf die psychosoziale Versorgung. Bei der Variable „Geschlecht“ sinkt das Signifikanzniveau von $p = 0.001$ auf ein Signifikanzniveau von $p < 0.05$. Es können zusätzlich zu den in Schritt eins getroffenen Aussagen folgende Ergebnisse festgehalten werden:

1. Je höher der soziale Status eines Patienten ist, desto besser fühlt er sich psychosozial durch die Ärzte versorgt.
2. Je größer das Partizipationsbedürfnis eines Patienten ist, desto besser fühlt er sich psychosozial durch die Ärzte versorgt.
3. Je stärker die Paternalismuspräferenz eines Patienten ausgeprägt ist, desto besser fühlt er sich psychosozial versorgt.

Die Kontrollvariable „Paternalismuspräferenz“ spielt den gewichtigsten Part bezüglich der Beta-Koeffizienten mit einem Wert von .292.

Im Nachfolgenden werden die theoriegeleiteten Hypothesen den Ergebnissen der multiplen linearen Regression gegenübergestellt:

1. Die formulierten Hypothesen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen „Geschlecht“ (Hypothese 1), „Familienstand“ (Hypothese 3), „Staatsangehörigkeit“ (Hypothese 4) und der subjektiv wahrgenommenen psychosozialen Versorgung konnten nicht bestätigt werden.
2. Die 1. Hypothese postulierte einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der ärztlichen psychosozialen Versorgung, nämlich, dass Frauen sich besser psychosozial versorgt fühlen. Diese Hypothese konnte in der Analyse nicht bestätigt werden. Im Gegenteil: Es wurde ein Zusammenhang dahingehend bestätigt, dass Männer sich besser psychosozial versorgt fühlen.
3. Die 3. Hypothese, die besagte, dass Verheiratete sich besser psychosozial durch die Ärzte versorgt fühlen, konnte nicht bestätigt werden. Die Analyse ergab, dass sich verwitwete Patienten besser psychosozial versorgt fühlten als verheiratete Patienten. Verheirate fühlten sich jedoch besser psychosozial versorgt als geschiedene, welche sich wiederum besser psychosozial versorgt fühlen als ledige Patienten. Es muss angemerkt werden, dass die Mittelwerte jeder Gruppe sehr nah beieinanderlagen (Verwitwete = 12.95 bis Ledige = 11.92).
4. Die Formulierung der 4. Hypothese, dass sich Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit besser ärztlich psychosozial versorgt fühlen, konnte ebenfalls nicht bestätigt werden. Laut den Ergebnissen besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Staatsangehörigkeit und der psychosozialen Versorgung.
5. Die formulierten Hypothesen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen Alter (Hypothese 2), Partizipationsbedürfnis (Hypothese 6) und Paternalismuspräferenz (Hypothese 7) und der subjektiv wahrgenommenen psychosozialen Versorgung konnten sowohl mithilfe einer Korrelationsanalyse als auch mithilfe einer multiplen linearen Regression bestätigt werden.

6. Die Hypothese, dass Befragte mit einem hohen sozialen Status sich psychosozial besser versorgt fühlen (Hypothese 5), kann ebenfalls bestätigt werden, jedoch nur unter Kontrolle von „Partizipationsbedürfnis“ und „Paternalismuspräferenz“ im zweiten Schritt der linearen Regressionsanalyse. Weder in der Korrelationsanalyse noch im ersten Schritt der linearen Regression konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der psychosozialen Versorgung bestätigt werden.

5. Diskussion und Ausblick

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die Fragestellung, welche Faktoren einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene psychosoziale Versorgung im Krankenhaus haben. Der Schwerpunkt der Untersuchung lag dabei auf den Faktoren soziale Ungleichheit und persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren. Soziodemografische und sozioökonomische Einflussfaktoren bilden die soziale Ungleichheit. Persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren sind Paternalismuspräferenz und Partizipationsbedürfnis. Die in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der theoriegeleiteten Hypothesen und des derzeitigen Forschungsstandes diskutiert.

Soziale Ungleichheit

Die auf der Theorie basierenden Hypothesen 1 bis 5 beziehen sich auf die soziale Ungleichheit. Dabei wurde festgestellt, dass alle soziodemografischen und sozioökonomischen Einflussfaktoren – außer der Staatsangehörigkeit (Hypothese 4) – Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene psychosoziale Versorgung im Krankenhaus haben. Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Staatsangehörigkeit und der psychosozialen Versorgung. Dieses Ergebnis ist jedoch kritisch zu bewerten, da aufgrund der niedrigen Fallzahl ausländischer Befragter (4,9 %) keine aussagekräftigen Rückschlüsse gezogen werden können. Es ist nicht auszuschließen, dass bei einer Befragung mit einer größeren Fallzahl ausländischer Befragter durchaus ein Zusammenhang vorgefunden werden kann.

Die Hypothese 1, dass Frauen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen, kann nicht bestätigt werden. Das Geschlecht hat zwar Einfluss auf die psychosoziale Versorgung, aber das Ergebnis der Untersuchung zeigt, dass sich Männer signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen.

Vergleicht man die Verteilung der Befragten dieser Studie mit der Verteilung der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, sind Männer mit 74 Prozent der Befragten im Vergleich zu 49 Prozent der Gesamtbevölkerung deutlich stärker vertreten. Dies lässt sich vermutlich damit erklären, dass die Befragungen zum Teil in Bundeswehrkrankenhäusern durchgeführt wurden. Obwohl Bundeswehrkrankenhäuser auch für die Allgemeinbevölkerung zugänglich sind, ist davon

auszugehen, dass ein wesentlich größerer Teil der Patienten Bundeswehrangehörige sind. Die meisten Bundeswehrangehörigen sind männlich und deutsch. Dieser Tatbestand erklärt zudem den geringeren Anteil von Ausländern der Studie (rund 5 Prozent) im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (rund 8 Prozent).¹²⁶

Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse, dass die Hypothesen 1 und 4 nicht bestätigt werden können, kritisch zu bewerten.

Die Hypothese 2, dass alte Menschen sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen, wurde bestätigt. Je älter Personen sind, desto besser fühlen sie sich psychosozial versorgt. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt mit 50 Jahren über dem Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland mit 44 Jahren. Da in der Studie ausschließlich Daten von Personen ab 18 Jahren erhoben wurden, ist das Durchschnittsalter höher als bei einem Datensatz, der die Altersgruppe der 0- bis 18-Jährigen einschließt.¹²⁷ Zu vermuten ist, dass zum Beispiel durch Vereinsamung bei älteren Menschen der Anspruch an Zuwendung, Unterstützung und Information relativ gering ist. Daher sind sie empfänglicher für jede Art von Zuwendung und Unterstützung und fühlen sich eher besser psychosozial versorgt als jüngere Menschen.

Die Hypothese 3, dass Verheirate sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen, wurde nicht bestätigt. Der Einfluss des Familienstandes auf die psychosoziale Versorgung besteht vielmehr darin, dass sich Verwitwete am besten psychosozial versorgt fühlen. Es ist anzumerken, dass die Mittelwerte der Ledigen, Geschiedenen, Verwitweten und Verheirateten sehr nah beieinanderlagen und die Gruppe der Verheirateten immerhin 58 Prozent betrug und somit mehr als die Hälfte aller Befragten ausmachte. Der Umstand, dass sich Verwitwete besser psychosozial versorgt fühlen, könnte darauf zurückzuführen sein, dass verwitwete Personen in der Regel zu der Gruppe der älteren Menschen zählen, so dass die mögliche Interpretation bezüglich älterer Menschen auch auf Verwitwete zutrifft.

¹²⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (2008).

¹²⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2008) sowie CIA – The World Factbook (2009).

Die Hypothese 5, dass Befragte mit höherem sozialen Status sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen, wurde bestätigt. Je höher der soziale Status einer Person ist, desto besser fühlt sie sich psychosozial versorgt. Dieses Ergebnis wurde nur unter Kontrolle der persönlichkeitsbezogenen Einflussfaktoren „Paternalismuspräferenz“ und „Partizipationsbedürfnis“ signifikant. Dies könnte als Hinweis darauf gedeutet werden, dass der Einfluss der Variablen „sozialer Status“ auf die psychosoziale Versorgung lediglich durch persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren zustande kommt. Eine weitere mögliche Erklärung wäre, dass der nicht signifikante Einfluss der Variablen „sozialer Status“ auf die psychosoziale Versorgung im ersten Regressionsmodell lediglich dadurch zustande kommt, dass persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren den durchaus vorhandenen Einfluss des sozialen Status unterdrücken. Dies wird zudem deutlich, wenn noch einmal die Korrelationsmatrix herangezogen wird. Sozialer Status korreliert in hohem Maße negativ mit Paternalismuspräferenz. Paternalismuspräferenz wiederum korreliert sehr stark positiv mit der psychosozialen Versorgung. Mit anderen Worten: Kontrolliert man für die Paternalismuspräferenz der Befragten, so fühlen sich Befragte mit einem höheren sozialen Status besser versorgt als Befragte mit einem niedrigeren sozialen Status, bei gleicher Paternalismuspräferenz. Wie im Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit von Mielck dargelegt wird, haben Personen mit höherem sozialen Status mehr Möglichkeiten, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen als Personen mit niedrigerem sozialen Status.¹²⁸ Sie haben unter anderem die Möglichkeit, sich eine, ihren Wünschen entsprechende, medizinische Versorgung auszuwählen, in der sie sich besser psychosozial versorgt fühlen. Höherer Status bedeutet unter anderem auch bessere Bildung, daher sind Probleme der Asymmetrie zwischen Arzt und Patient weniger vorhanden, denn der Patient ist eher in der Lage, Informationen zu verstehen, zu erfragen und sich zusätzlich selbst zu beschaffen. Außerdem benutzen Arzt und Patient, wenn sie über den gleichen sozialen Status verfügen, den sogenannten elaborierten Sprachcode. Dies erleichtert die Kommunikation zwischen den beiden Personengruppen.

¹²⁸ Vgl. Kapitel 2.3.1 dieser Arbeit.

Persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren

Die Hypothese 6, dass Befragte mit höherem Partizipationsbedürfnis sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen, wurde bestätigt. Je ausgeprägter das Partizipationsbedürfnis eines Patienten, desto besser fühlt er sich psychosozial versorgt.

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass das Partizipationsbedürfnis, also der Wunsch des Patienten in der Behandlung einbezogen zu sein, einen Einfluss auf die subjektiv wahrgenommene psychosoziale Versorgung durch den Arzt hat. Befragte, die an medizinischen Entscheidungen beteiligt sein wollen, fühlen sich vom Arzt mehr unterstützt, mehr in die Therapie eingebunden und in größerem Maße mit Informationen und Zuwendungen versorgt, als diejenigen Patienten, die sich nicht an medizinischen Entscheidungen beteiligen wollen.

Diese Erkenntnisse stehen mit dem Shared-Decision-Making-Modell in Einklang.¹²⁹

Nach diesem Modell ist es Aufgabe des Arztes, dem Patienten bei der geeigneten Therapiewahl zu helfen, ihn zu unterstützen und die Selbstbestimmung zu erhöhen beziehungsweise zu stärken. Dadurch kann unter anderem die Akzeptanz medizinischer Maßnahmen erhöht werden. Die Aufgabe des Arztes ist es in diesem Zusammenhang, in Gesprächen herauszufinden, ob und in welchem Umfang das Partizipationsbedürfnis von Patienten vorhanden ist.

Die Hypothese 7, dass Befragte mit einer höheren Paternalismuspräferenz sich signifikant psychosozial besser durch Ärzte versorgt fühlen, wurde bestätigt. Je ausgeprägter die Paternalismuspräferenz eines Patienten, desto besser fühlt er sich psychosozial versorgt.

Es gibt Patienten, die ihre Gesundheit allein in die Hände des Arztes legen und erwarten, dass dieser maßgeblich die Therapie bestimmt. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit weisen darauf hin, dass eben diese Patienten mit einer erhöhten Präferenz zu Paternalismus vermehrt zu der Gruppe der älteren Patienten gehören. Auch für paternalistisch orientierte Menschen können die Rückschlüsse, dass ältere Menschen empfänglicher für jede Art von Zuwendung und Unterstützung sind und sich deshalb besser psychosozial versorgt fühlen, zutreffend sein.

¹²⁹ Vgl. Charles et al. (1997).

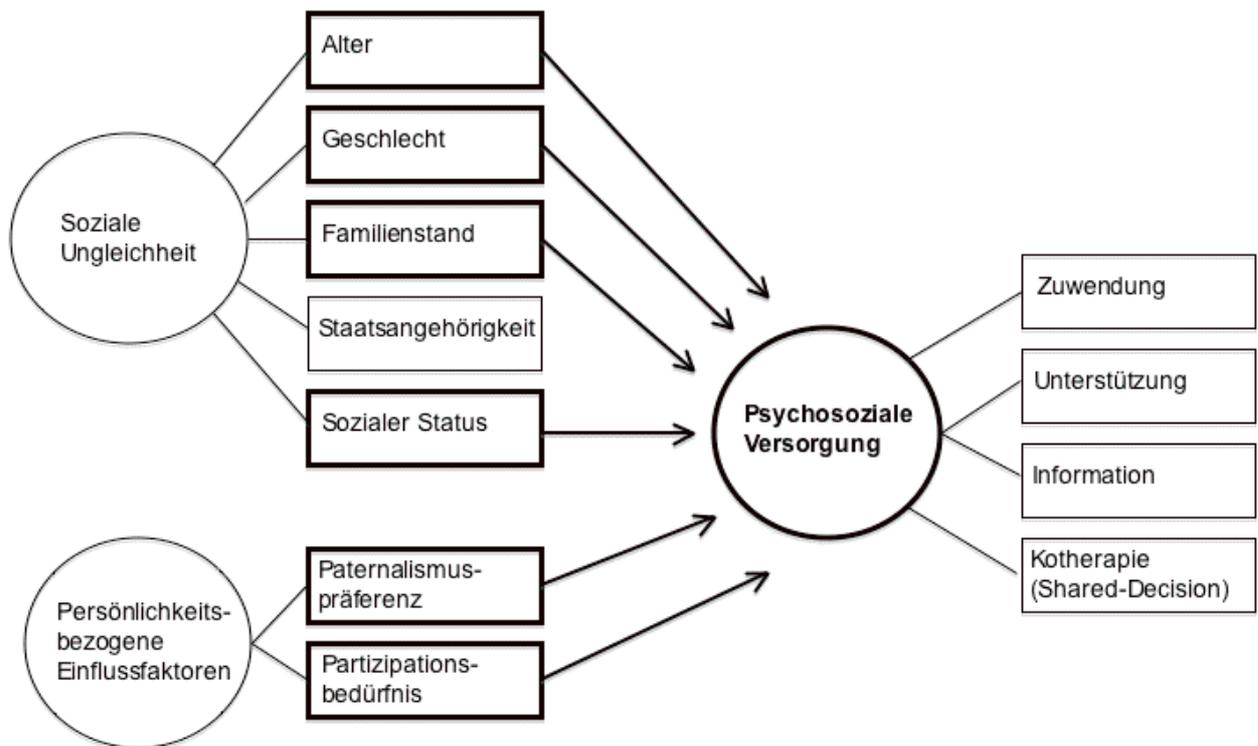
Erkennt der Arzt, dass der Patient Paternalismus präferiert, kann er dementsprechend handeln und auf die jeweiligen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten eingehen. Es besteht jedoch die Gefahr, dass der Arzt durch zu viel Informationsvermittlung den Patienten überfordert beziehungsweise verunsichert. Für den Aufbau einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient ist es deshalb für den Arzt nicht nur wichtig zu erkennen, sondern auch zu verstehen, um welchen „Patiententyp“ es sich handelt, um daraus jeweils die optimale ärztliche Behandlung abzuleiten.

Es erscheint zunächst gegensätzlich, dass sowohl Patienten mit starker Paternalismuspräferenz als auch Patienten mit ausgeprägtem Partizipationsbedürfnis sich gut psychosozial versorgt fühlen. Da die Befragung die subjektive Wahrnehmung der Patienten misst, kann zum Beispiel das Item „Die Ärzte/Ärztinnen auf der Station haben mir alles klar und verständlich erklärt“ ausdrücken, dass sowohl der Wunsch nach viel Information über die Krankheit gestillt wird, als auch die reine Mitteilung über die Diagnose als zufriedenstellend wahrgenommen wird. Ebenso kann das Item „Die Ärzte waren bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meiner Krankheit anzuhören“ als soziale Unterstützung durch den Arzt empfunden werden, wenn eine kurze Symptom- oder Problembeschreibung erfolgte oder auch wenn ein ausführliches Gespräch zwischen Arzt und Patient über Ursachen und Krankheitsbild sowie mögliche Hilfen zur Krankheitsbewältigung stattgefunden hat. Je stärker die Präferenz zu Paternalismus beziehungsweise je stärker das Bedürfnis nach Partizipation ausgeprägt ist, desto besser kann der Arzt es erkennen und sein Handeln diesen Bedürfnissen anpassen, um die psychosoziale Versorgung zu verbessern. Ist beispielsweise das Partizipationsbedürfnis sehr groß, wird der Patient mehr Informationen fordern, so dass der Arzt dieser Forderung nach vielen Informationen eher nachkommen wird und der Patient sich entsprechend gut versorgt fühlt.

Analysemodell

Das in dieser Arbeit entwickelte eigene Analysemodell, welches auf den Theorien der sozialen Unterstützung, der psychosozialen Versorgung, der unterstützenden Versorgung und der sozialen Ungleichheit basiert, konnte durch die Untersuchungsergebnisse bestätigt werden. Abbildung 7 macht deutlich, welche Faktoren die psychosoziale Versorgung beeinflussen.

Abbildung 7: Signifikante Zusammenhänge im eigenen Analysemodell



Quelle: eigene Darstellung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sowohl soziale Ungleichheit als auch die persönlichkeitsbezogenen Einflussfaktoren auf die ärztliche psychosoziale Versorgung einwirken.

Besonderer Bedeutung kann den persönlichkeitsbezogenen Einflussfaktoren zugeschrieben werden, da die „harten“ Fakten der Sozialen Ungleichheit vom Arzt nicht verändert werden können. Psychosoziale Versorgung des Arztes umfasst vor allem Kommunikations- und Interaktionsaspekte der Arzt-Patient-Beziehung.¹³⁰ Davon ausgehend, dass die psychosoziale Versorgung im klinischen Alltag verbessert werden soll, sollten insbesondere das Informations- und Unterstützungsverhalten des Arztes sowie die Patientenaktivierung durch den Arzt verstärkt werden. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Arzt über die nötigen zeitlichen Ressourcen verfügt.

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, Einflussfaktoren zu definieren, die auf die ärztliche psychosoziale Versorgung Auswirkungen hatten. Im Theorieteil wurde ausführlich dargelegt, welche Bedeutung der psychosozialen Versorgung für den Erfolg einer ärztlichen Therapie zukommt.¹³¹ Insbesondere seien genannt Zunahme der Compliance, Verbesserung des Behandlungserfolges, Kostenreduktion und subjektiv positiveres Erleben der Therapie.¹³²

Wie bereits ausführlich erläutert wurde, haben die persönlichkeitsbezogenen Einflussfaktoren einen direkten Zusammenhang mit der Zeit, welche dem Arzt im Gespräch zu seinem Patienten zur Verfügung steht. Es darf also gefolgert werden, dass eine Reduktion der zur Verfügung stehenden Zeit sich direkt auf die abhängige Variable „psychosoziale Versorgung“ negativ auswirken muss. Insbesondere Patienten mit einer schwach ausgeprägten Paternalismuspräferenz oder einem schwach ausgeprägtem Partizipationsbedürfnis fühlen sich subjektiv schlechter psychosozial versorgt. Daher ist es für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung wichtig, dass der Arzt sich Zeit nimmt, um in einem Gespräch unter anderem herauszufinden, ob der Patient in die Behandlungsentscheidungen einbezogen werden möchte und in welchem Maß er informiert werden möchte. Demzufolge kommt der „im Gespräch zur Verfügung stehenden Zeit“ eine

¹³⁰ Vgl. Kapitel 2.2.1 dieser Arbeit.

¹³¹ Vgl. Kapitel 2.2 dieser Arbeit.

¹³² Vgl. Thom et al. (2002), Petermann und Stade (1993) sowie Thom et al. (2004).

unmittelbare Bedeutung für die Qualität der Behandlung und den Behandlungserfolg zu. Die jüngsten Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem weisen jedoch eher auf eine Verkürzung der ärztlichen Zeit für Patienten hin.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit seien im Folgenden einige Veränderungen im Gesundheitssystem exemplarisch genannt:

- Einführung elektronischer Medien, auch zu Archivierungszwecken
- Verkürzung der Liegedauer
- Einführung leistungsorientierter Honorierungssysteme (Fallpauschalen, DRGs)
- Änderungen in der Arbeitsschutzgesetzgebung
- Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung
- Veränderung der Alterspyramide der Bevölkerungsstruktur mit Morbiditätszunahme

Die obigen Veränderungen weisen zusätzlich auf das Ziel einer Kostenreduktion in der medizinischen Versorgung hin. Eine gute psychosoziale Versorgung kann hierzu einen Beitrag leisten. Verstärkung der Therapietreue, eine Verminderung häufiger Arzt-Wechsel und der damit verbundenen Doppeluntersuchungen sowie einer Reduktion von Therapieabbrüchen sind Folgen einer guten psychosozialen Versorgung. Das Ziel der Kostensenkungen im deutschen Gesundheitswesen könnte daher auch über eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung erreicht werden. Die Arzt-Patient-Beziehung und die damit verbundene psychosoziale Versorgung beruht im Wesentlichen auf einer guten Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient. Daher kann Ärzten nur geraten werden, gerade diesen Aspekt in der praktischen Ausübung ihres Berufes nicht zu vernachlässigen. Außerdem sollte auch die medizinische Ausbildung nicht ausschließlich auf zum Beispiel fachgerechte chirurgische Maßnahmen abzielen. Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen unter anderem, dass psychosoziale Fächer verstärkt in die medizinische Ausbildung eingebunden werden sollten. Frühzeitiges Wissen über die Arzt-Patient-Beziehung sollte vermittelt erlernt werden, um diese im Sinne der Theorie der sozialen Unterstützung bewusst lenken zu können.

Da die vorliegenden Ergebnisse dieser Arbeit sich auf stationäre Krankenhausabteilungen beziehen, sind gewisse Analogieschlüsse für den niedergelassenen Bereich denkbar, diese sollten jedoch mit Vorsicht behandelt werden. Es ist also unerlässlich, ähnliche Untersuchungen zur psychosozialen Versorgung in der ambulanten Versorgung durchzuführen. Dies schließt jedoch nicht aus, dass weitere Patientenbefragungen im Krankenhaus durchgeführt werden sollten, um weitere Forschungsergebnisse erzielen zu können. Abschließend kann festgehalten werden, dass das Konstrukt zur „psychosozialen Versorgung durch Ärzte“ ein geeignetes Instrument ist, welches in Patientenbefragungen weiterhin eingesetzt werden kann.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchung, dass Faktoren der sozialen Ungleichheit und persönlichkeitsbezogene Einflussfaktoren wesentlich für die subjektiv wahrgenommene ärztliche psychosoziale Versorgung im Krankenhaus sind.

Literatur

Adam, D., Gorschlüter, P., Albach, H. und Backes-Gellner, U. (1999): Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 5, S. 95-109.

Allison, P.D. (2001): Missing Data. Sage: Thousand Oaks.

Altenhofen, L. und Weber, I. (1993): Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Sozial- und Präventivmedizin, 38 (4), S. 222-230.

Antonovsky A. (1967): Social class, life expectancy, and overall mortality. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, 45, Seite 31-73.

Aparicio, M.L., Döring, A., Mielck, A. und Holle, R. (2005): Unterschiede zwischen Aussiedlern und der übrigen deutschen Bevölkerung bezüglich Gesundheit, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsverhalten: Eine vergleichende Analyse anhand des KORA-Surveys 2000. In: Sozial- und Präventivmedizin, 50 (2), S. 107-118.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. und Weiber, R. (2000): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 9. Auflage. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.

Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. und Weiber, R. (2008): Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung. 12. Auflage. Springer: Berlin, Heidelberg.

Badura, B. (1981): Sozialpolitik und Selbsthilfe aus traditioneller und sozialepidemiologischer Sicht. In: Badura, B. und Ferber, C.v. (Hrsg.): Selbsthilfe und Selbstorganisation. Die Bedeutung nichtprofessioneller Sozialsysteme für Krankheitsbewältigung. R. Oldenbourg Verlag: München, Wien.

Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. und Waltz, M. (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Springer: Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio.

Baile, W.F., Kudelka, A.P., Beale, E.A., Glober, G.A., Myers, E.G., Greisinger, A.J., Bast, R.C. Jr., Goldstein, M.G., Novack, D. und Lenzi, R. (1999): Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. In: Cancer, 86 (5), S. 887-897.

Berkman, L.F. (1995): The Role of Social Relations in Health Promotion. In: Psychosomatic Medicine, 57, S. 245-254.

Berkman, L.F. und Syme, L. (1979): Social networks, host resistance, and mortality: A nine year follow-up study of Alameda county residents. In: Am J Epidemiol, 109 (2), S. 186-204

Berkman, L.F., Leo-Summers, L. und Horwitz, R.I. (1992): Emotional Support and Survival after Myocardial Infarction. A Prospective, Population-based Study of the Elderly. In: Annals of Internal Medicine, 117, S. 1003-1009.

Berkman, L.F. und Kawachi, I. (2000): Social Epidemiology. Oxford: University Press.

Bernstein, B. (1972): Studien zur sprachlichen Sozialisation. Schwann: Düsseldorf.

Blanchard, C.G., Labrecque M. S., Ruckdeschel, J.C. and Blanchard E.B. (1988): Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. In: Social Science and Medicine, 27 (11), S. 1139-1145.

Bundesregierung (2005): Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn: BMGS.

Butow, P. (2002): The importance of communication skills to effective cancer care and support. In: New South Wales public health bulletin. S. 272-274.

Charles C., Gafni, A. and Whelan, T. (1997): Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to Tango). In: Social Science and Medicine, 44 (5), S. 681-692.

Charles, C., Gafni, A. and Whelan, T. (1999): Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. In: Social Science and Medicine, 49 (5), S. 651-661.

CIA – The World Factbook (2009): <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/gm.html> - abgerufen am: 12.09.2009

Coulter A., Entwistle, V. and Gilbert, D. (1999): Sharing decision with patients: is the information good enough? In: British Medical Journal, 318, S. 318-322.

Dierks, M.L. und Seidel, G. (2005): Gleichberechtigte Beziehungsgestaltung zwischen Ärzten und Patienten – wollen Patienten wirklich Partner sein? In: Härter, M., Loh, A. und Sies, C. (Hrsg.): Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag: Köln, S. 35-44.

Dillman, D.A. (1978): Mail and Telephone surveys. The Total Design Method. John Wiley & Sons: New York.

Durkheim, E. (1988): Über soziale Arbeitsteilung. Studie über die Organisation höherer Gesellschaften. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Durkheim, E. (1995): Der Selbstmord. 5. Auflage, Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Edgman-Levitan, S. und Cleary, P.D. (1996): What information do consumers want and need? In: Health affairs, 15 (4), S. 42-56.

Elkeles, T. (2001): Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 71-82.

Elwyn, G., Edwards, A. and Kinnersley, P. (1999): Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. In: British Journal of General Practice, 49 (443), S. 477-482.

Emanuel, E.J. and Emanuel, L.L. (1992): Four Models of the Physician-Patient-Relationship. In: JAMA, 267 (16), S. 2221-2226.

Endreß, M. (2002): Vertrauen. Transcript Verlag: Bielefeld.

Fahrmeir, L., Künstler, R., Pigeot, I. und Tutz, G. (1999): Statistik. Der Weg zur Datenanalyse. Springer: Berlin. 2. Auflage.

Feuerstein, G. und Kuhlmann, E. (1999): Neopaternalismus und Patientenautonomie. Das Verschwinden der ärztlichen Verantwortung? In: Feuerstein, G. und Kuhlmann, E. (Hrsg.). Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S. 9-15.

Freise, D.C. (2003): Teilnahme und Methodik bei Patientenbefragungen. Unveröffentlichte Inaugural-Dissertation an der Universität zu Köln.

Gerhardt, U. (1991): Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Suhrkamp: Frankfurt.

Greiner, B.A. (2001): Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag: Weinheim und München. S. 141-156.

Gross, D.A., Zyzanski, S.J., Borawski, E.A., Cebol, R.D. und Strange, K.C. (1998): Patient satisfaction with time spent with physician. J Fam Pract, 47, S. 133-137.

Hall, M.A., Zheng, B., Dugan, E. Camacho, F., Kidd, K.E., Mishra, A. and Balkrishnan, R. (2002): Measuring Patients' Trust in Their Primary Care Providers. In: Medical Care Research and Reviews, 59 (3), S. 293-318.

Heinrich, J. (2001): Exposition durch Umweltschadstoffe im Wohnumfeld und im Innenraum. In: Mielck, A. und Bloomfield, K. (Hrsg.): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag: Weinheim und München. S. 157-174.

Helmert, U., Mielck, A. und Classen E. (1993): Social inequalities in cardiovascular disease risk factors in East- and West-Germany. Social Science and Medicine, 35, S. 1283-1292.

Helmert, U., Voges, W. und Sommer, T. (2002): Soziale Einflussfaktoren für die Mortalität von männlichen Krankenversicherten in den Jahren 1989 bis 2000. *Gesundheitswesen*, 64, S. 3-10.

Hinkle, L.E. Jr., Whitney, L.H., Lehman, E.W., Dunn, J., Benjamin, B., King, R., Plakun, A. und Flehinger, B. (1968): Occupation, education and coronary heart disease: risk is influenced more by education and background than by occupational experiences, in the Bell System. In: *Science*, 161, S. 238-246.

Hogan, B.E., Linden, W. and Najarian, B. (2002): Social support interventions. Do they work? In: *Clinical Psychology Review* 22, S. 381-440.

Janßen, C. (2001): Soziale Schicht und „Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen“ (Health Locus of Control). In: Mielck, A. und Bloomfield K. (Hrsg.): *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*. Juventa: Weinheim und München, S. 184-195.

Janßen, C. (2008): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Habilitationsschrift zur Erlangung der venia legendi für das Fach Medizinische Soziologie an der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Janßen, C., Crispin, A., Weitkunat, R. und Abel, T. (1999): Lebensstile und Gesundheit – Eine empirische Studie zum Verständnis spezifischer Verhaltensmuster bei Erwachsenen im zweiten und dritten Lebensabschnitt. In: *Public-Health-Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft für Public-Health* (Hrsg.): *Public-Health-Forschung in Deutschland*. Huber: Bern.

Janßen, C. und Pfaff, H. (2005): Psychosocial environments. In: Kerr, J., Weitkunat, R. und Moretti, M. (Hrsg.): *ABC of Behavior Change. A guide to successful disease prevention and health promotion*. Elsevier: Edingburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney, Toronto, S. 153-165.

Janssen, C., Ommen, O., Ruppert, G. und Pfaff, H. (2008): Patient- and hospital-related determinants on subjective evaluation of medical treatment outcome of severely injured patients. In: *Journal of Public Health*, 16, S. 53-60.

Jöckel, K.-H., Babitsch, B. Bellach B.-M., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P., Winkler, J. und Wolf, C. (1998): Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Epidemiologische Methoden“ in der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS) und der deutschen Gesellschaft für soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In: Ahrens, W., Bellach, B.-M. und Jöckel, K.-H. (Hrsg.): *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie*. RKI-Schriften 1/98. MMV Medizin-Verlag: München, S. 7-38.

Jungbauer-Gans, M. und Gross, C. (2006): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen. In: Richter, M. und Hurrelmann K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 73-89.

Kao, A.C., Green, D.C., Davis, N.A., Koplan, J.P. and Cleary, P.D. (1998): Patient's Trust in Their Physicians. Effects of Choice, Continuity, and Payment Method. In: *Journal of General Internal Medicine*, 13 (10), S. 681-686.

Katz, M. H. (1999): *Multivariable analysis: a practical guide for clinicians*. Cambridge University Press: Cambridge.

Kitagawa, E.M. und Hauser, P.M. (1973). *Differential Mortality in the United States. A Study in Socioeconomic Epidemiology*. Harvard University Press: Cambridge.

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

Knesebeck, O.v.d. (2004): *Die Beziehung zwischen Arzt und Patient als Thema der Soziologie*. Antrittsvorlesung Heinrich Heine Universität, Düsseldorf, 06.01.2004.

Kraetschmer, N., Sharpe, N., Urowitz, S. and Deber, R.B. (2004): How does trust affect patient preferences for participation in decision-making? *Health Expectations*, 7, S. 317-326.

Kramer, R.M. (1999): Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions. In: *Annu. Rev. Psychol*, 50, S. 569-598.

Lambert, M.J. und Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapie. In: Bergin, A.E. und Garfield, S.L.: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons New York. S. 143-189.

Land, A., Pfaff, H., Toellner-Bauer, U., Scheibler, F. und Freise, D. C. (2003): Qualitätssicherung des Kölner Patientenfragebogens durch kognitive Pretest-Techniken. In: Pfaff, H., Freise, D. C., Mager, G. und Schrappe, M. (Hrsg.): *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Asgard Verlag: Sankt Augustin, S. 91-100.

Langewitz, W.A., Eich, P., Kiss, A. und Wössmer, B. (1998): Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented study for residents in internal medicine. *Psychosom Med*, 60, S. 268-276.

Langewitz, W., Buddeberg-Fischer, B. und Laederach, K. (2004): Das ärztliche Gespräch – die ärztliche Untersuchung. In: Buddeberg, C. (Hrsg.). *Psychosoziale Medizin*. Springer: Berlin.

von Lengerke, T., Happich, M., Reitmeir, P., John, J. und KORA Study Group (2005): Utilization of out- and inpatient health services by obese adults: a population based study in the Augsburg region, Germany. In: *Gesundheitswesen*, 67 Suppl. 1, S.150-157.

von Lengerke, T., Janßen, C., John, J. und KORA Study Group (2007): Sense of coherence, health locus of control, and quality of life in obese adults: physical limitations and psychological normalcies. In: *Int J Public Health*, 52 (1), S. 16-26.

Levy, J.A. und Pescosolido, B.A. (Hrsg.) (2002): Social Networks and Health. JAI: Amsterdam.

Little P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C. et al. (2001): Preferences of patients for Patient centred approach to consultation in primary care: observational study. In: British Medical Journal, 65 (1), S. 69-78.

Loh, A., Simon, D., Kriston, L. und Härter, M. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 104 (21), S. A1483-A1488.

Luhmann, N. (1989): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion von Komplexität. Enke: Stuttgart (Erstausgabe 1968).

Luhmann, N. (2001): Vertrautheit, Zuversicht, Vertrauen. Probleme und Alternativen. In: Hartmann, M. und Offe, C. (Hrsg.): Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts. Campus: Frankfurt am Main, S. 143-160.

Mackenbach, J. und Bakker, M. (Hrsg.) (2002). Reducing inequalities in health: a European perspective. Rutledge: London.

Marmot, M. (2006): Status syndrome: A challenge to medicine. In: Journal of American Medical Association, 295 (11), S. 1304-1307.

Marmot, M., Adelstein, A.M., Robinson, N. und Rose, G.A. (1978): Changing social-class distribution of heart disease. In: British Medical Journal, 2, S. 1109-1112.

Marmot, M. und Wilkinson, R.G. (Hrsg.) (2006): Social Determinants of Health. Oxford University Press: Oxford.

Marshall, T., Krämer A., Prüfer-Krämer, L., Mikolajczyk, R. und Kretzschmar, M. (2005): Erhöhen Migrationen aus hohen und mittleren Endemiegebieten die Hepatitis-B-Prävalenz in Deutschland? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 130 (48), S. 2753-2758.

Mielck A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Mielck, A. und Janßen, C. (2008): Ein Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit. In: Public Health Forum, 15 (59), S. 4-5.

Nickel-Khosrov Yar, R. (1991): Kulturspezifische Ansätze in der Therapie – Interaktionsprobleme am Beispiel türkischer Patienten. In: Zeitschrift für Transaktionsanalyse, 3, S. 131-139.

Nie, N.H. et al. (1975): SPSS, Statistical Package for the Social Sciences. New York: SPSS.

Ommen, O. (2007): Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Entwicklung & Validierung eines Instrumentes zur Erfassung der ärztlichen psychosozialen

Versorgungsqualität im Krankenhaus aus Sicht der Patienten (unveröffentlichte Magisterarbeit).

Ommen, O., Janßen, C., Neugebauer, E. und Pfaff, H. (2007): Einflussfaktoren auf das Vertrauen schwerstverletzter Patienten in den Krankenhausarzt. In: Chirurg, 75, S. 52-61.

Ommen, O., Janssen, C., Neugebauer, E., Bouillon, B., Rehm, K., Rangger, C., Eri, H.J. und Pfaff, H. (2008): Trust, social support and patient type – Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation of severely injured patients. In: Patient Education and Counseling, 73, S. 196-204.

Ommen, O., Wirtz, M., Janssen, C., Neumann, M., Driller, E., Ernstmann, N., Loeffert, S. und Pfaff, H. (2009): Psychometric evaluation of an instrument to assess patient-reported „psychosocial care by physicians“: a structural equation modeling approach. In: International Journal for Quality in Health Care, 21 (3), S. 190-197.

Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M. and Lammes, F.B. (1995): Doctor-Patient Communication: A Review of the Literature. In: Social Science and Medicine, 40 (7), S. 903-918.

Parsons, T. (1958): Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3, S. 10-57.

Petermann, F. und Stade, C.A. (1993): Vertrauen in der Arzt-Patient-Beziehung. In: Psychomed, 5, S. 59-62.

Pfaff, H. (1989): Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens. Deutscher Studien Verlag: Weinheim.

Pfaff, H. (2003a): Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: Pfaff, H., Schrappe, M., Lauterbach, K.W., Engelmann, U., Halber, M. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Verlag Hans Huber: Bern.

Pfaff, H. (2003b): Der Kölner Patientenfragebogen: Theoretischer Rahmen, Konstrukte und Messinstrumente. In: Pfaff, H., Freise, D.C., Mager, G. und Schrappe, M. (Hrsg.): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Sankt Augustin: Asgard-Verlag, S. 7-27

Pfaff, H., Freise, D.C., Mager, G. und Schrappe, M. (Hrsg.) (2003c): Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten. Sankt Augustin: Asgard-Verlag

Pfaff, H., Freise, D.C., Janßen, C., Scheibler, F., Kozięja, G.J. (Hrsg.) (2003d): Arbeitsbericht 9-2003. Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Codebuch KPF-

match. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln.

Pinquart, M. und Sörensen, S. (2000): Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. In: Psychol Aging, 15 (2), S. 187-224.

Platt, F.W., Gaspar, D.L., Coulehan, J.L., Fox, L., Adler, A.J., Weston, W.W., Smith, R.C. and Stewart, M. (2001): „Tell me about Yourself“: The Patient-Centered Interview. In: Annals of Internal Medicine, 134 (11), S. 1079-1085.

Rao, J., Weinberger, M. und Kroenke, K. (2000): Visit-specific expectations and Patient-centered outcomes: a literature review. In: Archives of family medicine, 9, S. 1148-1155.

Razavi, D. und Delvaux, N. (1997): Communication Skills and Psychological Training in Oncology. In: European Journal of Cancer, 33, Supplement 6, S. 15-21.

Reil-Held, A. (2000): Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger? Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung, No. 580-00, Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim.

Richards, T. (1990): Chasms in communication. In: British Medical Journal, 301, S. 1407-1408.

Richter, M. und Hurrelmann, K. (2007): Warum gesellschaftliche Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 42, S. 3-10.

Schafer, J.L. und Graham, J.W. (2002): Missing data: Our view of the state of the art. Psychological Methods, 7, S. 147-177.

Scheibler, F. und Pfaff H. (Hrsg.) (2003): Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsfindungsprozess. Juventa-Verlag: Weinheim, München.

Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A. und Piette, J. (2004): Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients. In: Patient Education & Counselling, 52 (3), S. 315-323.

Schulz-Nieswandt, F. und Kurscheid, C. (2004): Integrationsversorgung. Eine Einführung für die gesundheitsökonomische, pflegewissenschaftliche und sozialpolitische Ausbildung. Lit Verlag: Münster.

Schwarzer R. (1996): Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. Auflage. Hogrefe: Göttingen.

Schwertl, W. (2005): Vertrauen und erfolgreiche interne Kommunikation. www.value-magazin.de, Juli/August, S. 8-9.

Siegrist J. (1995): Medizinische Soziologie. 5. Auflage. Urban & Schwarzenberg: München, Wien, Baltimore.

Siegrist J. (2005): Medizinische Soziologie. 6. Auflage. Urban & Fischer: München, Jena.

Siegrist, J. und Marmot, M. (Hrsg.) (2006): Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications. Oxford: University Press.

Simmel, G. (1989): Philosophie des Geldes. In: Ders.: Gesamtausgabe Band 6, Herausgegeben von David P. Frisby und Klaus Christian Köhnke. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Simmel, G. (1992): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. In: Ders.: Gesamtausgabe Band 11, Herausgegeben von Otthein Rammstedt. Suhrkamp: Frankfurt am Main.

Statistisches Bundesamt (2008): Statistisches Jahrbuch 2008. Für die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

Stewart, M., Brown, J.B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L. und Sangster, M. (1999): Evidence on patient-doctor communication. In: Cancer prevention & control, 3, S. 25-30.

Stewart, M., Brown, J.B., Donner, S., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W. und Jordan, J. (2000): The impact of Patient-centered care on outcomes. Journal of Family Practice, 49, S. 796-804.

Thoits, P.A. (1985): Social support and psychological wellbeing: Theoretical possibilities. In: Sarason, I.G. and Sarason B.R. (Hrsg.): Social support: Theory, research, and applications. Martinus Nijhoff: Dordrecht, S. 51-72.

Thom, D.H., Kravitz, R.L., Bell, R.A., Krupat, E. and Azari, R. (2002): Patient trust in the physician: relationship to patient requests. In: Family Practice, 19 (5), S. 476-483.

Thom, D.H., Hall, M.A. and Pawlson, G. (2004): Measuring Patients's Trust In Physicians When Assessing Quality of Care. In: Health Affairs, 23 (4), S. 124-132.

Thomas, W.I und Thomas, D.S. (1928): The Child in America: Behavior Problems and Programs. Knopf: New York.

Walker, L.G. (1996): Communication skills: when, not if, to teach. In: European Journal of Cancer, 32A, S. 1457-1459.

Watzlawick, P. und Beavin, J. (1990): Einige formale Aspekte der Kommunikation. In: Watzlawick, P. und Weakland, J.H. (Hrsg.): Interaktion. Mensch, Probleme und Familientherapie. Pieper: München, Zürich. S. 95-110.

Weilandt, C., Huismann, A., Joksimovic, L., Klaes, L., van den Toorn, S. und Winkler, J. (2000): Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen. Sonderbericht im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung Nordrhein-Westfalen, im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, S. 1-171.

Williams, S., Weinman, J. und Dale, J. (1998): Doctor-patient-communication and patient satisfaction: a review. In: Family Practice, 15, S. 480-492.

Wüthrich-Schneider, E. (2000): Patientenzufriedenheit - Wie verstehen? In: Schweizerische Ärztezeitung, 81, S. 1046-1048.

Yates, B.C. (1995): The relationships among social support and short- and long-term recovery outcomes in men with coronary heart disease. In: Res Nurs Health, 18 (3), S. 193-203

Zeeb, H. und Razum, O. (2006): Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung. Ein einleitender Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 49 (9), S. 845-852.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (1989): Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln.

Anhang: Fragebogen

Kölner Patientenfragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir wollen die medizinische Versorgung im Krankenhaus verbessern. Dazu brauchen wir Ihre Meinung. Ihre Angaben bleiben selbstverständlich anonym. Ihre Ärzte und Pflegekräfte im Krankenhaus erfahren nicht, was Sie in diesem Fragebogen angegeben haben.

Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, erklären Sie sich damit einverstanden, daß Ihre Angaben zusammen mit Aufnahme- und Verwaltungsdaten für die Zwecke dieser wissenschaftlichen Studie in anonymisierter Form gespeichert und ausgewertet werden. Dabei wird der Datenschutz gewährleistet. Keine personenbezogenen Angaben (Name oder sonstige Angaben), die Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen würden, werden an Dritte außerhalb der Medizinischen Einrichtungen zu Köln weitergegeben. Alle Angaben, die eine Identifizierung Ihrer Person ermöglichen, werden nach Abschluß des Projekts vernichtet.

Die Nummern oben rechts und unten links sind aus Gründen der Datenerfassung notwendig. Auch für diese Listennummer gelten alle oben genannten Datenschutzbestimmungen. Das heißt: Es erfolgt keine Verknüpfung der Angaben im Fragebogen mit Ihrem Namen und Ihrer Adresse. Sofern Sie an unserer Befragung nicht teilnehmen möchten, entstehen für Sie keinerlei Nachteile.

Bei Fragen können Sie sich von 10-12 Uhr an Prof. Dr. Holger Pfaff und seine Mitarbeiter (Tel.: 0221/478-4435) oder den Datenschutzbeauftragten der Klinik wenden, dessen Telefonnummer auf dem beiliegenden Schreiben angegeben ist.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Holger Pfaff

1 Krankenhausleistungen					
Was ist Ihre Meinung?	schlecht	eher schlecht	eher gut	gut	kann ich nicht beurteilen
Die Verpflegung war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Einrichtung meines Krankenzimmers war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Anzahl der Patienten in meinem Zimmer war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zu Fernsehen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Zugang zu Telefon war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausstattung mit sanitären Anlagen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeiten, sich außerhalb des Zimmers aufzuhalten waren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Möglichkeit, Dinge im Krankenhaus einzukaufen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit im Krankenhaus war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Sauberkeit der sanitären Anlagen war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Beschilderung der Räume und Wege im Krankenhaus war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die zwischenmenschliche Atmosphäre auf der Station war ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Organisation					
Was ist Ihre Meinung?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	kann ich nicht beurteilen
Am Tag meiner Aufnahme gab es organisatorische Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus wußte manchmal die rechte Hand nicht, was die linke tut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Untersuchungen/Eingriffen gab es häufig Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Untersuchungen/Eingriffen gab es Terminverschiebungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wußte immer, für wann die Untersuchungen beziehungsweise Eingriffe geplant waren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kam bequem zu den Räumen für Untersuchungen und Eingriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß es zwischen der Station und den Untersuchungsbereichen Schwierigkeiten bei der Absprache gab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß es zwischen den Ärzten und Pflegekräften Schwierigkeiten bei der Absprache gab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühlte mich in meinem Zimmer durch Lärm und Unruhe gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Privatsphäre wurde vom Krankenhauspersonal stets gewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Haben Ihre Ärzte/Ärztinnen der Station Sie über folgende Themen informiert?				
Die Ärzte/-innen auf der Station ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
... informierten mich ausführlich über die geplanten Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über die Ergebnisse der Untersuchungen (Diagnose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über die Konsequenzen der Diagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über Behandlungsrisiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über andere Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über die Hintergründe meiner Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über die Unterlagen, die ich unterschreiben mußte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... informierten mich ausführlich über Medikamente (Nutzen/Nebenwirkungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wie haben die Ärzte/Ärztinnen der Station Sie informiert?				
Die Ärzte/-innen auf der Station ...	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
... waren jederzeit offen für Rückfragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... verunsicherten mich durch ihre Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... gaben mir widersprüchliche Auskünfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ließen mich durch unklare Aussagen im Ungewissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hielten mit Sicherheit wichtige Informationen zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... benutzten schon mal unverständliche Fachausdrücke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... benutzten Anschauungsmaterial (Bilder, Zeichnungen, Skizzen) um mir die Dinge zu erläutern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben mir alles klar und verständlich erklärt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vermittelten mir ein anschauliches Bild von meiner Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Zum Umgang mit den Ärzten und Ärztinnen auf der Station				
Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten/-innen auf der Station?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
...				
Die Ärzte waren offen und ehrlich zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte vollstes Vertrauen zu meinen behandelnden Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte ließen mich ausreden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen festen Ansprechpartner unter den Ärzten/Ärztinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Ärzten kann man auch Persönliches anvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß die Ärzte fachlich sehr kompetent sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte ließen mich mit unbeantworteten Fragen zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte informierten nur auf Anfrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte vergaßen schon einmal ein Anliegen, das man hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte hatten zu wenig Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich auf die Ärzte verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte unterstützten mich so, daß mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte waren bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meiner Krankheit anzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte führten auch außerhalb der Visite regelmäßig Gespräche mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte führten die Gespräche mit mir sehr gefühlvoll durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte ließen mir Zeit, über wichtige Entscheidungen nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte waren immer erreichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte haben zu oft gewechselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Ärzten gab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Ärzten im Krankenhaus ist man in guten Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist Ihre Meinung zu den Ärzten/-innen auf der Station?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
...						
Ich wurde von den Ärzten auf unpersönliche Weise behandelt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich wurde von den Ärzten wie "Luft" behandelt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte behandelten mich ungerecht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich hatte das Gefühl, daß die Ärzte mich persönlich ablehnten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es gab Spannungen zwischen mir und den Ärzten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte wirkten überheblich auf mich		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Behandlung					
Es geht um die Ärzte/Ärztinnen auf Ihrer Station:		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
Die Ärzte stimmten die Behandlung mit mir ab		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Wünsche wurden bei der Behandlung berücksichtigt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich konnte die Art und Weise der Behandlung wesentlich beeinflussen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte wollten, daß ich mich aktiv an der Behandlung beteilige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte vereinbarten gemeinsam mit mir die Ziele meiner Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte betrachteten mich als gleichwertigen Gesprächspartner		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte erläuterten, was passieren kann, wenn ich ihre Behandlungsvorschläge nicht beherzige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte erklärten mir, was mit der Behandlung erreicht werden soll		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Ärzte erläuterten mir die Erfolgsaussichten der Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Motivation und Hilfestellung					
Die Ärzte/Ärztinnen und Pflegekräfte auf der Station...		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	
... motivierten mich zu gesundheitsgerechtem Verhalten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... bestärkten meine Zuversicht, daß ich die Behandlung erfolgreich abschließen kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... stärkten meine Zuversicht für die weiteren Behandlungsschritte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... stärkten mein Vertrauen in die Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... motivierten mich für die Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... stärkten in mir den Willen, die Behandlung durchzuhalten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... erzählten mir von Therapieerfolgen bei anderen Patienten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben mir beigebracht, wie ich auf meinen Körper hören kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben mir konkret gezeigt, was ich für meine Gesundheit tun kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben mir gezeigt, wie ich mich selber medizinisch versorgen kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben mir gezeigt, wie ich bei der Behandlung mitwirken kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben mir beigebracht, wie ich mit meiner Krankheit umgehen kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... haben mir beigebracht, das Ergebnis der Behandlung selbst zu kontrollieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
... gingen davon aus, daß ich die Therapieanweisungen blind befolge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	Entscheidungen					
Wer hat im Krankenhaus die Entscheidung getroffen, ...	ich allein	haupt- sächlich ich	der Arzt und ich gemeinsam	haupt- sächlich der Arzt	der Arzt allein	diese Entscheidung war nicht nötig
... welche Untersuchung durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welche Behandlung durchgeführt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... daß Sie ein Medikament bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... welches Medikament Sie bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie Ihre Behandlung nach dem Krankenhaus weitergehen soll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9		Zum Umgang mit den Pflegekräften auf der Station			
Was ist Ihre Meinung zu den Pflegekräften auf der Station?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Pflegekräfte waren offen und ehrlich zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte vollstes Vertrauen zu den Pflegekräften auf der Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte ließen mich ausreden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen festen Ansprechpartner unter den Pflegekräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Pflegekräften kann man auch Persönliches anvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß die Pflegekräfte fachlich sehr kompetent sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte ließen mich mit unbeantworteten Fragen zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte informierten nur auf Anfrage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte vergaßen schon einmal ein Anliegen, das man hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte hatten zu wenig Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich auf die Pflegekräfte verlassen, wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte unterstützten mich so, daß mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte waren bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meiner Krankheit anzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte führten regelmäßig Gespräche mit mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte führten die Gespräche mit mir sehr gefühlvoll durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte ließen mir Zeit, über wichtige Entscheidungen nachzudenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte waren immer erreichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte haben zu oft gewechselt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß es Schwierigkeiten bei der Absprache zwischen den Pflegekräften gab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei den Pflegekräften im Krankenhaus ist man in guten Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von den Pflegekräften auf unpersönliche Weise behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von den Pflegekräften wie "Luft" behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte behandelten mich ungerecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, daß die Pflegekräfte mich persönlich ablehnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab Spannungen zwischen mir und den Pflegekräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte wirkten überheblich auf mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte vereinbarten gemeinsam mit mir die Ziele der Pflegemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte haben mich auch im Rahmen der Übergabe informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		Situation im Krankenhaus			
Was ist Ihre Meinung?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Ärzte meiner Station hatten mehr Arbeit als sie bewältigen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte meiner Station hatten mehr Arbeit als sie bewältigen konnten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus ging es hektisch zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das medizinische Personal meiner Station stand unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das medizinische Personal meiner Station wirkte angespannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		Krankheitstyp			
11a.) Wie schwer war die Erkrankung, die zu ihrem Krankenhausaufenthalt geführt hat?		11b.) Waren Sie wegen einer dauerhaften (chronischen) Krankheit im Krankenhaus?			
Ich war in Lebensgefahr	<input type="checkbox"/>			Ja	<input type="checkbox"/>
Ich war schwer, aber nicht lebensgefährlich krank	<input type="checkbox"/>			Nein	<input type="checkbox"/>
Ich war leicht krank	<input type="checkbox"/>			weiß nicht	<input type="checkbox"/>
11c.) Wurden Sie im Krankenhaus untersucht?		11d.) Wurden Sie im Krankenhaus behandelt?			
Ja	<input type="checkbox"/>			Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>			Nein	<input type="checkbox"/>

12	Behandlungserfolg			
Was ist Ihre Meinung?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich war mit meiner medizinischen Behandlung sehr zufrieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Behandlung verlief ohne Komplikationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Behandlung gab es Probleme medizinischer Art	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, daß das medizinische Personal bei meiner Behandlung Fehler gemacht hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, es gibt für meine Krankheit noch bessere Behandlungsmöglichkeiten als die im Krankenhaus durchgeführte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, daß die durchgeführte Behandlung Wirkung zeigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im folgenden Teil geht es um Ihre eigenen Wünsche und Einstellungen

13	Einstellung zur ärztlichen Behandlung und Gesundheit			
Was ist Ihre Meinung?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Ich würde auch alternative Heilverfahren ausprobieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde alternative Heilverfahren nur in Absprache mit dem Arzt anwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich die Wahl habe, gehe ich lieber zu einem Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich krank bin, gehe ich lieber zu einem klassischen Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte viel von der Schulmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertraue den Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich krank bin, versuche ich mir selbst zu helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich krank bin, suche ich Rat bei Angehörigen und Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe erst zum Arzt, wenn ich mir selbst nicht mehr helfen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal weiß ich besser als der Arzt, was mir gut tut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei alltäglichen Beschwerden muß man nicht sofort zum Arzt gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was meine Gesundheit betrifft, kommt es ab jetzt auf mich an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe den festen Willen, gesünder zu leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Gesundheit muß ich einiges in meinem Leben ändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man kann sich auf das Gesundheitswesen in Deutschland verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14	Einstellung zum Arzt und zur Behandlung			
Was ist Ihre Meinung?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Meine Gesundheit ist Sache des Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sollte den Vorschlägen des Arztes ganz und gar folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt als Fachmann sollte mir sagen, was ich zu tun habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als medizinischer Laie sollte ich dem Arzt die Entscheidungen überlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich würde auch Behandlungsmethoden ausprobieren, die der Arzt ablehnt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will bei der Behandlung mitentscheiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist wichtig, daß ich in die Behandlung einbezogen werde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte bei der Behandlung ein Mitspracherecht haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich frage den Arzt solange, bis mir alles klar ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Entscheidungen sollten von Arzt und Patient gleichermaßen getroffen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte dem Arzt meine Auffassung über die Ursachen meiner Beschwerden mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was der Arzt sagt, interessiert mich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal tue ich nicht alles, was der Arzt mir rät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man braucht sich nicht immer hundertprozentig an die Ratschläge der Ärzte zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich unsicher bin, nehme ich die verschriebenen Medikamente lieber nicht ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte genau wissen, was ich habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte genau wissen, was der Arzt mit mir gemacht hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ursachen meiner Beschwerden interessieren mich sehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist Ihre Meinung?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Die Gründe für die gewählte Behandlungsmethode interessieren mich sehr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte nur das absolut Notwendige wissen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Nachrichten sollte mir der Arzt lieber verschweigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Als Patient im Krankenhaus				
Was ist Ihre Meinung?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
Im Krankenhaus bin ich eher als im normalen Alltag bereit, ein Auge zuzudrücken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin durchaus bereit, über widrige Umstände im Krankenhaus hinwegzusehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es im Krankenhaus hektisch zugeht, sollte man manches entschuldigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich im Krankenhaus an Unannehmlichkeiten gewöhnt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus darf man als Patient keine Ansprüche haben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus habe ich meine Bedürfnisse zurückgestellt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man muß für die Hilfsbereitschaft im Krankenhaus dankbar sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man sollte als Patient mit dem medizinischen Personal nachsichtig sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der heutigen Lage des Gesundheitssystems kann man dem medizinischen Personal keine Vorwürfe machen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich damit abgefunden, daß im Krankenhaus nicht alles optimal läuft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Patient habe ich Rechte, die ich einfordern kann		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch Leute, die einem helfen, darf man kritisieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man hat ein Recht darauf, auch angesehene Fachleute zu kritisieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berechtigte Kritik solle man immer zum Ausdruck bringen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Patient möchte ich nicht abgefertigt werden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Rückblickend gefragt: Hätten Sie sich im Krankenhaus mehr Information zu folgenden Themen gewünscht?				
Hätten Sie sich...		ja	nein	weiß nicht	
...mehr Information über die medizinische Behandlung bzw. die Eingriffe gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über Behandlungsrisiken gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über den Umgang mit Ihrer Krankheit gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über Medikamente (Nutzen, Nebenwirkungen) gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über gesunde Lebensführung (Ernährung, Alkohol, Rauchen, etc.) gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über körperliche und nervliche Belastungen im Alltag gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über Selbsthilfegruppen gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information zu Büchern und Broschüren über Ihre Erkrankung gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über gesundheitsfördernde Maßnahmen gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über die medizinische Versorgung nach dem Krankenhaus gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...mehr Information über Hilfe und Betreuung für Zuhause gewünscht?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

17		Zufriedenheit				
Wie zufrieden waren Sie...						
		un- zufrieden	eher un- zufrieden	weder unzufrieden noch zufrieden	eher zufrieden	zufrieden
...	mit den nichtmedizinischen Leistungen (Essen, Sauberkeit, Zimmer) des Krankenhauses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der Organisation auf der Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit den Ärzten/Ärztinnen auf der Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit den Pflegekräften auf der Station?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der Visite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der medizinischen Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der Information im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit Ihrer Einbeziehung in die Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der seelsorgerischen/ psychosozialen Betreuung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit Ihrem Krankenhausaufenthalt insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	mit der Einbeziehung des weiterbehandelnden Arztes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18		Bewertung				
Bewerten Sie bitte die Leistungen Ihres Krankenhauses:		viel schlechter als erwartet	etwas schlechter als erwartet	genauso wie erwartet	etwas besser als erwartet	viel besser als erwartet
Die nichtmedizinischen Leistungen (Essen, Sauberkeit, Zimmer) des Krankenhauses waren ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Organisation auf der Station war ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte/Ärztinnen auf der Station waren...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte auf der Station waren...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Visite war ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die medizinische Behandlung war ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Information im Krankenhaus war ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Einbeziehung in die Behandlung im Krankenhaus war ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die seelsorgerische/ psychosoziale Betreuung war ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Krankenhausaufenthalt war insgesamt ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19		Einige Fragen zu unserem Krankenhaus				
Was ist Ihre Meinung?		stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu	kann ich nicht beurteilen
Ich würde dieses Krankenhaus meinem besten Freund empfehlen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieses Krankenhaus genießt einen sehr guten Ruf		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieses Krankenhaus ist besser als andere Krankenhäuser der Umgebung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In diesem Krankenhaus ist man als Patient gut aufgehoben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistik						
20	Vor wievielen Tagen wurden Sie aus dem Krankenhaus entlassen ?	21	Wohin werden/ wurden Sie entlassen?			
<input type="checkbox"/>	Ich werde erst noch entlassen	Nach Hause	In ein Heim	in ein anderes Krankenhaus	Reha- Klinik	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	Ich wurde heute entlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ich wurde vor <input type="text"/> Tagen entlassen (Bitte Anzahl der Tage seit der Entlassung eintragen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22	Waren Sie schon einmal Patient in diesem Krankenhaus?		23	Vor diesem Aufenthalt: Wann waren Sie das letzte Mal als Patient in irgendeinem Krankenhaus?	
<input type="checkbox"/>	Nein		<input type="checkbox"/>	Dieser Aufenthalt war mein erstes Mal als Patient in einem Krankenhaus	
<input type="checkbox"/>	Ja, und zwar vor <input type="text"/> Jahren/ <input type="text"/> Monaten (Bitte Anzahl der Jahre/Monate eintragen)		<input type="checkbox"/>	Ich war vor <input type="text"/> Jahren/ <input type="text"/> Monaten schon einmal Patient in einem Krankenhaus (Bitte Anzahl der Jahre/Monate eintragen)	
24	Wie sind Sie in die Klinik gekommen?		25	Die Klinik wurde mir empfohlen von:	
Hier können Sie mehrere Kreuze machen!			Hier können Sie mehrere Kreuze machen!		
<input type="checkbox"/>	über den Notarzt/ Rettungsarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	niemandem	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Einweisung durch meinen Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meinem Hausarzt	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	durch meinen Wunsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meinen Freunden	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Wieder- ein- bestellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	meinen Verwandten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verlegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstigen	<input type="checkbox"/>
26	Ihre Krankenkasse?		27	Ihr Familienstand?	
<input type="checkbox"/>	Ich bin in einer privaten Krankenkasse		<input type="checkbox"/>	ledig	
<input type="checkbox"/>	Ich bin in einer gesetzlichen Krankenkasse		<input type="checkbox"/>	verheiratet	
<input type="checkbox"/>	Sonstiges		<input type="checkbox"/>	geschieden	
			<input type="checkbox"/>	verwitwet	
28	Ihr Geschlecht?	29	Ihre Staatsangehörigkeit?	30	Ihr Geburtsjahr?
<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	deutsch	<input type="checkbox"/>	Geburtsjahr: 19 <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	andere	<input type="checkbox"/>	
31	Erwerbstätigkeit				
<input type="checkbox"/>	Ich bin erwerbstätig , und zwar <input type="text"/> Stunden/Woche				
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht erwerbstätig , denn ich bin:				
	- Rentner/in				<input type="checkbox"/>
	- arbeitslos				<input type="checkbox"/>
	- Hausfrau/ Hausmann				<input type="checkbox"/>
	- Grundwehr-/Zivildienstleistender				<input type="checkbox"/>
	- aus sonstigen Gründen nicht erwerbstätig				<input type="checkbox"/>
32	Ihr höchster Schulabschluß?		33	Was ist oder war Ihre berufliche Stellung?	
<input type="checkbox"/>	- Ich habe keinen Schulabschluß		<input type="checkbox"/>	- Arbeiter/in	
<input type="checkbox"/>	- Haupt-/Volksschulabschluß		<input type="checkbox"/>	- Angestellte/r	
<input type="checkbox"/>	- Realschule/ Mittlere Reife		<input type="checkbox"/>	- Beamter/Beamtin, Richter/in, Soldat/in	
<input type="checkbox"/>	- Abschluß der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)		<input type="checkbox"/>	- Selbständige/r	
<input type="checkbox"/>	- Fachhochschulreife		<input type="checkbox"/>	- Auszubildende/r, Schüler/in, Student/in	
<input type="checkbox"/>	- Allgemeine/ fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS)		<input type="checkbox"/>	- andere berufliche Stellung	
<input type="checkbox"/>	- Ich habe einen anderen Schulabschluß				

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in das beiliegende Kuvert und werfen Sie ihn in die dafür aufgestellten Sammelboxen.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Susanne Fuß
Wohnort: Franziskastr. 1, 50733 Köln
Geburtstag: 03.09.1971
Geburtsort: Düsseldorf
Eltern: Helga Fuß, geb. Beckmann (22.04.41)
Herbert Ludwig Fuß (01.07.37 - 22.11.85)
Familienstand: ledig
Kinder: Aline Fuß (11.03.1996)

Bildungs- und berufsmäßige Ausbildung

Juni 1988: Mittlere Reife an der Agnes-Miegel-Realschule in Düsseldorf
Aug. 1998 - Mai 1990: Ausbildung zur Bürogehilfin bei der Commerzbank AG in Düsseldorf
Juni 1990 - Okt. 1991: Angestellte bei der Commerzbank AG
Feb. 1992 - Dez. 1994: Besuch des Riehl-Kollegs in Düsseldorf (Zweiter Bildungsweg)
Dez. 1994: Abitur
Okt. 1995: Aufnahme des Studiums der VWL soz. an der Universität zu Köln
Okt. 2004: Studienfachwechsel zu Diplom-Sozialwissenschaften an der Universität zu Köln im WS 04/05
Juni 2006: Abschluss des Studiums
Juli 1999 - Feb. 2007: Studentische Hilfskraft, Verwaltungsangestellte und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln, Abteilung Medizinische Soziologie, Ltg.: Prof. Dr. Holger Pfaff
Seit 14.06.2007: Selbständig mit Einzelunternehmung:
Fonoskript – Transkriptionen, Lektorat und Korrektorat
(www.fonoskript.de)