F-06557

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe
Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0935-8137

P94-201

Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung

von
Birgit Aust

Berlin, Februar 1994

Publications series of the research group
"Health Risks and Preventive Policy"
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Verschiedene Studien über die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik scheinen zu belegen, daß die Bevölkerung im großen und ganzen mit ihren Ärzten oder der Versorgung im Krankenhaus zufrieden ist. Bei einer genaueren Betrachtung dieser Beurteilung kommt jedoch zum Vorschein, daß sich die Antworten der Patienten teilweise widersprechen, da von den Befragten oft auch dann ein positives Urteil abgegeben wird, wenn ihre Erwartungen nicht erfüllt wurden. Die vorliegende Arbeit geht dem Aussagewert dieser Studien nach und gibt Hinweise auf die Beweggründe der Patienten, die trotz schlechter Erfahrungen keine oder wenig Kritik äußern. Hierzu zählen u.a. die nach wie vor große Autorität des Arztes und die besondere Situation des Kranken, aber auch die Unfähigkeit auf beiden Seiten, eingefahrene Verhaltensmuster zu überwinden und eine Atmosphäre größerer Offenheit zu schaffen, in der einerseits die Artikulation von Zweifeln an der Behandlung als auch ein stärkeres Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten möglich ist. Erst durch die Aufdeckung der Mechanismen, die einer offenen Aussprache zwischen Arzt und Patient im Wege stehen, können Hemmschwellen abgebaut und das Selbstbewußtsein der Patienten gestärkt werden. Studien, die diesen Mechanismen nicht nachgehen und statt dessen die scheinbar hohe Zufriedenheit der Patienten bestätigen, erschweren eine Veränderung dieser Situation.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG **1**

2. DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE **2**

2.1 Die Zufriedenheit mit dem System der sozialen Sicherung, dem Gesundheitssystem und der Gesundheitspolitik 3

2.2 Die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung 8

2.3 Die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung 19

3. EINFLUSSFAKTOREN DER ZUFRIEDENHEIT IM GESUNDHEITSBEREICH **28**

3.1 Der Einfluß von Sozialschicht und Alter 28

3.2 Der Einfluß des Gesundheitszustandes 31

4. DIE BEDINGTE AUSSAGEKRAFT VON ZUFRIEDENHEITSUNTERSUCHUNGEN **33**

5. LITERATUR **40**

1. EINLEITUNG

Repräsentative Umfragen über die Zufriedenheit der Bevölkerung mit bestimmten Teilbereichen der Gesellschaft sind eine verbreitete Methode, um die Legitimation von gesellschaftlichen Institutionen, öffentlichen Einrichtungen oder weitreichenden politischen Entscheidungen zu überprüfen. Im Zuge der Diskussion um die Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich gewinnen dabei auch Untersuchungen über die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Bei der Ermittlung der Bedürfnisse und Empfindungen der Patienten spielen diese Studien eine wichtige Rolle und können durch das Aufspüren von Schwachstellen zu einer Verbesserung der Patientenbetreuung beitragen. Die Qualitätssicherung bezieht sich in dieser Hinsicht auch auf eine größere Beteiligung der Patienten an den Entscheidungen der ärztlichen Versorgung. Daneben hat die Zufriedenheit der Patienten selbst zwar keine direkten Auswirkungen auf den Gesundheitszustand, sie beeinflußt aber das Ausmaß der Zusammenarbeit mit dem Arzt (Compliance) und kann den Heilungsprozeß dadurch indirekt beschleunigen (Falvo, 1980; Parkin, 1976; Cleary et al., 1991).

Bei der Betrachtung repräsentativer Umfragen zu diesem Thema fällt auf, daß die Bevölkerung im allgemeinen ein viel positiveres Urteil abgibt, als man angesichts zunehmender Kritik am Gesundheitswesen zunächst vermuten würde (vgl. u.a. Fachvereinigung, 1988; Hamburg-Mannheimer-Stiftung, 1993). Hohe Zustimmungen sind jedoch ein bekanntes Phänomen sozialwissenschaftlicher Zufriedenheitsuntersuchungen. Neben der allgemeinen Tendenz bei Zufriedenheitsumfragen eher positive Urteile abzugeben, kommen im Bereich der Patientenzufriedenheit Faktoren, wie z.B. die Erleichterung über die stattgefundene Genesung hinzu. Diese Art der Bestätigung geriet daher schon des öfteren unter Kritik (vgl. Ridder, 1988, S. 67; Baethge et al., 1983, S. 37). Trotz berechtigter Zweifel bieten diese Studien aber häufig die einzige Möglichkeit etwas über die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und die interaktive Seite der Gesundheitsversorgung zu erfahren. Besonders in Hinblick auf eine stärkere Einbindung der Patienten in die gesundheitliche Versorgung kann durch diese Untersuchungen überprüft werden, inwieweit das Ziel einer patientenzentrierteren Medizin erreicht wird. Um die Ergebnisse dieser Umfragen angemessen zu interpretieren, ist es jedoch auch erforderlich, sich mit den Schwierigkeiten der Zufriedenheitsforschung auseinanderzusetzen, so z.B. mit der Bestimmung der Bewertungskriterien der Patienten, denn eine fundierte Definition des Begriffs "Patientenzufriedenheit" fehlt bislang (Linder-Pelz, 1982).

Die vorliegende Arbeit hat es sich daher zum Ziel gesetzt, Zufriedenheitsuntersuchungen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung kritisch zu hinterfragen und auf ihren Aussagewert hin zu überprüfen. Während es in anderen Ländern, vor allem in den USA und Großbritannien, schon seit den 60er Jahren Untersuchungen über "patient satisfaction" gibt (Korsch et al., 1968; Attkisson et al., 1982; Hall et al., 1988 a, b; Judge et al., 1993), liegen für die BRD bislang nur wenige Studien vor. Für das weitgehende Fehlen dieser Untersuchungen werden sowohl Desinteresse am Thema (Mielck et al., 1993) als auch die "gewisse Brisanz des Forschungsgegenstandes" (J. Schmidt et al., 1989) angeführt. Möglicherweise sind es auch die methodischen Schwierigkeiten, die von einer Auseinandersetzung mit den Patientenmeinungen abhalten, denn die Interpretation der subjektiven Äußerungen der Betroffenen muß stets unter Berücksichtigung der Patientenrolle, d.h. im Rahmen eines vorgegebenen Gefüges von Erwartungs- und Verhaltensmustern erfolgen (Siegrist, 1976). Die Erfassung der Patientenmeinungen erfordert daher eine Auseinandersetzung mit der spezifischen Situation des Kranken bzw. des Wieder-Gesundeten, der sozioökonomischen Umstände des Befragten aber auch anderer Faktoren, wie z.B. den Einfluß der Medien auf die öffentliche Meinungsbildung. In der folgenden Darstellung der Zufriedenheitsuntersuchungen werden die Studien unter diesen Gesichtspunkten betrachtet.

2. DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Bei einer Metaanalyse englischsprachiger Publikationen über die Patientenzufriedenheit lagen 1988 bereits 221 Untersuchungen vor, die sich durch sehr unterschiedliche Erhebungsmethoden und Zielrichtungen auswiesen, darunter auch eine Fülle repräsentativer Studien (Hall, 1988 a, b). Für den deutschsprachigen Raum hingegen ist die Datenlage immer noch äußerst begrenzt, obwohl auch hier die Auseinandersetzung mit einer qualitätsorientierten Bewertung der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren zugenommen hat. Erst allmählich entwickelt sich eine systematische Erforschung der Patientenurteile und -bedürfnisse (J. Schmidt et al., 1989, Senatsverwaltung für Gesundheit, 1991, 1993; Mielck, 1993). Wegen der geringen Anzahl an Studien mußte die hier vorgenommene Darstellung der Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit in der Bundesrepublik aus sehr unterschiedlichen Studien zusammengetragen werden. Oft sind es nur einzelne Fragen, die im Zusammenhang eines anderen Sachverhaltes die Zufriedenheit der Patienten behandeln. Die Befragungen konzentrieren sich zudem auf unterschiedliche Teilbereiche der gesundheitlichen Versorgung: das

Gesundheitssystem im allgemeinen, die ambulante und die stationäre Versorgung. Die Darstellung und Diskussion der Zufriedenheitsuntersuchungen folgt daher dieser Aufteilung.

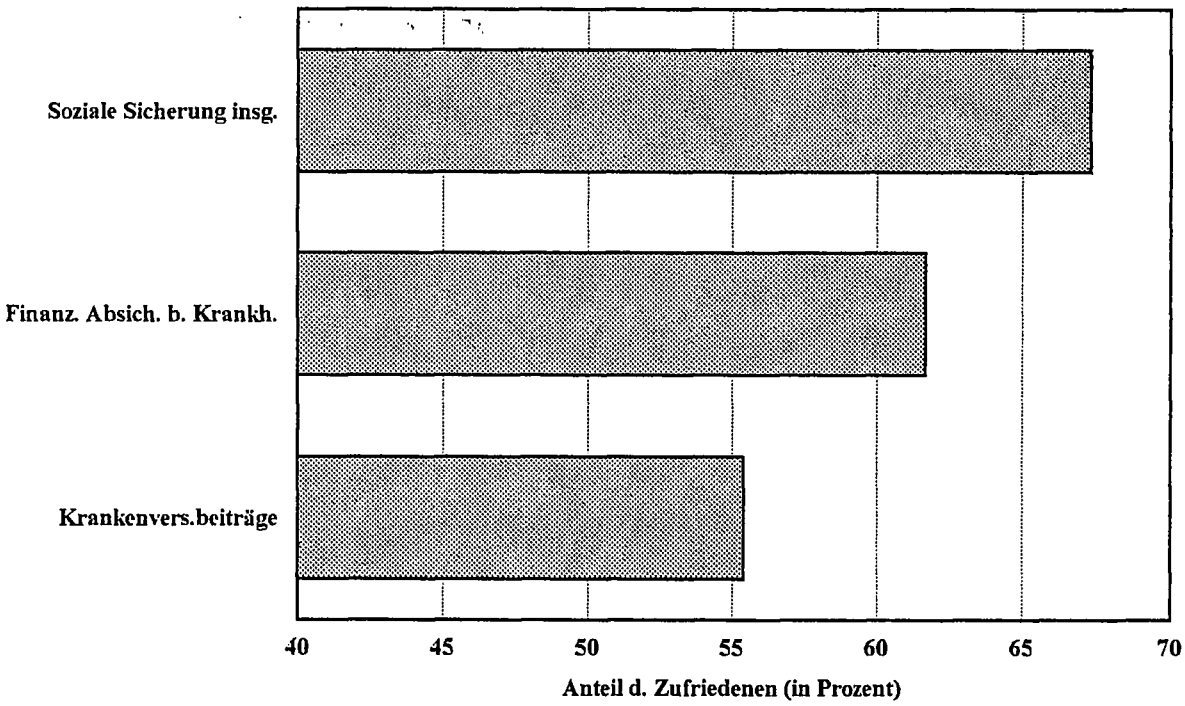
2. 1 Die Zufriedenheit mit dem System der sozialen Sicherung, dem Gesundheitssystem und der Gesundheitspolitik

Die Krankenversicherung gehört neben der Arbeitslosen- und der Rentenversicherung zu den tragenden Säulen der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Verschiedene Studien erheben den Grad der Akzeptanz für das bestehende System der sozialen Sicherung und versuchen so festzustellen, ob eine grundlegende Umgestaltung des Systems von Teilen der Bevölkerung gewünscht wird. Neben der Beobachtung von Verhaltensänderungen kann die Akzeptanz durch direkte Befragung ermittelt werden. In der Befragung des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) (eine für die Bundesrepublik Deutschland jährlich durchgeführte haushalts- und personenrepräsentative Längsschnittuntersuchung) wurden 1987 in der 4. Welle des SOEP, neben den kontinuierlich erhobenen zentralen sozio-demographischen Merkmalen, auch Fragen zur sozialen Sicherung aufgenommen. Alle Ergebnisse der Fragen zur sozialen Sicherung wurden mit dem Hochrechnungsfaktor der 4. Befragungswelle gewichtet und sind also repräsentativ für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 1987 (vgl. Dehlinger et al., 1992, S. 231). Die Resultate bestätigten eine nach wie vor hohe Akzeptanz des Systems der sozialen Sicherung in der Bevölkerung (s. Abb. 1): 67,3 % der Befragten zeigten sich insgesamt mit der sozialen Sicherung zufrieden, 13,8 % waren eher unzufrieden und 16,9 % unentschieden (2 % machten keine Angaben). Außer zu dieser allgemeinen Frage sollte auch Stellung zu konkreten Aspekten des Systems genommen werden, u.a. zur finanziellen Absicherung im Fall von Krankheit. Hier war die Zufriedenheit etwas geringer: 61,7 % beurteilten die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall mit sehr gut bis gut, 26 % mit befriedigend und 9,7 % mit weniger gut bis schlecht. Eine dritte Frage betraf die Angemessenheit der Krankenversicherungsbeiträge: ein Drittel der Befragten sahen 1987 die Beiträge als zu hoch an und nur etwas mehr als die Hälfte (55,4 %) erachteten sie als angemessen (1,1 % antworteten "zu niedrig", 10,2 % "weiß nicht").

Während bei der allgemeinen Frage nach der sozialen Sicherung sehr hohe Zufriedenheit geäußert wird, kommt es bei den spezifischeren Fragen zu stärkerer Kritik. Es überrascht dabei nicht, daß die größte Unzufriedenheit auf die Höhe der Krankenkassenbeiträge fällt, denn schließlich hat hier jeder Einzelne konkrete Erfahrungen und damit eine direkte Beurteilungsmöglichkeit. Die allgemeine Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung ist mit fast

70 % relativ hoch und bestätigt nach Angabe der Autoren, "(...) daß dem bestehenden System der sozialen Sicherung insgesamt eine hohe Akzeptanz entgegengebracht wird." (Dehlinger et al., 1992, S. 241). In der Studie wird abschließend festgestellt, daß die Umgestaltung des Systems - hin zu einer "eigenverantwortlicheren" Absicherung - demnach nicht den Präferenzen der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung entspricht.

Abb. 1: Zufriedenheit mit dem System der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland

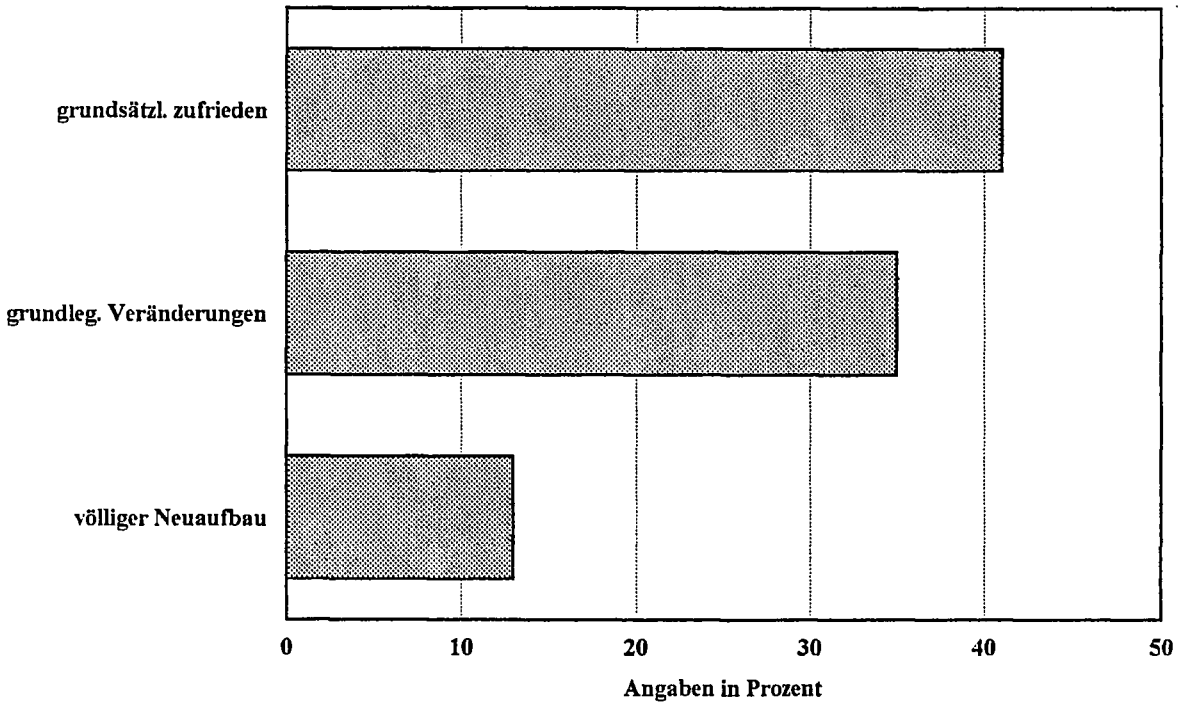


Quelle: Dehlinger et al., 1992

Neben der hohen Akzeptanz des Systems der sozialen Sicherung im allgemeinen konnte in anderen Untersuchungen auch eine hohe Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem festgestellt werden. Bei einer Umfrage 1990 in insgesamt zehn Ländern über die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Gesundheitssystem äußerten die Bundesdeutschen im Vergleich zu den anderen Ländern wenig Kritik (s. Abb. 2): 41 % der Befragten waren "im Großen und Ganzen mit dem Gesundheitssystem zufrieden" und hielten nur geringfügige Veränderungen für notwendig "damit es besser funktioniert", 35 % meinten "Unser Gesundheitswesen hat einige gute

Elemente, aber es sind grundlegende Änderungen erforderlich, damit es besser funktioniert" und 13 % sprachen sich für einen völligen Neuaufbau aus: "Unser Gesundheitssystem hat so viele Mängel, daß wir es vollständig neu aufbauen müssen." (Blendon et al., 1990, S. 188). In den USA waren dagegen 10 % der Meinung "nur geringe Änderungen (seien) erforderlich", damit das Gesundheitssystem besser funktioniere, 60 % gaben an, daß fundamentale Veränderungen dafür nötig seien und fast 30 % forderten wegen der erheblichen Mängel einen völligen Neuaufbau des Systems.

Abb. 2: Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland



Quelle: Blendon et al., 1990

Auch wenn damit die Zufriedenheit der bundesdeutschen Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem vergleichsweise hoch ist, sind es fast 50 % der Befragten, die eine grundlegende bis radikale Änderung des Gesundheitssystems befürworten. Die hier geäußerte Kritik am System der Gesundheitsversorgung muß jedoch vor dem Hintergrund des 1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz gesehen werden. Die anhaltenden Diskussionen in

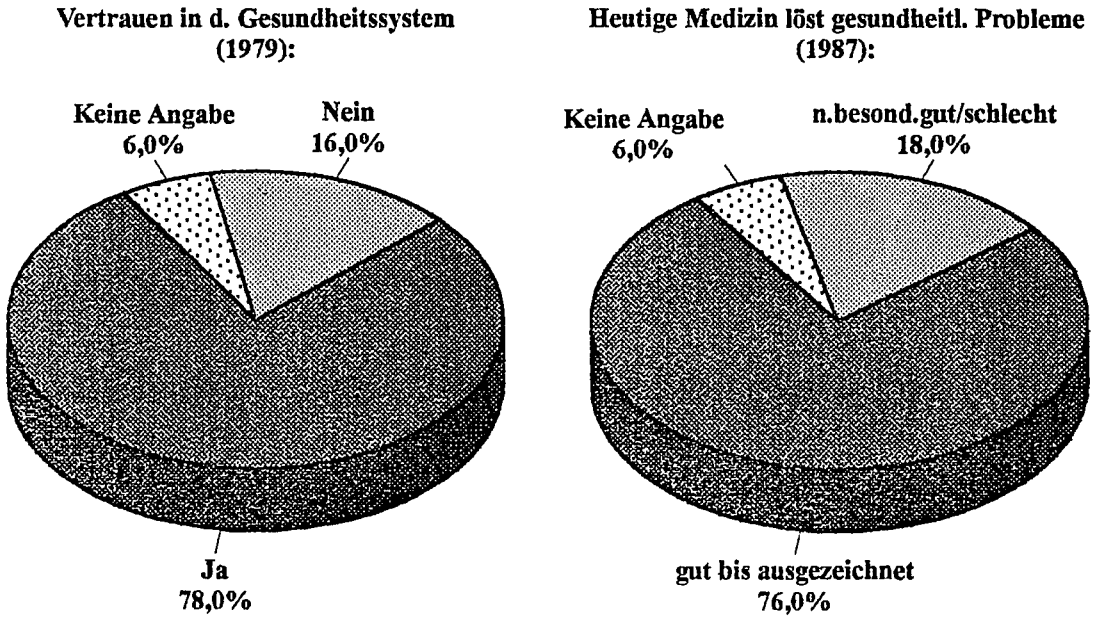
den Medien, besonders auch in bezug auf eine höhere Eigenbeteiligung der Versicherten, haben wahrscheinlich zu einer kritischeren Einstellung beigetragen. Auch die Erhebungsmethode unterstützt eine eher kritischere Aussage, indem bereits formulierte Antworten zur Auswahl gestellt wurden. Es ist fraglich, ob auch bei einer offeneren Fragestellung fast die Hälfte der Befragten für maßgebliche Veränderungen des Gesundheitssystems eingetreten wären.

Bei einer 1991 durchgeführten Befragung des Berliner Senats über die Zufriedenheit mit der Gesundheitspolitik des Senats kam es zu folgenden Ergebnissen: 25 % der Ost- und Westberliner zeigten sich mit der Berliner Gesundheitspolitik unzufrieden, 22,1 % hatten keine Meinung (neutral) und 52,8 % waren zufrieden. In dieser Studie fällt der vergleichsweise große Anteil (22 %) an Unentschiedenen auf. Gründe für die ausgeprägte neutrale Haltung könnten sowohl Desinteresse bzw. Unwissen als auch Resignation sein. Zwischen Ost und West kam es zu deutlichen Unterschieden in der Bewertung: Während der Anteil der Zufriedenen im Westen der Stadt bei 55,6 % lag, waren es im Osten nur 46,8 %. Die größere Unzufriedenheit bei der Ostberliner Bevölkerung könnte auf die allgemeinen Umstellungen im Gesundheitswesen und den damit einhergehenden Verunsicherungen zurückführbar sein. So traten in der selben Umfrage 92,4 % der Ostberliner für den Erhalt der poliklinischen Einrichtungen ein und befürworteten damit die zentrale Versorgungseinrichtung des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR (Senatsverwaltung für Gesundheit, 1991). Neben den Anpassungsschwierigkeiten an ein neues Versorgungssystem könnte sich jedoch auch eine grundsätzlich negativere Grundeinstellung im Osten Deutschlands in diesen Ergebnissen widerspiegeln. Bei einer Umfrage des Wohlfahrtssurveys in den neuen Bundesländern 1990 äußerte die Bevölkerung der ehemaligen DDR eine deutlich niedrigere Zufriedenheit bei der Gesamtbilanz ihrer Lebensumstände (Datenreport, 1992, S. 570).

Während bei der Befragung über die (Berliner) Gesundheitspolitik nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten zufrieden waren, liegt die Zufriedenheit mit der Effektivität der Medizin oder dem Vertrauen in die medizinische Versorgung bei über 70 % (s. Abb. 3). Bei einer repräsentativen Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter 2000 Personen ab 14 Jahren in der Bundesrepublik einschl. Westberlin waren 1987 76 % der Meinung, die heutige Medizin löse die gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung "ausgezeichnet" oder "gut", 18 % gaben an, daß dies "nicht besonders gut" oder "schlecht" geschehe (BZgA, 1987, S. 3). Zwölf Jahre zuvor kam es bei einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage des Instituts für angewandte Sozialforschung, Infas, zu einem ähnlich positiven Ergebnis. Von den 2011 befragten Personen über 18 Jahren gaben 1979 78 % an,

daß sie auf das Gesundheitssystem "vertrauten" und nur 16 % hatten "kein Vertrauen" (BMAS, 1980, S. 59).

Abb. 3: Gesundheitssystem und Medizin im Urteil der bundesdeutschen Bevölkerung



Quellen: BMAS, 1980; BZgA, 1987

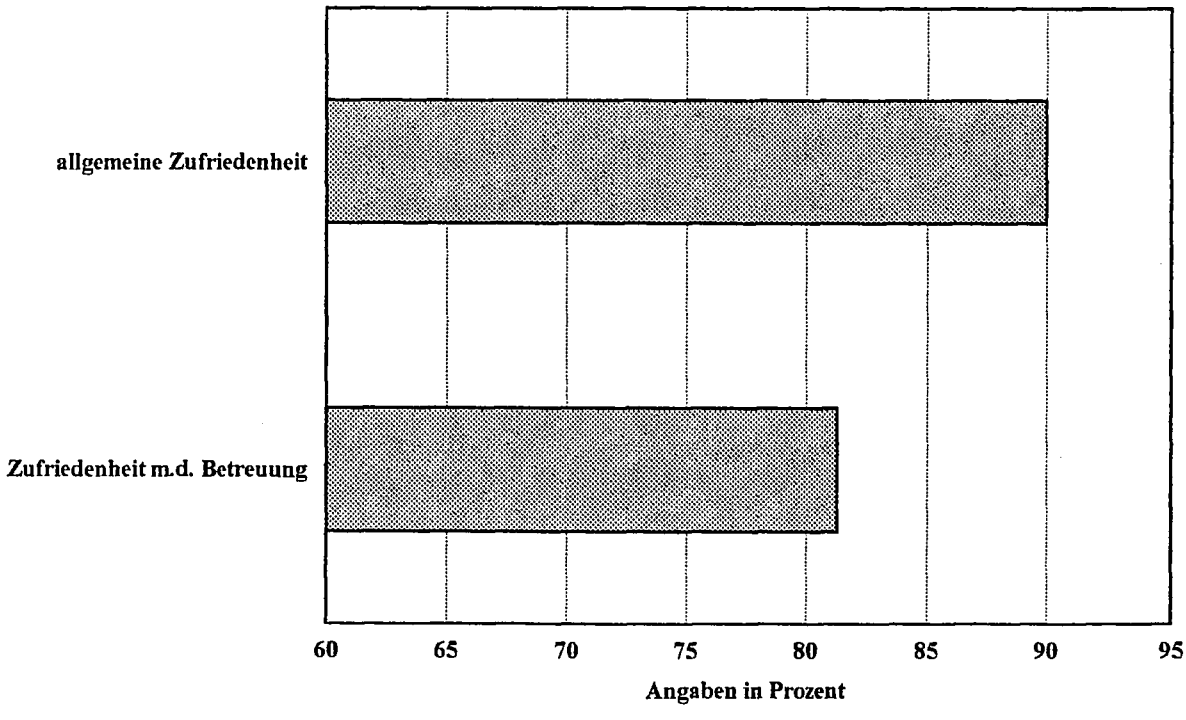
Zusammenfassend läßt sich bei der Betrachtung der vorliegenden Untersuchungen über die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem festhalten:

- eine grundsätzliche Umgestaltung des Systems, z.B. hin zu einer "eigenverantwortlicheren" Absicherung wird von der Mehrheit der Bevölkerung nicht gewünscht;
- die Einschätzungen der verschiedenen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung hängen auch von den direkten Bewertungsmöglichkeiten bzw. Kenntnissen ab (siehe Krankenversicherungsbeiträge);
- daneben hat auch die Erhebungsmethode (z.B. offene oder vorgegebene Antworten) Auswirkungen auf das Ergebnis;
- die Gesundheitspolitik (in Berlin) wird nur von etwas mehr als der Hälfte der Bevölkerung befürwortet, ein großer Teil der Befragten äußert keine Meinung zu diesem Thema;
- das Vertrauen in die medizinische Versorgung und die Zufriedenheit mit der Effektivität der Medizin liegen bei über 70 %.

2.2 Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung

Die Untersuchungen über die Zufriedenheit im ambulanten Bereich zeigen im allgemeinen eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Arzt und der Behandlung (s. Abb. 4). Die bereits erwähnte Infas-Untersuchung ergab, daß 1979 rund 90 % der bundesdeutschen Bevölkerung mit dem zuletzt besuchten Arzt sehr zufrieden oder zufrieden waren. Zwölf Jahre später, im November 1991, gaben bei der ebenfalls bereits erwähnten Umfrage des Berliner Senats 81,3 % der Westberliner Bevölkerung an, daß sie mit der Betreuung durch ihren Arzt zufrieden seien (Senatsverwaltung für Gesundheit, 1991, S. 21). In der gleichen Untersuchung zeigte sich die Ostberliner Bevölkerung mit der Betreuung durch Ärzte in poliklinischen Einrichtungen nur wenig unzufriedener: 78 % der Ostberliner waren 1991 mit der Betreuung durch ihre Ärzte zufrieden. Insgesamt hatten demnach 80,5 % der Berliner Bevölkerung an der ambulanten Versorgung kaum etwas auszusetzen.

Abb. 4: Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung



Quellen: BMAS, 1980; Senatsverwaltung für Gesundheit, 1991

Auf den ersten Blick erscheint beim Vergleich der beiden Befragungen die Zufriedenheit mit den Ärzten in der Zeit zwischen 1979 und 1981 um fast 9 % zurückgegangen zu sein (von 90 % auf 81,3 %). Wahrscheinlich ist der "Rückgang der Zufriedenheit" jedoch auf die Formulierung der Frage zurückzuführen. Während in der Infas-Umfrage 1979 nach der allgemeinen Zufriedenheit gefragt wurde, bezog sich die Frage im Berliner Gesundheitsbarometer 1991 auf die Zufriedenheit mit der Betreuung. Die Zufriedenheit mit der Betreuung liegt dabei um 9 % unter der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Arzt. Hierbei zeigt sich ein wesentliches Merkmal dieser Untersuchungen: sehr allgemein gehaltene Fragen nach der Zufriedenheit mit dem Arzt führen fast immer zu sehr hohen Werten. Wird jedoch nach Teilaspekten der Zufriedenheit gefragt, ergeben sich stellenweise stark abweichende Ergebnisse. Einzelne Aspekte der ambulanten Versorgung, wie z.B. die Beurteilung des Vertrauensverhältnisses, der Beratung oder der Betreuung werden dabei jeweils unterschiedlich bewertet. Bei der Umfrage des Berliner Senats waren mit der Beratung und Zuwendung durch den Arzt "nur" 77 % der Westberliner zufrieden und bewerteten damit diesen Aspekt um etwa 5 % geringer als die rein medizinische Betreuung (81,3 %). Im Gegensatz dazu beurteilte die Ostberliner Bevölkerung die Betreuung und Zuwendung durch den Arzt mit 78,4 % sogar etwas positiver als die rein medizinische Betreuung (78,0 %). Möglicherweise spiegeln sich in diesen Ergebnissen die zum Zeitpunkt der Erhebung weitgehend noch bestehenden schlechteren technischen Ausstattungen der Ostberliner Versorgungseinrichtungen wider. Die rein medizinische Betreuung hingegen wird in Ost- und Westberlin fast gleich hoch bewertet. Während die Unterschiede zwischen der ost- und westdeutschen Bevölkerung in Berlin noch relativ gering sind, ergaben sich in einer Studie der Gesellschaft für angewandte Wirtschafts- und Sozialforschung (Concret, 1991), die neun Monate zuvor, im Februar 1991, durchgeführt wurde, größere Abweichungen. Nur 70 % der 942 zufällig ausgewählten Bürger in den neuen Bundesländern gaben an, mit der ärztlichen Zuwendung und dem Vertrauensverhältnis zum Arzt zufrieden zu sein. Noch weniger (66 %) waren mit der fachlichen Beratung und Behandlung durch den Arzt zufrieden. Hierbei ist anzunehmen, daß sich in diesen Antworten auch die größeren Verunsicherungen in der ostdeutschen Bevölkerung, die durch die Einführung eines für sie neuen Versorgungssystems ausgelöst wurden, zeigen. Wahrscheinlich finden auch die allgemeinen Probleme der beruflichen und materiellen Existenzsicherung in den neuen Bundesländern hier ihren Niederschlag (vgl. Gensicke, 1993, S.57).

Die jeweils unterschiedlichen Frageformulierungen und vor allem die Vermischungen der verschiedenen Komponenten der Zufriedenheit (Beratung und Behandlung; Zuwendung und Vertrauen; Betreuung; Beratung und Zuwendung) erschweren den Vergleich der Ergebnisse.

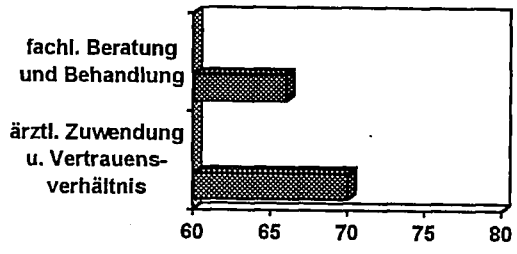
Zwar zeigen beide Untersuchungen ein hohes Niveau der Zufriedenheit (s. Abb. 5), es bleibt aber unklar, ob sich tatsächlich das Meinungsbild innerhalb von einigen Monaten verändert hat oder ob z.B. die Frage nach der "fachlichen Beratung und Behandlung" und nach der "Beratung und Zuwendung" aus der Sicht der Patienten unterschiedliche Aspekte betreffen und daher auch verschieden bewertet werden (z.B. höhere Bewertung der Zuwendung).

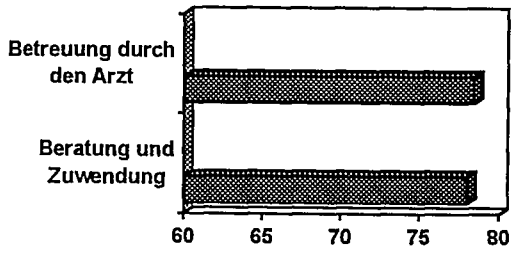
Abb. 5: Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern

Concret Befragung im 1991

Gesundheitsbarometer, 1991

Zufrieden mit...





Quelle: Concret, 1991

Quelle: Gesundheitsbarometer, 1991

In einer bundesweiten Umfrage der Hamburg-Mannheimer-Stiftung von 1992 zeigte sich die ostdeutsche Bevölkerung durchweg zufriedener mit ihren Ärzten als die Westdeutschen. So gaben 80 % der Befragten in den neuen Bundesländern an, ihr Arzt untersuche sie sorgfältig, jeweils 8 % antworteten hierauf mit "teils/teils" und mit "nein" . Die westdeutsche Bevölkerung urteilte dagegen kritischer: nur 72 % gaben an, ihr Arzt untersuche sie sorgfältig, 15 % antworteten teils/teils und 11 % waren nicht der Meinung, sie seien sorgfältig untersucht worden. Eine Definition der subjektiv empfundenen Sorgfalt ist in dieser Untersuchung nicht angegeben und so muß auch hier offen bleiben, ob die Unterschiede zwischen Ost und West auf unterschiedliche Ansprüche oder auf tatsächliche Abweichungen in der Sorgfalt der medizinischen Untersuchungen zurückzuführen ist. Frühere Befragungen in der DDR ergaben

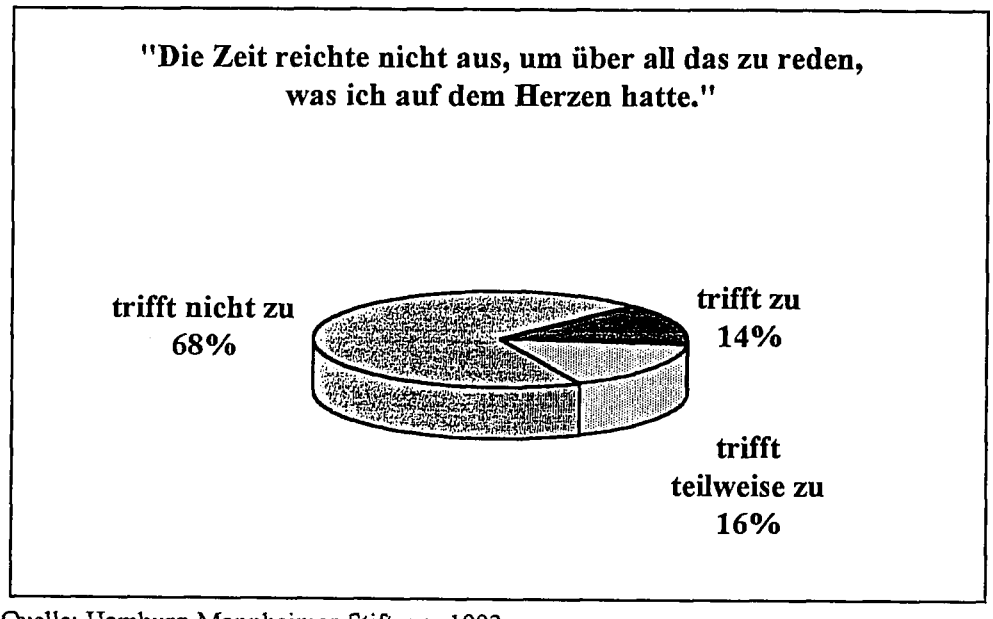
jedoch die gleichen hohen Werte bei globalen Fragen über die Zufriedenheit mit dem Arzt. So antworteten 1982 etwa 85 % der Bevölkerung, sie seien mit ihrem ambulant tätigen Arzt zufrieden. Allerdings hatte auch hier nur jeder Dritte das Gefühl, vom Arzt ausreichend über Entstehung und Verlauf seiner Krankheit informiert worden zu sein (Ewert et al., 1982).

Insgesamt wurden bei der Untersuchung der Hamburg-Mannheimer-Stiftung 4.605 Bundesbürger in Ost und West befragt. Teilweise kam es dabei zu deutlichen Kritikäußerungen (s. Abb. 6 und 7). Bezogen auf die Zufriedenheit mit ihrem letzten Arztbesuch sollten die Befragten zu verschiedenen Statements Stellung nehmen, u.a. zu der Aussage: "Mein Arzt interessiert sich für mich nicht als Mensch, sondern nur für meine Krankheit.". Zwei Drittel der Befragten (66 %) lehnten diese Aussage ab, 19 % stimmten "teilweise" und 13 % "voll und ganz" zu. Befragt danach, ob die Zeit beim Arzt ausgereicht habe, "um über all das zu reden, was ich auf dem Herzen hatte" waren 68 % der Meinung, die Zeit habe ausgereicht, 16 % die Zeit habe "teilweise" und 14 % sie habe "nicht ausgereicht".

Abb. 6 : Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch

Quelle: Hamburg-Mannheimer-Stiftung, 1993

Abb. 7 : Zufriedenheit mit dem letzten Arztbesuch



Quelle: Hamburg-Mannheimer-Stiftung, 1993

Fast ein Drittel der Bevölkerung sind laut dieser Untersuchung in unterschiedlichem Maße mit der ärztlichen Betreuung unzufrieden: 32 % hatten mehr oder weniger das Gefühl, der Arzt sehe in ihnen nur die Krankheit, und 30 % waren der Meinung, die Zeit, um über alles zu reden, habe teilweise oder überhaupt nicht ausgereicht. Nur zwei Drittel der Patienten empfinden ihre Ansprüche und Bedürfnisse nach teilnahmsvoller Zuwendung und angemessener Information und Aufklärung durch den Arzt als erfüllt. Dieses relativ geringe Zufriedenheitsniveau deutet auf eine vergleichsweise stark ausgeprägte Unzufriedenheit in der Bevölkerung hin. Die Autoren der Studie hatten offenbar ein noch schlechteres Ergebnis erwartet, denn für sie belegen diese Ergebnisse, daß "die Ärzte doch nicht so schlecht zu sein (scheinen) wie häufig ihr Ruf". (Hamburg-Mannheimer-Stiftung, 1993).

Ob die hier geäußerte Kritik an der Kommunikation mit dem Arzt ein Hinweis für gestiegene Unzufriedenheit ist, kann auf dieser Grundlage nicht entschieden werden, da in früheren Untersuchungen diese Fragen nicht gestellt wurden. Lediglich zu einem Aspekt ist ein Zeitvergleich möglich, dieser weist jedoch eher darauf hin, daß sich das Meinungsbild nicht sehr geändert hat: 1979 gaben 77 % der Befragten an, ihr Arzt untersuche gründlich (BMAS, 1980); 1991 lautete die zur Frage gestellte Aussage "Der Arzt untersucht mich nicht sehr

sorgfältig" und wurde von 74 % der Befragten abgelehnt (Hamburg-Mannheimer-Stiftung, 1993). Die Einschätzung der Untersuchungssorgfalt ist demnach ungefähr gleich geblieben.

Neben Fragen nach der allgemeinen Beurteilung der ambulanten Versorgung gilt als weiterer Indikator der Zufriedenheit die Häufigkeit des Arztwechsels. Bei der Infas-Umfrage von 1979 gaben 94 % der Bevölkerung an, ihren Arzt innerhalb eines Quartals selten oder nie zu wechseln. Die überwiegende Mehrheit der Patienten (81 %) gab an, ihren Arzt während eines Quartals nicht zu wechseln, weil sie keinen Anlaß dazu sah. Nur 7 % scheuten die Umstände und Unannehmlichkeiten, die mit einem Arztwechsel verbunden wären. Die Bestimmungen der Krankenkassen, die einen Arztwechsel innerhalb eines Quartals verbieten, spielen dabei fast keine Rolle, denn nur 1 % der Befragten gaben an, aus diesem Grund den Arzt nicht zu wechseln. (BMAS, 1980, S.100 ff.)

Der Wechsel des Arztes innerhalb eines Quartals ist jedoch mit einem größeren Aufwand verbunden (ein neuer Krankenschein müßte ausgestellt werden) und stellt daher auch eine Hemmschwelle dar. Dagegen kann der Arztwechsel zum nächsten Quartal ohne weitere formale Hindernisse vorgenommen werden. So ist denn auch die Zahl derjenigen, die überhaupt schon mal einen Arztwechsel aus Unzufriedenheit vorgenommen haben, etwas höher: In der Infas-Umfrage gaben 13 % an, ihren Arzt aufgrund des gestörten Vertrauensverhältnisses, wegen des ausbleibenden Behandlungserfolges oder wegen langer Wartezeiten schon einmal gewechselt zu haben. Bei denjenigen, die schon mal einen Wechsel innerhalb eines Quartals vorgenommen hatten (9 % der Befragten), war die Unzufriedenheit mit diesen Aspekten der Behandlung besonders deutlich: 48 % gaben an, wegen des ausgebliebenen Behandlungserfolges und 37 % aufgrund des gestörten Vertrauensverhältnisses ihren Arzt innerhalb des Quartals gewechselt zu haben. Die Frage der Kausalität, d.h. inwieweit die Wahrnehmung einer (vermeintlichen) Unfähigkeit des Arztes, Heilung herbeizuführen, das Arzt-Patient-Verhältnis beeinflußt oder umgekehrt, ein gestörtes Arzt-Patient-Verhältnis die Anerkennung der Fähigkeiten des Arztes, kann durch diese Untersuchung nicht geklärt werden (vgl. BMAS, 1980, S.104).

Der Anteil der Arztwechsler ist aber nach dieser Studie trotz allem sehr gering. Allerdings setzt ein Wechsel des Arztes auch die Erwartung voraus, daß der Wechsel zu einem anderen Arzt eine deutliche Verbesserung der Behandlung und Betreuung erbringen würde. Die höhere Heilpraktiker-Erfahrung der Arzt-Wechsler (25 % vs. 16 %), läßt darauf schließen, daß bei Unzufriedenheit mit dem Arzt auch nach anderen Alternativen gesucht wird (BMAS, 1980, S.104).

Behandlungserfolg und Vertrauen zum Arzt sind demnach wichtige Kriterien der Bewertung aus Sicht der Patienten. Weiteren Aufschluß über Aspekte der Zufriedenheit gibt folgende Aufstellung aus der Infas-Umfrage 1979 (s. Abb. 8). Danach gaben die Interviewten, befragt nach ihrem Arzt, an:

Abb. 8: Dimensionen der Zufriedenheit mit dem Arzt

Der Arzt ist freundlich	89 %
Er ist zuverlässig	85 %
Er wirkt sicher	84 %
Ich vertraue ihm	83 %
Ist mir sympathisch	83 %
Ist fachlich qualifiziert	79 %
Untersucht gründlich	77 %
Technisch gut ausgebildet	66 %
Macht Hausbesuche	61 %
Außerhalb der Sprechstunde erreichbar	58 %
Kennt meine Familienumstände	49 %
Ich kann mit ihm über Privates reden	48 %

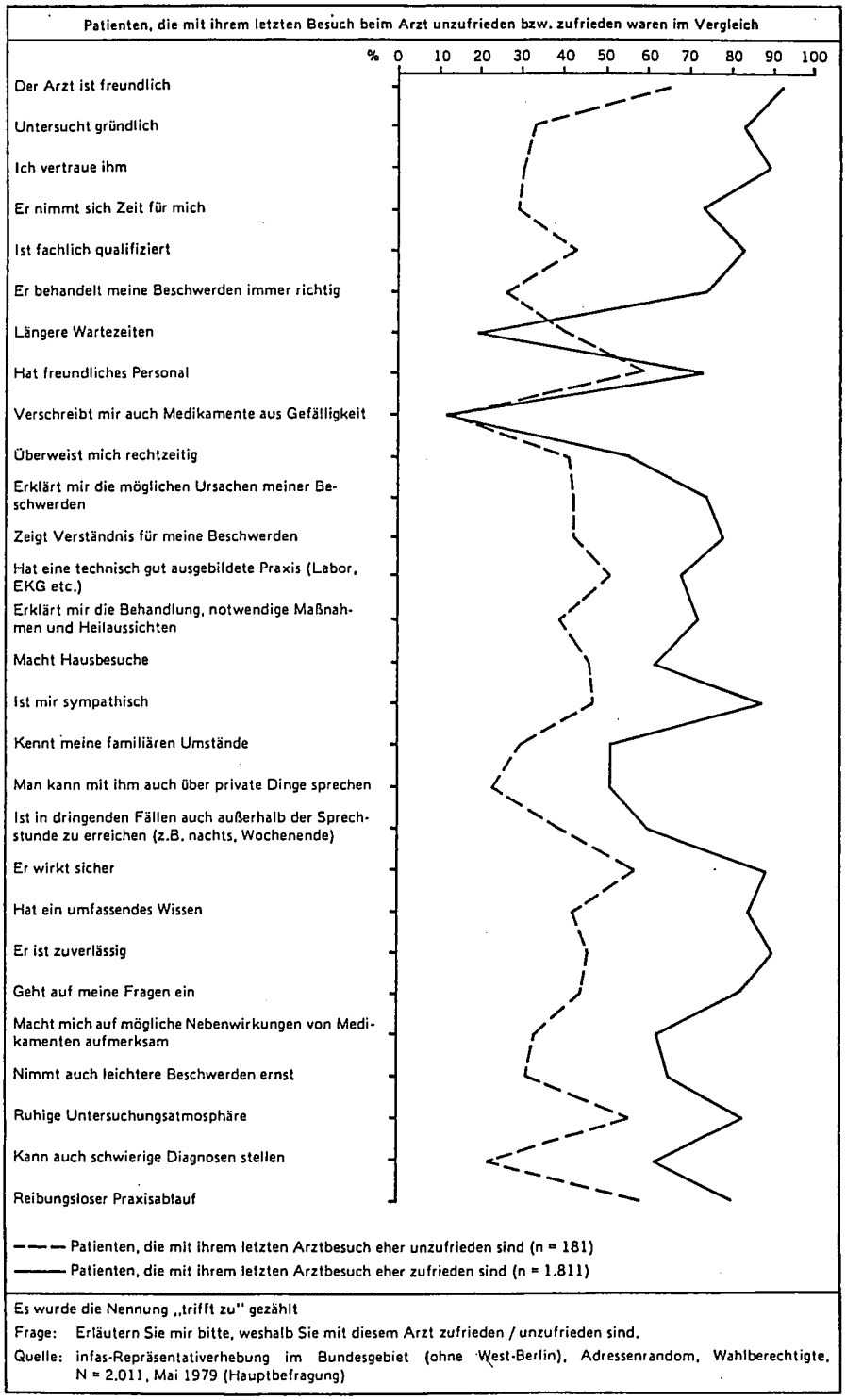
Quelle: BMAS, 1980, Tabellenteil

Freundlichkeit, Zuverlässigkeit, Sicherheit, Vertrauen und Sympathie stehen an der Spitze der Zufriedenheitsaspekte. Auch die fachliche Qualifikation, das gründliche Untersuchen und die technische Ausbildung wurden sehr häufig angegeben. Hier ist zu bedenken, daß die fachliche Qualifikation des Arztes aus der subjektiven Sicht der Patienten eingeschätzt wurde. Offen bleibt, welche Maßstäbe angesetzt werden und nach welchen Kriterien die Patienten (ohne eigene medizinische Ausbildung) die technische und fachliche Qualifikation bewerten. Zu fragen wäre z.B., ob aus Patientensicht ein besonders großer Einsatz von technischen Apparaten eine gründlichere Untersuchung darstellt. Nach Andersen (1991) spielen Zeitaspekte dabei eine große Rolle: Durch die Unfähigkeit der meisten Patienten die Qualität der ärztlichen Behandlung beurteilen zu können, werde ersatzweise die Dauer der Behandlung bewertet. Damit eng verbunden ist natürlich auch das Ausmaß der Kommunikation zwischen Arzt und Patient; diese Komponente hat sich in vielen Untersuchungen als ausschlaggebend für die Beurteilung der ärztlichen Betreuung gezeigt (Raspe 1978, 1983). Rund 60 % der Befragten gaben an, daß ihr Arzt Hausbesuche mache und in dringenden Fällen auch außerhalb der Sprechstunden erreichbar sei. Nur knapp die Hälfte äußerte, daß ihr Arzt ihre Familienverhältnisse kenne und die Möglichkeit bestehe mit dem Arzt auch über private Angelegenheiten zu reden.

Die Rangfolge der Zufriedenheitsaspekte läßt erkennen, daß Patienten deutlich zwischen verschiedenen Aspekten der Versorgung unterscheiden. Die wesentlich geringeren Werte bei den letzten beiden Aussagen (Kenntnis der Familienumstände, Gespräch über Privates) sind jedoch nicht unbedingt als Kritik zu werten, denn es ist nicht bekannt, ob diese Komponenten von allen Patienten erwartet werden. Die hohe Zufriedenheit mit dem Arzt, obwohl dieser in vielen Fällen die Familienumstände nicht kennt und das Gespräch über Privates nicht möglich ist, zeigt, daß die Bewertungsmaßstäbe der Patienten anders sind als man (zunächst) vermuten würde, wenn man eine Bewertung vor dem Hintergrund der Norm "Patientenorientierung der Medizin" zugrundelegt. Die Beurteilungskriterien der Patienten werden in den meisten Studien nur wenig oder gar nicht untersucht. Über ihr Zustandekommen oder den Einfluß z.B. subjektiv empfundener Zwänge ist daher bislang nur wenig bekannt.

Um mehr Einblick in die Bewertungsmaßstäbe der Patienten zu erhalten, wurden in der Infas-Umfrage die Arztbeurteilungen derjenigen Patienten, die im großen und ganzen mit ihrem Arzt zufrieden sind mit denjenigen verglichen, die mit ihren Ärzten unzufrieden sind (s. Abb. 9). Die Unterschiede in der Bewertung lassen erkennen, woran sich die Kritik der "Unzufriedenen" festmacht. An erster Stelle steht dabei das Vertrauensverhältnis zum Arzt, das bei den "Unzufriedenen" in erheblichem Maße gestört zu sein scheint. Der Unterschied zwischen "Zufriedenen" und "Unzufriedenen" beträgt hier fast 60 %. Auch die Gründlichkeit der Untersuchung durch den Arzt wird von den "Unzufriedenen" in erheblich geringerem Maße angegeben, des weiteren sind "unzufriedene" Patienten zum größten Teil nicht der Meinung, ihre Beschwerden würden richtig behandelt, und über die Hälfte von ihnen haben nicht das Gefühl, sich auf ihren Arzt verlassen zu können. Sie glauben wesentlich seltener, ihr Arzt nehme sich genügend Zeit für sie, und nur knapp ein Drittel der "Unzufriedenen" sind von dem umfassenden Wissen ihrer Arztes überzeugt. "Unzufriedene Patienten" geben zu rund 40 % seltener an, daß ihr Arzt schwierige Diagnosen erstellen könne oder über hohe Qualifikationen verfüge, der Arzt ihnen sympathisch sei oder auf ihre Frage eingehe. Rund 30 % geringere Zustimmung finden folgende Aussagen bei den "unzufriedenen Patienten" im Vergleich zu den "zufriedenen Patienten": "zeigt Verständnis für Beschwerden", "nimmt auch leichtere Beschwerden ernst", "erklärt die Behandlung", "erklärt Ursachen der Krankheit", "wirkt sicher", "erklärt Nebenwirkungen", "Gespräch über Privates möglich" und "Der Arzt ist freundlich.". Die Einschätzung der Untersuchungsatmosphäre, des Praxisablaufs, des Personals, der Kenntnis der familiären Umstände, der Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde und der technischen Ausstattung der Praxis weichen um rund 20 % von einander ab; das rechtzeitige Überweisen und die Hausbesuche weisen mit 14 % bzw. 15 % vergleichsweise geringe Abweichungen in den Beurteilungen auf.

Abb. 9: Patienten, die mit ihrem letzten Besuch beim Arzt unzufrieden bzw. zufrieden waren im Vergleich



Es wurde die Nennung „trifft zu" gezählt

Frage: Erläutern Sie mir bitte, weshalb Sie mit diesem Arzt zufrieden / unzufrieden sind.

Quelle: infas-Repräsentativerhebung im Bundesgebiet (ohne West-Berlin), Adressenrandom, Wahlberechtigte, N = 2.011, Mai 1979 (Hauptbefragung)

(entnommen aus: BMAS, 1980)

Diese Gegenüberstellung hebt die wichtige Bedeutung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient hervor. Möglicherweise führt ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu einer negativen Bewertung auch in anderen Bereichen. Dieser aus der Psychologie als "Halo-Effekt" bekannter Mechanismus beschreibt die Wirkungsweise eines einzelnen besonders wichtigen Aspekts auf die Bewertung aller anderen Aspekte zum selben Themenbereich bzw. zur selben Person. Die Daten der Infas-Untersuchung lassen jedoch eine weitere Überprüfung dieser Interpretation nicht zu. Die Beispiele zeigen, daß zwar die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung durch solche Befragungen erhoben werden kann, die Kriterien, die die Patienten bei ihrer Bewertung zugrunde legen, dabei aber zumeist im Dunkeln bleiben. Oft findet in der Darstellung der Untersuchungsergebnisse gar keine Auseinandersetzung mit den verschiedenen Dimensionen der Zufriedenheit statt. Unterschiedliche Aspekte werden dadurch vermischt und erschweren die Bestimmung der Unzufriedenheitsaspekte.

In einer vom Instituts für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens der DDR (ISOG) durchgeführten Studie wurde 1987 in Görlitz überprüft, welche Aspekte am stärksten mit der allgemeinen Patientenzufriedenheit übereinstimmten. Dabei zeigte sich, daß die allgemeine Patientenzufriedenheit vor allem mit vier Aspekten zusammenhing. Diese betrafen das Gespräch mit dem Arzt über Sorgen und Probleme, abgesehen von Sorgen über die Krankheit; die genaue Erläuterung der Wirkungsweise der verordneten Medikamente; die gewissenhafte Untersuchung und die Information über die Entstehung und den Verlauf der Krankheit. Die allgemeine Zufriedenheit war jedoch relativ unabhängig davon, ob der Arzt auf die Behandlungsvorschläge der Patienten einging oder lange Wartezeiten in Kauf genommen werden mußten. Eine Erklärung für diesen Umstand bietet die Untersuchung nicht an, und so bleibt den Autoren nur festzustellen, daß diese Aspekte offenbar andere Dimensionen der Zufriedenheit ausdrücken als mit der Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit erfaßt wird (Mielck, 1993).

Gerade in bezug auf die Wartezeit konnte jedoch Andersen (1991) in einer Untersuchung in den alten Bundesländern eine interessante Feststellung machen. Nicht etwa die kürzeste Wartezeit, sondern eine Wartezeit von 15-45 Minuten führte bei den meisten Patienten zu positiven Urteilen über den Arzt und den Behandlungsablauf. Zusätzlich stieg die Toleranz für Wartezeiten mit dem Grad der Zufriedenheit mit dem Arzt. Zu kurze Wartezeiten erzeugten Zweifel an der Qualifikation des Arztes (Andersen, 1991, S.7). Dieses Beispiel zeigt, daß es teilweise widersprüchliche Kriterien sind, die von den Patienten bei der Beurteilung angelegt werden. Einerseits wird oft der Wunsch nach ausführlicherer Information geäußert, an-

dererseits wird einem Arzt, der sich tatsächlich Zeit nimmt, eine gewisse Skepsis entgegengebracht. Die Bewertungsmaßstäbe richten sich daher auch nach den allgemeinen Umständen und den daraus resultierenden Standards: ein Arzt, der viel Zeit hat (wenige Patienten warten), kann aus dieser Perspektive kein guter Arzt sein.

Weiteren Einblick in die Beurteilungskriterien der Patienten gibt eine Studie aus der ehemaligen DDR über die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung. In dieser Untersuchung wurden die Motive von Personen ermittelt, die trotz Beschwerden keinen Arzt aufsuchten. Durch eine Faktorenanalyse ergab sich folgende Liste von Aussagen, die die Arztinanspruchnahme beeinträchtigten (Ewert et al., 1982, S. 47):

- Der Arzt zeigt sich wenig verständnisvoll.
- Der Arzt ist nicht ausgeglichen.
- Es besteht der Eindruck, daß der Arzt oberflächlich untersucht.
- Der Arzt erweckt den Eindruck, er habe kein Interesse am Beruf.
- Der Arzt nimmt keinen persönlichen Anteil am Patienten.
- Zweifel an der Diagnose des Arztes.
- Man muß lange warten.
- Der Arzt informiert nicht über die Krankheit.
- Der Arzt ist in seiner Lebensführung kein Vorbild.
- Der Arzt beginnt die Sprechstunde unpünktlich.

Das insgesamt negative Bild des Arztes aus der Sicht dieser Personen setzt sich aus mangelndem Verständnis, Unausgeglichenheit, Oberflächlichkeit und Desinteresse zusammen. Das daraus deutlich werdende gestörte Vertrauensverhältnis überträgt sich auch hier auf die Zweifel an der Diagnose.

Zusammenfassend läßt sich über die vorliegenden Untersuchungen über die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung festhalten:

- bei allgemeinen Fragen wird fast immer sehr hohe Zufriedenheit mit dem Arzt geäußert;
- allerdings gibt es deutliche Unterschiede zwischen allgemeiner Zufriedenheit und Zufriedenheit mit Teilaspekten der ambulanten Versorgung (Betreuung, Beratung, Zuwendung, Vertrauen);
- besonders das Eingehen des Arztes auf die Patienten wird von fast einem Drittel der Befragten als zu gering kritisiert;

- nur wenige Patienten wechseln aus Unzufriedenheit ihren Arzt, wobei die Scheu vor einer Auseinandersetzung bzw. die geringen Erwartungen an eine Verbesserung zu berücksichtigen sind;
- die Befragten unterscheiden deutlich zwischen verschiedenen Aspekten der Versorgung, wobei das Vertrauensverhältnis das wichtigste Kriterium zu sein scheint;
- über die Kriterien der Patienten bei der Bewertung ihrer Ärzte ist jedoch darüber hinaus bislang nur wenig bekannt.

2. 3 Die Zufriedenheit mit der stationären Versorgung

Auch die Zufriedenheit der Patienten mit der stationären Versorgung ist im allgemeinen sehr hoch. 1992 führte die AOK Gelsenkirchen eine Umfrage in acht Gelsenkirchener Krankenhäusern durch und befragte dabei insgesamt 845 Patienten nach der Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt. Rund 86 % beurteilten sowohl die ärztliche Betreuung als auch die Betreuung durch Krankenschwestern und Pfleger als "sehr gut" bis "gut", 85 % fühlten sich über ihre Krankheit, die Behandlung und die verordneten Medikamente ausreichend informiert und fast genauso viele (84 %) hatten den Eindruck, daß Ärzte und Pflegepersonal "genügend Zeit" für sie hatten. Auch mit der Unterbringung und der Verpflegung im Krankenhaus zeigte sich die überwiegende Mehrheit der Befragten zufrieden. Fast 90 % der Patienten waren in 2- oder 3-Bett Zimmern untergebracht und 86 % der Befragten meinten, die Anzahl der Zimmergenossen sei "gerade richtig" gewesen (AOK Gelsenkirchen, 1993).

Zu noch positiveren Ergebnissen kam es bei einer Befragung von 300 Patienten einer psychosomatischen Klinik (J. Schmidt et al., 1989) : 98,7 % waren mit dem Pflegepersonal "weitgehend" bzw. "sehr" zufrieden; 91,3 % waren der Auffassung, daß die Klinik "den meisten" bzw. "fast allen" Bedürfnissen entsprochen hatte; 91 % waren mit dem Ausmaß der Hilfe, die sie erhalten hatten, "weitgehend" bzw. "sehr" zufrieden; 89,4 % gaben an, daß die Behandlung ihnen "etwas" bzw. "eine ganze Menge" dabei geholfen habe, angemessener mit ihren Problemen umzugehen; 86,4 % der Patienten waren mit dem Ergebnis der Heilbehandlung "weitgehend" bzw. "sehr" zufrieden und 75,3 % beurteilten die Qualität der Behandlung, die sie erhalten hatten, als "gut" bzw. "ausgezeichnet". Die sehr hohen Zufriedenheitswerte dieser Untersuchung könnten darauf zurückzuführen sein, daß es sich um eine psychosomatische Klinik handelt, in der die Zuwendung zur Persönlichkeit der Patienten einen höheren Stellenwert genießt, als in anderen Krankenhäusern. Der Vergleich mit der

AOK-Untersuchung zeigt aber, daß auch in nicht psychosomatisch ausgerichteten Krankenhäusern die Patienten sehr hohe Zufriedenheit äußern.

Während bei den Befragungen von Patienten im Krankenhaus nur sehr wenig Kritik geübt wird, haben Personen außerhalb des Krankenhauses eine differenziertere Meinung. Bei der Umfrage des Berliner Senats (1991) wurden die Befragten aufgefordert anzugeben, wie sie gemessen an ihren Erfahrungen im Krankenhaus innerhalb der letzten 12 Monate, die medizinische Versorgung und ärztliche Betreuung, die Pflege sowie das Wohlbefinden durch die Zuwendung seitens der Ärzte und des Pflegeperonals einschätzten. Befragt nach der Qualität der medizinischen Versorgung und ärztlichen Betreuung im Krankenhaus gaben 81,9 % der Westberliner Bevölkerung an, diese sei "sehr gut" bis "zufriedenstellend". Wesentlich weniger waren jedoch mit der Pflege (65 %) und mit der Zuwendung der Ärzte und des Pflegepersonals zufrieden (55 %). Immerhin 17,4 % der Westberliner empfanden die pflegerische Seite während ihres Krankenhausaufenthaltes als "nicht ausreichend" und sogar 25,2 % beurteilten die Zuwendung seitens der Ärzte und des Pflegepersonals als weitestgehend unzureichend. Die Ostberliner beklagten zu 22,8 % bzw. 23,6 % eine unzureichende Pflege und Zuwendung der Ärzte und des Pflegepersonals (Senatsverwaltung für Gesundheit, 1991, S. 25).

Abb. 10: Krankenhausbeurteilung 1987, Vergleich zwischen Fern- und Nahbild
(Bevölkerung ab 16 Jahre, Bundesgebiet mit Westberlin)

Die Ärzte haben zuwenig Zeit für den einzelnen Patienten			
Nahbild	36 %	Fernbild	69 %
Die Chefärzte haben zuwenig Zeit für die Kranken			
Nahbild	35 %	Fernbild	63 %
Es gibt zuwenig Schwestern			
Nahbild	28 %	Fernbild	54 %
Massenbetrieb - man ist nur eine Nummer			
Nahbild	22 %	Fernbild	44 %

Quelle: Fachvereinigung, 1988, S. 18

Die unterschiedliche Bewertung je nach konkreter oder abstrakter Betrachtungsweise wurde in einer weiteren Krankenhausuntersuchung genauer untersucht (s. Abb. 10). Die Fachver-

einigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten läßt seit 1958 in unregelmäßigen Abständen Befragungen über die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt durchführen. In diesen vom Institut für Demoskopie in Allensbach durchgeführten Studien wurden jeweils zwei verschiedene Meinungsbilder über die Krankenhausversorgung abgefragt. Ein Teil der Befragten sollte ganz allgemein zu den heutigen Krankenhäusern Stellung nehmen ("Fernbild"), der andere Teil sollte die gleichen Fragen in bezug auf ein bestimmtes Krankenhaus, das sie selbst als Patienten oder Besucher am besten kannten, beantworten ("Nahbild").

Je nach Betrachtung ("Fernbild" oder "Nahbild") kommt es zu sehr unterschiedlichen Bewertungen, wobei die abstrakte "Fernbild"-Betrachtung deutlich kritischer ausfällt. Die Autoren der Studie sehen darin einen Beweis für die Beständigkeit negativer Stereotypen, die trotz positiver konkreter Erfahrungen im Krankenhaus über lange Zeit in der Bevölkerung bestehen bleiben "Es ist überraschend, wie lange sich schon manche der negativen Stereotypen gegenüber den konkreten Erfahrungen behaupten." (Fachvereinigung, 1988, S.18). Dabei gehen sie von der Annahme aus, daß die (unbegründeten) Vorurteile der Patienten zu einem negativeren "Fernbild" führen, daß dann durch die konkrete Erfahrung im Krankenhaus ausgeglichen werde "Daß Mißtrauen kann also durch eigene Erfahrungen abgebaut werden, (...)" (Fachvereinigung, 1988, S.48). Es sind jedoch auch ganz andere Interpretationen der Abweichungen zwischen "Nah- und Fernbild" denkbar. So kann z.B. die Erleichterung über eine erfolgte Genesung oder das Empfinden der sozialen Erwünschtheit einer positiven Antwort dazu führen, daß die konkrete Beurteilung des Krankenhausaufenthaltes positiver ausfällt als die abstrakte (Elkeles, 1993). Auch sind eine Vielzahl von Anpassungsleistungen zu berücksichtigen, die von den Patienten bei der Einlieferung in ein Krankenhaus erbracht werden müssen. Hierzu gehören z.B. der abrupte Rollenwechsel, die Informationsbegrenzung oder die ständige Bereitschaft, medizinische Eingriffe über sich ergehen zu lassen. Bei einer Studie mit 235 standardisierten Patienten-Interviews aus vier verschiedenen Krankenhäusern wurden diese Aspekte genauer untersucht (Siegrist, 1976). Dabei fiel auf, daß viele Patienten nach der Einlieferung in das jeweilige Krankenhaus eine resignativ-passive Haltung einnahmen und auf ihre eigentlichen Erwartungen hinsichtlich der Befriedigung ihrer Bedürfnisse, z.B. nach angemessener Aufklärung über ihre Krankheit, verzichteten. Obwohl 91,1 % der Patienten den Wunsch äußerten, "über alles, was mit der Krankheit und der Behandlung zusammenhängt, Bescheid zu wissen" und obwohl ihre faktische Informiertheit nachweislich begrenzt war, antworteten auf die Frage: "Haben Sie den Eindruck, daß der Doktor Ihnen genug über Ihren Krankheitszustand erzählt?" bemerkenswerterweise 70 % mit ja, 30 % verneinten diese Frage. Bei denjenigen, die sich nicht ausreichend informiert fühlten, fiel die hohe Bereitschaft auf, Pflegekräfte und Ärzte in Schutz zu nehmen und ihnen die begrenzte

Zeit der Kommunikation nicht vorzuwerfen. So wurden die wenigen Unzufriedenheitsäußerungen der Patienten im Krankenhaus oft von sofortigen Erklärungen begleitet, wie z.B. "Zeitdruck" oder "Arbeitsüberlastung" (Siegrist, 1976, S.40).

Neben den unterschiedlichen Bewertungen, je nachdem ob sie aus der abstrakten oder konkreten Betrachtungsweise erfolgen, weichen auch die positiven Bewertungen der direkten Versorgung durch Ärzte oder Pflegekräfte von der Bewertung des Krankenhauses als Institution deutlich voneinander ab. Diese Differenzen zeigen sich auch in den verschiedenen Allensbacher Studien über die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus. Die insgesamt vier repräsentativen Befragungen zum Thema Krankenhaus (1958, 1970, 1977 und 1987) bieten die Möglichkeit, über die Jahre entstehende Einstellungsveränderungen zu verfolgen.

Auf die Frage nach dem Eindruck, den die Krankenhäuser auf sie machen, antworteten die Befragten wie folgt (s. Abb. 11):

Abb. 11: Allgemeiner Eindruck von den Krankenhäusern in der Bundesrepublik 1970 - 1987 (für 1958 wurden hierzu keine Daten angegeben)
(Bevölkerung ab 16 Jahre, Bundesgebiet mit Westberlin)

	einen gute Eindruck	teils/ teils	keinen guten Eindruck	kein Urteil
1970	45 %	36 %	10 %	9 %
1977	47 %	35 %	7 %	11 %
1987	53 %	35 %	4 %	8 %

Quelle: Fachvereinigung, 1988, S. 14

Obwohl sich damit der gute Eindruck des Krankenhauses "langsam aber stetig" (Fachvereinigung, 1988, S.4) verbessert hat (von 45 % auf 53 %), sind die positiven Äußerungen in dieser Untersuchung vergleichsweise gering. Bei der Frage nach dem Eindruck des Krankenhauses als Ganzes werden eine Vielzahl von Aspekten gleichzeitig angesprochen. Neben der Beurteilung der Versorgung und Betreuung werden auch das Management, die Organisation oder die bauliche Ausstattung bewertet, wobei letztere besonders in den 60er und 70er Jahren erhebliche Kritik auf sich gezogen hat. Richten sich die Fragen ausschließlich auf die Zufriedenheit mit der Betreuung durch Ärzte oder Pflegepersonal, überwiegen auch in dieser Befragung die positiven Äußerungen.

Personen, die innerhalb der letzten 10 Jahre selbst schon einmal Patienten im Krankenhaus waren, wurde in jeder dieser Allensbacher Befragungen eine Liste mit Gründen für Unzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt vorgelegt (s. Abb. 12). Die Aussage "Der Arzt ist zu selten gekommen" wurde (1987) von 13 % bestätigt. Auch vom Pflegepersonal fühlten sich die meisten Patienten gut betreut: nur 10 % gaben an "Die Schwestern, Pfleger haben sich nicht genug gekümmert".

Abb. 12: Letzter Krankenhausaufenthalt; Gründe für Unzufriedenheit
(Krankenhaus-Patienten in den letzten 10 Jahren, Bundesgebiet mit Westberlin)

Frage: "Gab es irgend etwas, womit sie nicht so ganz zufrieden waren - könnten Sie es mir nach der Liste sagen?" (Vorlage einer Liste)

	1958	1970	1977	1987
Man wurde zu früh geweckt.	38 %	44 %	50 %	46 %
Es gab zu viel Unruhe durch Besuch im Zimmer.	-	-	-	17 %
Die Besuchszeiten waren ungünstig.	7 %	15 %	17 %	-
Es lagen zu viele in einem Raum.	21 %	25 %	21 %	16 %
Das Essen war nicht gut.	13 %	15 %	17 %	14 %
Der Arzt ist zu selten gekommen.	6 %	14 %	20 %	13 %
Alles war unpersönlich, man war nur eine Nummer.	11 %	12 %	16 %	13 %
Es wurde schlecht gelüftet.	5 %	10 %	12 %	-
Es war zu laut.	14 %	12 %	14 %	11 %
Die Schwestern und Pfleger haben sich nicht genug gekümmert.	9 %	12 %	14 %	10 %
Ich habe einen Fernsehapparat im Zimmer vermißt.	-	-	-	10 %
Die anderen Kranken waren nachts zu laut.	5 %	6 %	8 %	-
Das Licht wurde zu früh abgedreht.	9 %	9 %	7 %	-
Die Schwestern, die Pfleger waren barsch und unfreundlich.	7 %	7 %	10 %	6 %
Ich wurde falsch behandelt.	5 %	4 %	5 %	5 %
Es waren zu schwere Fälle im Zimmer.	9 %	11 %	8 %	5 %
Das Bett war schlecht.	3 %	6 %	5 %	-
Das Fernsehen der anderen Patienten hat mich gestört.	-	-	-	5 %
Die anderen Kranken waren rücksichtslos.	6 %	7 %	8 %	4 %
Es war nicht sauber.	2 %	3 %	5 %	3 %
Es war zu kalt, nicht gut geheizt.	3 %	1 %	3 %	-
Das Essen kam nicht pünktlich.	1 %	2 %	2 %	1 %
Anzahl der Prozente	**183**	**228**	**258**	**179**
Mit nichts davon unzufrieden	**36**	**24**	**22**	**29**
N =	**858**	**968**	**1048**	**1073**

Quelle: Fachvereinigung 1988, S. 43

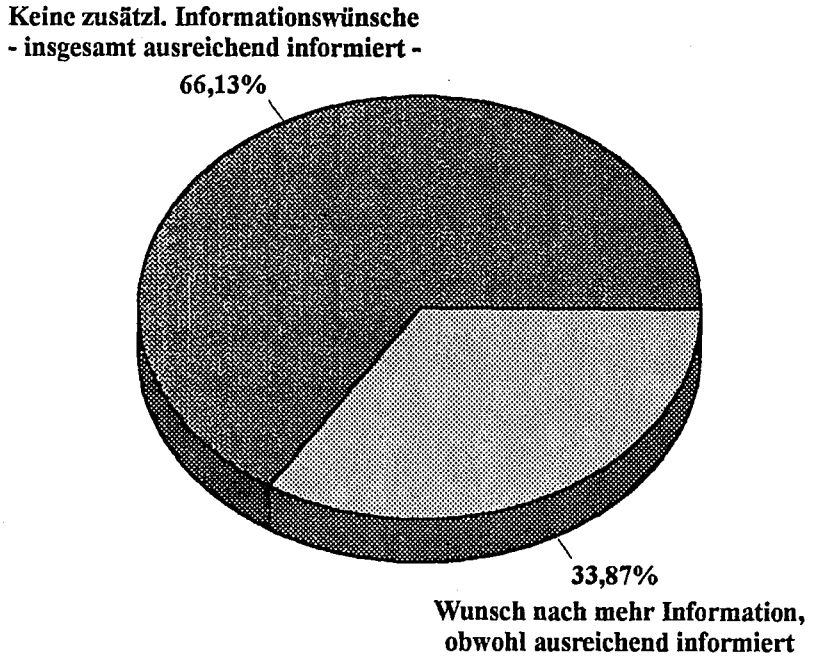
Der Vergleich der Äußerungen im Zeitverlauf zeigt, daß 1958 der Anteil derjenigen, die mit nichts unzufrieden waren, am größten war. Als Erklärung verweisen die Allensbacher auf die größere Bescheidenheit während der 50er Jahre, die zu dem positiven Ergebnis geführt haben könnte (Fachvereinigung, 1988, S. 42). Andererseits spiegeln sich in den Ergebnissen teilweise die lebhaften Diskussionen der 70er Jahre wieder (1977 war die Summe der negativen Ansichten am höchsten). Die große Aufmerksamkeit, die während dieser Zeit auch die gesundheitliche Versorgung erfuhr und zu einer kritischen Diskussion in der Öffentlichkeit führte, sind sehr wahrscheinlich der Grund für die kritischere Haltung während dieser Zeit. Die Diskussion um die Humanisierung des Krankenhauses nahm in den 70er Jahren zu. Die Gesundheitsbewegung erreichte zu Beginn der 80er Jahre ihren Höhepunkt und führte (zusätzlich) zu ausführlichen Berichterstattungen und Auseinandersetzungen über das Gesundheitssystem in den Medien. Zehn Jahre später (1987) nahm die Kritik wieder ab. Erleichtert wird in der Studie festgestellt "Der Trend der wachsenden Unzufriedenheit ist jetzt umgedreht." (Fachvereinigung, 1988, S.42). Hier stellt sich jedoch die Frage, ob dies aufgrund von verbesserten Bedingungen im Krankenhaus oder eher aufgrund des verminderten Interesses an diesen Themen zustande gekommen ist. Im Vergleich zum Beginn der 80er Jahre wird das Thema Krankenhausversorgung jetzt nicht mehr so kritisch in der Öffentlichkeit diskutiert. Es haben jedoch auch keine wesentlichen Veränderungen hinsichtlich einer patientenorientierteren Medizin stattgefunden. Es ist daher anzunehmen, daß die zurückgegangene Kritik auf das verminderte Interesse in der Öffentlichkeit zurückzuführen ist.

Umfangreiche Medienberichte haben einen wesentlichen Einfluß auf das jeweilige Meinungsbild in der Bevölkerung. Judge et al. (1993) stellten in einem Vergleich von Untersuchungen über die Zufriedenheit mit dem National Health Service in Großbritannien fest, daß es innerhalb weniger Monate zu erheblichen Schwankungen bei den Ergebnissen kam. Bei einer Analyse der wichtigsten Zeitungen und Fernsehanstalten in Bezug auf Berichte über das Gesundheitssystem konnte ein enger Zusammenhang zwischen umfangreicherer Medienberichterstattung und verstärkter Kritik in der Bevölkerung festgestellt werden.

Bezogen auf die einzelnen Aspekte der Unzufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt zeigt Abbildung 12, daß sich die stärkste Kritik in allen vier Befragungen jeweils auf das frühe Wecken konzentriert, weniger auf die Behandlung durch Ärzte oder Pflegekräfte. Fast 50 % der Patienten bemängelten noch 1987 diesen Zustand, obwohl in verschiedenen Modellprojekten bereits gezeigt wurde, daß durch andere Organisationsstrukturen das sehr frühe Wecken der Patienten durchaus vermieden werden kann. Abgesehen davon liegen alle anderen Unzufriedenheitsäußerungen unter 20 %, sieben davon sogar unter 10 %. Die Aspekte

der Betreuung durch Ärzte und Pflegekräfte wurden nur von 10 % - 13 % der Befragten kritisiert, als "barsch und unfreundlich" empfanden nur 6 % der Patienten die Schwestern und Pfleger.

Abb. 13: Informationswunsch von Krankenhauspatienten (N=186)



Quelle: Erzberger et al., 1989

In der vorgegebenen Liste möglicher Kritikpunkte war jedoch in allen Allensbacher Krankenhausstudien keine Möglichkeit der Kritik an unzureichender Information aufgenommen worden, obwohl sich gerade dieser Aspekt in einer Reihe von Studien als eine maßgebliche Komponente bei der Bestimmung der Zufriedenheit herausgestellt hat (Locker and Dunt, 1978; Raspe, 1976). Es ist auch gerade dieser Bereich, in dem es immer wieder zu im Detail widersprüchlichen Ergebnissen kommt. So antworteten z.B. bei einer Krankenhausbefragung bei 395 Patienten in Bremen (s. Abb. 13) zunächst 83 %, daß sie mit der Visite zufrieden waren und darüber hinaus die erhaltenen Informationen als ausreichend empfanden. Befragt danach, ob sie den Eindruck hatten, daß die Ärzte sie ausreichend über ihren Gesundheitszustand, die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen informiert

hätten, stimmten 73,7 % zu. Bei einer weiteren Frage, ob sie gerne noch mehr Informationen erhalten würden, antworteten jedoch noch einmal 55,3 % mit "Ja". Die Ermittlung der Schnittmenge ergab, daß rund ein Drittel der Befragten (33,8 %) angaben, gerne noch mehr Informationen zu erhalten, obwohl eben diese Patienten zuvor angegeben hatten, ausreichend informiert worden zu sein (Erzberger et al., 1989).

Auch bei früheren Untersuchungen hatte sich gezeigt, daß bei genaueren Nachfragen Kritik geäußert wird, die zunächst allgemein nicht geäußert worden war. So gaben 1968 90 % von 300 befragten Patienten eines Krankenhauses an, daß sie im ganzen mit der Krankenhausbehandlung zufrieden seien, gleichzeitig antworteten aber auch 46 %, daß sie gerne mehr Informationen und Aufklärung erhalten hätten (Cartwright, 1968). Auch Raspe stellte bei einer Krankenhausuntersuchung diese Widersprüche fest (Raspe, 1983, S. 36). Bei einer Befragung von ehemaligen Patienten einer Intensivstation überwogen auch hier die positiven Urteile, obwohl viele Patienten während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation von Angstträumen und Einsamkeitsgefühlen berichtet hatten (Halfar, 1987, S. 161).

In den Allensbacher Untersuchungen über die Krankenhäuser wurde durch eine tiefergehende Analyse den ansonsten sehr positiven Antworten entgegenstehende Empfindungen sichtbar. Dabei fielen besonders die hohen Assoziationen mit "Angst" und "Machtlosigkeit" auf (Fachvereinigung, 1988, S. 23f.).

Die Assoziation mit Angst hat in den letzten 17 Jahren beträchtlich zugenommen (von 43 % auf 55 %), d.h. über die Hälfte der Befragten haben spontane Vorstellungen von Angst, wenn sie an "Krankenhaus" denken (s. Abb. 14). Ähnlich ist es bei der Assoziation mit "Machtlosigkeit" (s. Abb. 15):

Abb. 14: Assoziationen zu "Krankenhaus"
(Bevölkerung ab 16 Jahre, Bundesgebiet mit Westberlin)

Denken Sie bei Krankenhaus zum Beispiel an Angst?			
	1970	**1977**	**1987**
Ja	43 %	50 %	55 %
Etwas	25 %	24 %	29 %
Nein	32 %	26 %	16 %

Quelle: Fachvereinigung, 1988, S. 23

Abb. 15: Assoziationen zu "Krankenhaus"
(Bevölkerung ab 16 Jahre, Bundesgebiet mit Westberlin)

Denken Sie bei Krankenhaus zum Beispiel an "Man kann sich nicht wehren, ist machtlos?"			
	1970	**1977**	**1987**
Ja	37 %	43 %	39 %
Etwas	21 %	24 %	34 %
Nein	42 %	33 %	27 %

Quelle: Fachvereinigung, 1988, S. 23

Das Gefühl der Machtlosigkeit hat 1987 zwar im Vergleich zu 1977 wieder etwas abgenommen, es ist aber immer noch für fast 40 % der Befragten eine spontane Assoziation, wenn sie an einen Krankenhausaufenthalt denken. Auch Engelhardt et al. (1973) stellten bei einer qualitativen Krankenhausstudie große Angst bei Patienten fest. Die Analyse von 120 qualitativen Interviews ergab, daß 21 % der Befragten ängstlich waren und weitere 21 % offene Furcht vor dem Krankenhaus zeigten (Engelhardt et al., 1973, S.67). Sicher ist es hierbei im Einzelfall schwierig zu entscheiden, ob die Umgebung oder die Krankheit die Angst auslösten. Das Ausmaß der empfundenen Machtlosigkeit und dem durch genaueres Nachfragen zutagetretendem unbefriedigten Informationsbedürfnis im Krankenhaus zeigen jedoch, daß hier durch bessere Aufklärung Abhilfe geschaffen werden könnte. So haben z.B. Informationshefte für Krankenhauspatienten eine positive Wirkung auf die Zufriedenheit gezeigt (Speierer, 1985, S. 30). Durch intensive Aufklärung der Patienten, z.B. vor einer Operation, konnte eine deutliche Streß- und Angstverminderung festgestellt werden (Gesellschaft für Arbeitsschutz, 1980).

Zusammenfassend läßt sich über die vorliegenden Studien über die Zufriedenheit im stationären Bereich festhalten:

- im allgemeinen ist die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus noch größer als die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung, jedoch gibt es deutliche Unterschiede zwischen Nah- und Fernbild;

- das Gefühl der Abhängigkeit und des Ausgeliefertseins der Patienten im Krankenhaus hat Auswirkungen auf die Beurteilung; die widersprüchlichen Antworten über hohe Zufriedenheit bei gleichzeitigem Wunsch nach umfangreicherer Aufklärung bestätigen dies;

- die Analyse der Äußerungen im Zeitverlauf spiegeln auch den Einfluß der jeweils aktuellen Diskussionen in der Öffentlichkeit und der Medien wider;

- bei tiefergehenden Analysen kommen bei einem großen Teil der Befragten zum Thema Krankenhaus Gefühle von Angst und Machtlosigkeit zutage.

3. EINFLUSSFAKTOREN DER ZUFRIEDENHEIT IM GESUNDHEITSBEREICH

Die dargestellten Untersuchungen zeigen, daß es sehr unterschiedliche Zufriedenheitsniveaus für die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung gibt. Während Fragen zum Gesundheitssystem vergleichsweise niedrige Zufriedenheitswerte hervorbringen, fällt die Zufriedenheit mit dem Arzt meist sehr hoch aus. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt dargelegt wurde, sind es nicht so sehr die konkreten Erfahrungen, sondern eher die Zurückhaltung vieler Patienten bei der kritischen Beurteilung ihrer Ärzte, die zu diesen positiven Ergebnissen führen. Viele Patienten scheuen sich, ihre Ansprüche und Einwände dem Arzt gegenüber zu äußern. Daran zeigt sich der nach wie vor starke Einfluß der ärztlichen Autorität auf das Verhalten der Patienten, wobei dieses jedoch erheblich mit der Sozialschicht der Patienten variiert. Auch das Anspruchsniveau der Patienten wird durch Alter, Bildungsstand und sozialem Status bestimmt. Gleichzeitig beeinflussen diese Faktoren die Bereitschaft, Kritik zu äußern oder sich den subjektiv empfundenen Standards anzupassen, d.h. sich auch mit nicht zufriedenstellenden Umständen zufrieden zu geben, um gesellschaftlichen Ansprüchen zu entsprechen. Neben diesen Faktoren bestimmt aber auch der Gesundheitszustand bzw. die Genesung der Patienten das Urteil über die Qualität der gesundheitlichen Betreuung. Die Auswirkungen zweier wichtiger Einflußfaktoren auf die Patientenzufriedenheit - die Sozialschicht und der Gesundheitszustand der Patienten - sollen im folgenden genauer betrachtet werden.

3. 1 Der Einfluß von Sozialschicht und Alter

Die Antworten der Patienten zeigen einen starken Zusammenhang mit sozioökonomischen Faktoren. In allen Untersuchungen ist die Zufriedenheit mit der Versorgung umso höher, je größer der soziale Abstand zum Arzt ist. Jüngere Personen und solche mit höherer Bildung äußern sich durchschnittlich kritischer als ältere. So antworteten auf die Frage nach der

Einschätzung ihres letzten Krankenhausaufenthaltes besonders die Jüngeren, daß "manches hätte besser sein können". Während es 1987 in der Allensbacher Krankenhausstudie im Durchschnitt nur 35 % der Befragten waren, die diese Antwort gaben, waren es bei den 16 bis 29jährigen 44 %. Damit hat sich dieser Unterschied seit 1977 fast in gleicher Stärke gehalten. Damals antworteten die Jüngeren zu 46 %, daß "manches hätte besser sein können", während es im Durchschnitt nur 36 % waren (Fachvereinigung, 1988, S. 36). Auch Infas 1979 konnte diesen Unterschied feststellen. Unter denen, die dem deutschen Gesundheitssystem allgemein skeptisch gegenüberstanden, waren hauptsächlich jüngere Personen aus höheren Bildungsschichten vertreten. Die gleiche Gruppe zeigte sich auch den Ärzten gegenüber kritischer (BMAS, 1980, S. 104). Auch im Berliner Gesundheitsbarometer stieg die Unzufriedenheit über die Zuwendung des Arztes mit dem sozialen Status (Senatsverwaltung für Gesundheit, 1991, S. 22).

Bildung und Alter beeinflussen auch das Ausmaß der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Sowohl die Fragen der Patienten an den Arzt als auch die Kommunikationsangebote der Ärzte an die Patienten nehmen mit steigender Sozialschicht zu. Bei einer Befragung von 700 Krankenhauspatienten (Cartwright, 1964) stellte sich heraus, daß der Anteil derjenigen Patienten, die während der Visite hauptsächlich von sich aus Fragen gestellt hatten, umso geringer ausfiel, je niedriger der soziale Status und je älter die Patienten waren. Aber auch die Bereitschaft der Ärzte, sich länger mit den Patienten zu unterhalten und bereitwillig Auskunft zu geben, variiert mit der Sozialschicht der Patienten. In einer Untersuchung der AOK, in der 165 Sprechstundengespräche ausgewertet wurden, zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Gesprächsdauer und dem Sozialstatus der Patienten (Wahl, 1987). Die Gespräche mit Patienten aus den unteren sozialen Schichten lagen dabei überdurchschnittlich häufig unter 5 Minuten, während die Gespräche mit Patienten der Mittelschicht oft 10-15 Minuten in Anspruch nahmen. In den kürzeren Gespräche entfielen vor allem die patientenbestimmten Inhalte, so z.B. die Beschreibung der Beschwerden, die Krankheitsentstehung oder die Erklärung der Krankheit aus Patientensicht. Die Patienten der Mittelschicht sind damit entweder durchsetzungsfähiger und lassen sich dadurch weniger unterbrechen oder die Ärzte geben ihnen von sich aus mehr Zeit, ihr Anliegen vorzubringen.

Daß auch das Verhalten der Ärzte von der Sozialschicht der Patienten abhängig ist, zeigen folgende Untersuchungen: In einer Studie von Korsch et al. (1968) stellte sich heraus, daß es Patienten mit höherer Schulbildung leichter hatten, sich dem Arzt gegenüber zu artikulieren und daß der Arzt umgekehrt eher auf solche Patienten einging. Dies konnten auch Pendleton et al. belegen: Mit höherem sozialen Status erhöhte sich neben der Dauer der Konsultation und

der Zahl der freiwillig gegebenen Informationen vor allem die Zahl der ungefragt gegebenen Erklärungen des Arztes (Pendleton et al., 1980). Untersuchungen aus der ehemaligen DDR (Harych, 1990, S.147) bestätigen das bevorzugende Verhalten gegenüber jüngeren Patienten und solchen mit Hoch- und Fachhochschulabschluß. Diese Patienten erhielten von der Ärzten sowohl mehr Informationen zum Therapieplan als auch zu den Möglichkeiten der aktiven Mitwirkung. Gleichzeitig förderte das erhöhte Informationsangebot der Ärzte die Frageaktivität der Patienten: Ärzte, die viel informierten, wurden auch häufiger von den Patienten befragt. Offenbar schaffen die Ärzte mit der Vermittlung von Informationen eine offenere Kommunikationsatmosphäre, die die Patienten ihre Scheu überwinden läßt, Fragen zu stellen. Die Zurückhaltung bei der Artikulation noch offener Fragen betrifft besonders ältere Patienten und solche mit geringerer Schulbildung. Gleichzeitig äußern gerade diese Personen die höchste Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung. Die bereits dargestellten paradoxen Aussagen von unbefriedigtem Informationsbedürfnis und gleichzeitig hoher Zufriedenheit zeigen sich besonders bei den Personen, deren soziale Distanz zum Arzt groß ist.

Auch in bezug auf den Arzt-Wechsel, die Dauer der Arzt-Patient-Beziehung und die Erwartungen der Patienten an den Arzt zeigt sich dieses sozioökonomische Muster. In der zitierten Infas-Studie von 1979 wurde ermittelt, daß zu den 9 %, die schon einmal aus Unzufriedenheit ihren Arzt während einer Behandlung gewechselt hatten, überdurchschnittlich viele Personen gehörten, die eine höhere Schulbildung (Abitur/Universität) aufwiesen. Auch bestand diese Gruppe aus eher jüngeren Personen, die ein besonders hohes Interesse für Gesundheitsthemen hatten (BMAS, 1980, S. 11). Umgekehrt sind unter denen, die trotz nicht erkennbarer Erfolge der Behandlung bei ihrem Arzt bleiben, überdurchschnittlich ältere Menschen und solche mit geringerer Bildung vertreten (Infratest, 1973).

Dieses Muster spiegelt sich auch in der Dauer der Arzt-Patient-Beziehung wider. Während vor allem Personen mit höherer Bildung dazu neigen, Internisten als Hausärzte zu wählen und häufig verschiedene Ärzte aufzusuchen, wählen Personen mit geringerer Bildung eher Allgemeinmediziner als ihre Hausärzte aus und wechseln den Arzt sehr selten. Dabei sind auch die unterschiedlichen Erwartungen zu berücksichtigen. Die Infas-Studie fand heraus, daß ältere Personen und solche mit niedriger Bildung in erster Linie "Zuwendung" und "soziale Nähe" von ihrem Arzt erwarteten, während bei jüngeren Personen eher fachliche Qualifikationen im Vordergrund standen. Die Gruppe der Jüngeren und höher Gebildeten neigte auch dazu, sofort einen Facharzt aufzusuchen; sie tendierten zu einer allgemeinen Skepsis gegenüber der medizinischen Versorgung und wechselten ihren Arzt wesentlich häufiger (BMAS, 1980, S. 9).

Vergleiche mit internationalen Studien bestätigen dieses sozioökonomische Muster des Antwortverhaltens (vgl. Judge et al., 1993; Street, 1992). Bei der kritischeren Haltung der jüngeren Befragten ist jedoch bislang unklar, ob es sich hierbei um einen Alterseffekt (Jüngere sind immer kritischer) oder um einen Generationseffekt handelt (die jetzt jüngere Generation ist kritischer und wird es auch im Alter bleiben). Aspekte wie die jeweiligen Erwartungen an die Betreuung und das Ausmaß der Autoritätsgläubigkeit wären hierbei zu untersuchen.

Schichtspezifische Unterschiede zeigen sich auch in den jeweiligen Anspruchsniveaus der Befragten. So haben Personen aus den oberen sozialen Schichten zumeist höhere Erwartungen an die Standards sozialer Dienstleistungen, während Personen aus unteren sozialen Schichten eher dazu tendieren, sich mit dem Status quo zufrieden zu geben. Zusätzlich haben Personen mit höherem sozialen Status eher das Gefühl, durch das Äußern von Kritik etwas verändern zu können (vgl. Judge et al., 1993, S.319). Die hohen Zufriedenheitswerte besonders bei älteren Personen und solchen mit geringer Bildung scheinen daher zumindest teilweise in den geringeren Ansprüchen und auf die Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse begründet zu liegen.

3. 2 Der Einfluß des Gesundheitszustandes

Der Gesundheitszustand der Befragten ist ein weiterer wesentlicher Einflußfaktor bei der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung. So stellten J. Schmidt et al. (1989) fest, daß das Maß der generellen Zufriedenheit am höchsten mit der wahrgenommenen Verbesserung der subjektiven Verfassung korrelierte (J. Schmidt et al., 1989, S. 253). Auch Cleary et al. (1991) konnten einen deutlichen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Wahrnehmung von Problemen während des Krankenhausaufenthaltes feststellen. Patienten, die ihre eigene Gesundheit als "poor" einschätzten, gaben doppelt so häufig Unzufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Versorgung an, wie Patienten, die ihre Gesundheit als "excellent" beschrieben.

Auch der bereits erwähnte Assoziationstest der Allensbacher Untersuchung könnte in diesem Sinne interpretiert werden. Den Befragten wurde eine insgesamt 17 Aussagen umfassende Liste vorgelegt, in denen die spontanen Verknüpfungen mit dem jeweiligen Gegenstand der Untersuchung erfragt wurden. Der Assoziationstest wurde anschließend mit Hilfe einer Faktorenanalyse ausgewertet, um die Verknüpfungen der Aussagen untereinander aufzuzeigen. Dieses Verfahren brachte eine klare Polarisierung zum Vorschein, d.h. die Befragten hatten

entweder hauptsächlich negative oder hauptsächlich positive Assoziationen mit dem Krankenhaus (s. Abb. 16). Die Assoziationen mit der schärfsten Kennzeichnungskraft (Markier-Items) sind für die negativen Aspekte die Aussage "Man kann sich nicht wehren, ist machtlos", für die positiven Aspekte die Aussage "Zuversichtliche Stimmung". Folgende Assoziationen sind jeweils mit den Faktoren verbunden :

Abb. 16: Assoziationen zum Krankenhaus. Ergebnisse der Faktorenanalyse
(Bevölkerung ab 16 Jahre, Bundesgebiet mit Westberlin)

Der "negative" Faktor besteht aus den Aussagen:		
1.	Man kann sich nicht wehren, ist machtlos	(0,59)
2.	Sterbende Menschen	(0,59)
3.	Angst	(0,58)
4.	Lange, schlaflose Nächte	(0,56)
5.	endloses Warten	(0,56)
6.	Einsamkeit	(0,53)
7.	Weiße Mäntel	(0,48)
8.	Unpersönlich, fremd	(0,46)
9.	Man erfährt zu wenig über seine Krankheit, die Wahrheit wird einem verschwiegen	(0,43)
10.	Kaserne	(0,43)
11.	Gleichgültiges Personal	(0,42)
Der "positive" Faktor setzt sich aus folgenden Assoziationen zusammen:		
1.	Zuversichtliche Stimmung	(0,65)
2.	Hilfsbereite Schwestern	(0,64)
3.	Unterhaltsam, gesellig	(0,59)
4.	Erholung, Entspannung	(0,53)
5.	Blumen, Geschenke	(0,51)

Quelle: Fachvereinigung, 1988, S. 165f.

Dieses Ergebnis läßt einen Einfluß des jeweiligen Gesundheitszustandes auf das subjektive Empfinden des Krankenhausaufenthaltes vermuten. Eine zuversichtliche Stimmung während des Krankenhausaufenthaltes überträgt sich möglicherweise auf die Wahrnehmung des hilfsbereiten Personals, während den "Machtlosen" beim Gedanken an ihren letzten Krankenhausaufenthalt das gleichgültige Personal in den Sinn kommt. Leider wurde in den Allensbacher Untersuchungen der Gesundheitszustand der Patienten nicht erhoben, so daß anhand dieser Veröffentlichung eine genauere Überprüfung dieser Vermutung nicht möglich ist.

4. DIE BEDINGTE AUSSAGEKRAFT VON ZUFRIEDENHEITS-UNTERSUCHUNGEN

Die dargestellten Studien haben gezeigt, daß die Zufriedenheitswerte zumindest bei allgemeinen Fragen ein sehr hohes Niveau aufweisen. Die Betrachtung von Teilaspekten hat aber auch deutlich gemacht, daß sich hinter global geäußerter Zufriedenheit beträchtliche Kritik verbergen kann. Besonders der Wunsch nach mehr Informationen wird oft erst durch detailliertes Nachfragen vorgebracht. Die Erhebung der Informationszufriedenheit der Patienten wird dadurch zu einem methodisch schwierigen Unterfangen. Einzelne globale Fragen können Detailprobleme zudecken und stellen damit wenig valide Beurteilungsgrundlagen für ein differenziert nachzuweisendes Informations- und Aufklärungsdefizit dar (Raspe, 1983). Auch andere Autoren äußern Zweifel an der auffallend positiven Bewertung der Patienten als Indikator für die Qualität und Angemessenheit der Behandlungssituation (Feuerstein, et al., 1991, S. 116). Hohe Zufriedenheitswerte sind daher nicht mit der Abwesenheit negativer individueller Erfahrungen und Empfindungen der Patienten gleichzusetzen. Raspe (1983, S. 51) stellte bei der Auswertung einer Vielzahl von Zufriedenheitsanalysen fest, daß sich im Durchschnitt drei Viertel der befragten Patienten zufrieden über den Krankenhausaufenthalt, die Arzt-Patient-Beziehung und die Betreuung äußerten, obwohl sie gleichzeitig von Unzulänglichkeiten in ihrer gesundheitlichen Versorgung berichteten. Er schlägt daher vor, Ergebnisse vom Zufriedenheitsuntersuchungen, die unter 75 % liegen, als "erhebliches Konfliktpotential" zu werten, denn es bedürfe beträchtlicher Unzufriedenheit, um die soziale Erwünschtheit der Zufriedenheit zu überwinden. Andere verweisen auf die Dankbarkeit der Patienten über die stattgefundene Heilung, die das Urteil verkläre (Elkeles, S.112, 1993). Auch der Einfluß der sozioökonomischen Faktoren hat deutlich gemacht, daß die Autorität des Arztes besonders für Patienten aus unteren sozialen Schichten eine unbefangene Bewertung der gesundheitlichen Betreuung erschwert. Grundsätzlich tragen jedoch bei allen Patienten vor allem folgende Faktoren zu einer Verzerrung der Ergebnisse in den Zufriedenheitsäußerungen bei:

- Verschiedene Autoren von Zufriedenheitsuntersuchungen im Gesundheitsbereich vermuten eine positive Verzerrung bei den Befragungen durch die <u>Selbstselektion der Befragten</u>. Sie nehmen an, daß sich unter denjenigen, die die Teilnahme an der Befragung verweigern, möglicherweise mehr Kritiker befinden als unter den Teilnehmern der jeweiligen Untersuchung. Hohe Zufriedenheitswerte könnten somit auch durch den Ausfall der Kritiker begünstigt werden (J. Schmidt, et al.; Cleary et al. 1991).

Andere Faktoren betreffen die besondere Situation der Kranken:

- Mit dem Aufsuchen des Arztes begibt sich der Kranke in die Obhut des Experten. Die eigenen Heilungsmöglichkeiten scheinen erschöpft, so daß nun der Arzt mit seinem speziellem Wissen zurate gezogen werden soll, um eine Heilung oder Linderung herbeizuführen. Der Patient übergibt damit die Verantwortung an den Arzt, in der Erwartung, daß dieser ihm hilft. Alle weiteren Entscheidungen liegen nun in der Macht des Arztes. Dieser Vorgang wird durch gegenseitige Rollenerwartungen unterstützt: Während der Patient erwartet, daß der Arzt eine Lösung für sein Problem findet, erwartet der Arzt wiederum, daß der Patient seinen Anordnungen folgt. Eine kritische Auseinandersetzung wird dabei weder vom Patienten noch vom Arzt angeregt. Das vordergründige Einverständnis auf beiden Seiten stützt sich jedoch auf eine "resignative Harmonie" (Feuerstein, 1991, S. 115): Die Akzeptierung der jeweiligen Rollen und das Etikettieren des Leidens mit einem medizinischen Begriff scheint für beide Seiten eine Entlastung darzustellen, die es ermöglicht, eventuelle Unsicherheiten auf seiten des Arztes zu übergehen und die Ursachen der Erkrankung nicht zu hinterfragen (vgl. Jordan et al. 1986).

- Für die Patienten im Krankenhaus kommt erschwerend hinzu, daß sie sich in einer ungewohnten Situation befinden, in der sie in hohem Maße von Anderen abhängig sind. Die Verunsicherung und gleichzeitige Abhängigkeit verhindern eine kritische Auseinandersetzung. Viele Patienten spüren, daß bei Ärzten und Pflegern zumeist nur solche Patienten als angenehm gelten, die sich anpassen, unauffällig sind und alle Anordnungen widerspruchslos befolgen (vgl. Rohde 1975; Engelhardt, 1973) und stellen ihre Ansprüche an Information und Kommunikation weitgehend zurück. Als Folge solcher Anpassungsleistungen ist eine resignativ-passive Haltung festzustellen. Kritische Patienten stören den reibungslosen Ablauf und sind daher unerwünscht. In der oben bereits genannten Untersuchung von Siegrist (1976) gaben die befragten Krankenhauspatienten an, auch deswegen nur wenig Kritik zu üben, weil sie glaubten, Ärzte und Pflegepersonal würden sie nicht mehr mit der gleichen Sorgfalt behandeln, beschwerten sie sich. Neben dieser hohen Sanktionsangst erfahren die Patienten z.T. erhebliche Einschränkungen und Belastungen. Goffmann (1973) spricht in diesem Zusammenhang vom Krankenhaus als "totale Institution".

- Ein anderer Grund für ausbleibende Kritik könnte sein, daß Krankheit für die meisten Menschen ein vorübergehendes Phänomen ist und sie daher eher dazu bereit sind, bestimmte Unannehmlichkeiten hinzunehmen. Gleichzeitig fühlen sie sich durch die gesellschaftlich

akzeptierte "Krankenrolle" (Parsons, 1958) von bestimmten Pflichten zeitweise befreit: sie sollen sich erholen, um nach der Wiederherstellung ihrer Gesundheit der Gesellschaft wieder zur Verfügung stehen zu können. Hierzu gehört jedoch auch, den Anweisungen des Arztes zu folgen. Vergleiche mit chronisch Kranken, die sich auf ein Leben mit der Krankheit einstellen müssen, zeigen, daß sich bei langfristigen Erkrankungen diese Einstellungen ändern. Chronisch Kranke üben häufiger Kritik an ihren Ärzten und fordern öfter ihre Rechte ein. Einrichtungen wie z.B. von Selbsthilfegruppen zeigen, daß viele Langzeitkranke die zu geringe Beachtung ihrer Bedürfnisse auf Dauer nicht akzeptieren (vgl. Köhler et al. 1986).

- Eine weitere Erklärung für sehr hohe Zufriedenheitsäußerungen bietet die Theorie der kognitiven Dissonanz. Dieser Erklärungsansatz geht davon aus, daß bei einer auftretenden Spannung (Dissonanz) zwischen Erwartungen und vorgefundener Situation Individuen dazu neigen, ihr Anspruchsniveau nachträglich herabzusetzen und damit Einklang (Konsonanz) herzustellen. Selbst unbefriedigende Situationen würden so am Ende zu Zufriedenheit führen (Festinger, 1957). Erzberger et al. (1989) sind der Ansicht, daß diese nachträgliche Umdeutung dazu führe, daß Patienten die zeitliche Dauer der Interaktion mit dem Arzt überschätzten und sich trotz offener Fragen zunächst ausreichend informiert fühlten.

- Auch Bartholomeyczik (1981) konnte die systematische zeitliche Überschätzung der Interaktion mit dem Arzt bei ihren Patientenbefragungen feststellen. Sie führt dies jedoch nicht auf die kognitive Dissonanz zurück, sondern auf die Autoritätsgläubigkeit der Patienten gegenüber dem Arzt, die alles was der Arzt tue, als gewichtiger erscheinen lasse. Auch die größere Kritikbereitschaft bei jüngeren Personen und solchen mit höherer Bildung scheint darauf hinzudeuten. Mit abnehmendem sozialen Abstand zur Autoritätsperson Arzt schwindet die Scheu vor Kritikäußerungen.

Neben diesen spezifischen Faktoren im Gesundheitsbereich, die zu einer Beeinträchtigung der Zufriedenheitsäußerungen der Patienten führen können, gibt es jedoch auch grundsätzliche Einwände gegen die Aussagekraft solcher Studien, denn sehr positive Bewertungen sind auch aus anderen Bereichen sozialwissenschaftlicher Zufriedenheitsforschung bekannt. Dies betrifft sowohl die allgemeine Lebenszufriedenheit (Datenreport, 1989, S. 369) als z.B. auch die Zufriedenheit mit der Arbeit (Widmer, 1988). Als Gründe für die weitgehend hohe Zufriedenheit wird angenommen, daß die meisten Menschen nach Glück und Zufriedenheit streben und dauerhafte Unzufriedenheit und Unglücklichsein eine extreme psychische Belastung darstellen würden (Datenreport, 1989, S. 376). Außerdem scheint die individuell

erlebte Zufriedenheit relativ unabhängig von objektiven Kriterien zustandezukommen. Zufriedenheit bedeutet eher, daß die eigenen Erwartungen in bezug auf einen bestimmten Bereich erfüllt wurden. Die Erwartungen werden dabei von der sozialen Vergleichsgruppe geprägt. So kommt es z.B., daß Menschen in ärmeren Ländern im Schnitt mit ihren Finanzen ebenso zufrieden sind wie Menschen in reichen Ländern oder daß die Bevölkerung der westlichen Industrieländer ihre materielle Situation vor 40 Jahren ähnlich gut oder schlecht bewertet wie heute, obwohl die Einkommen seitdem erheblich gestiegen sind (Easterlin, 1973; Duncan, 1975).

Zusammenfassend ist über den Aussagewert von Zufriedenheitsuntersuchungen zu sagen:

- Zufriedenheit mißt die Distanz zwischen Erwartungen/Ansprüchen und der vorgefundenen Situation. Sie ist dabei vom individuellem Anspruchsniveau, aber auch von Stimmungen oder den Erfahrungen aus erst kurz zurückliegenden Ereignissen abhängig.

- Der Zusammenhang zwischen subjektiven Bewertungen und objektiven Tatbeständen ist nicht immer hoch. Zufriedenheit kann auch dann geäußert werden, wenn die objektiven Bedingungen schlecht sind. Umgekehrt führen objektiv gute Bedingungen nicht automatisch zu höherer Zufriedenheit.

- Grundsätzlich gibt es bei allgemeinen Zufriedenheitsfragen eine starke Tendenz zu sehr positiven Antworten; die Höhe der Zufriedenheit variiert jedoch mit dem persönlichen Bezug zum Thema.

- Allgemeine Zufriedenheit schließt erhebliche Detailkritik nicht aus.

- Die zugrundeliegenden Maßstäbe der Beurteilung werden bei den meisten Untersuchungen nicht erhoben, damit ist oft nicht klar, was beurteilt wird. Dieses erschwert die Interpretation der Ergebnisse.

Schwarz (1987) führt die Abweichung zwischen allgemeiner Zufriedenheit und erheblicher Detailkritik auf die "momentane Urteilssituation" zurück, d.h. inwiefern positive oder negative Erinnerungen an einen Sachverhalt überwiegen. Bei allgemeinen Fragen z.B. nach der Lebenszufriedenheit werde nach einem großen Lebensbereich gefragt, über die das Individuum insgesamt ein Urteil abgeben soll. Urteile über die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt oder andere große persönliche Lebensbereiche (Arbeit, Partnerschaft) seien sofort abrufbar und

meistens positiv. Durch allgemeine Fragestellungen würden negative Aspekte nicht angesprochen und somit nicht in Erinnerung gerufen. Bei Detailfragen hingegen werde das Interesse auf ganz bestimmte Umstände gelenkt, die vielleicht bei dem Gesamturteil zunächst nicht berücksichtigt wurden (Schwarz, 1987, S.100).

Auch die Anordnung der Fragen kann zu Unterschieden zwischen allgemein hoher Zufriedenheit und wesentlich geringerer Zufriedenheit in Teilbereichen des Untersuchungsgegenstandes führen. Detailfragen über die eigene gesundheitliche Versorgung können nachfolgende Fragen über das Gesundheitssystem im allgemeinen beeinflussen, indem positive oder negative Erinnerungen wachgerufen werden. So wäre es möglich, daß selbst identische Fragen in verschiedenen Zusammenhängen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen (vgl. Judge et al., 1993). Laut Jajich-Toth et al. (1990, S.156) unterliegen die Fragen damit einem "Kontexteffekt" .

Abgesehen davon müssen aber auch die Zufriedenheitsäußerungen selbst genauer betrachtet werden. Bruggemann et al. (1975) unterscheidet verschiedene Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitszustände, die je nach Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse und Erwartungen und der jeweiligen Einstellung zur Veränderung der vorgefundenen Situation variieren. Hinter den globalen Zuordnungen "Zufriedenheit" bzw. "Unzufriedenheit" können sich folgende Differenzierungen verbergen:

<u>progressive Zufriedenheit</u>
Ein Zufriedenheitsurteil, das auf der Befriedigung von Bedürfnissen und Erwartungen beruht und zusätzlich mit dem Wunsch und/oder der Erwartung verbunden ist, weitergehende, neue Ziele zu erreichen

<u>stabilisierende Zufriedenheit</u>
Ein Zufriedenheitsurteil, das ebenfalls auf Befriedigung beruht und sich mit dem Wunsch nach Wahrung des Erreichten verbindet

<u>resignative Zufriedenheit</u>
Zufriedenheit aufgrund herabgesenkter Ansprüche

<u>Pseudo-Zufriedenheit</u>
Zufriedenheit aufgrund von Problemverdrängung und Verfälschungen der Situation

<u>fixierte Unzufriedenheit</u>
Die Unzufriedenheit erscheint ausweglos - Möglichkeiten zur Veränderung der Situation scheinen nicht vorhanden zu sein

konstruktive Unzufriedenheit
Unzufriedenheit wird mit Vorstellungen und Initiativen zur Überwindung der unbefriedigenden Situation verknüpft
(vgl. Bruggemann et al., 1975, S.132 ff.)

Die von Bruggemann für den Bereich der Arbeitszufriedenheit aufgestellten Unterscheidungen von Zufriedenheits- bzw. Unzufriedenheitsäußerungen bleiben bei den Studien im Gesundheitsbereich fast immer unberücksichtigt. Zumeist kann zwar auf einer Skala z.B. von 1-10 die Stärke der Zufriedenheit angegeben werden oder es stehen verschiedene Kategorien zur Auswahl (z.B. sehr zufrieden, zufrieden, unzufrieden), jedoch wird damit weder bekannt, welche Maßstäbe angelegt wurden (Anspruchsniveau), noch ob es sich z.B. um progressive oder resignative Zufriedenheit handelt. Überhaupt fehlt es bislang an einer Definition von Patientenzufriedenheit (Linder-Pelz, 1982), d.h. es bleibt fast immer offen, was mit der Kategorie "Zufriedenheit" gemeint ist und welche Bewertungskriterien der jeweiligen Beurteilung zugrunde liegen.

Vor allem die quantitativen Untersuchungen über die Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung sind daher nur bedingt aussagekräftig. Sie geben einen groben Überblick und weisen teilweise auf Schwachstellen in der Versorgung und Betreuung der Patienten hin. Oft werden jedoch zu oberflächliche Fragen gestellt, die aus den dargestellten Gründen fast automatisch zu positiven Ergebnissen führen. Viele Studien stellen bei der Konzeption der Studien keine fundierten Hypothesen auf (vgl. Hall, 1988a). Bei der Auswertung der Ergebnisse können Zusammenhänge daher oft nur spekulativ interpretiert werden. Die Verallgemeinerung der Resultate wird dadurch erschwert. Die wenigen Untersuchungen über die Patientenzufriedenheit in der Bundesrepublik sind zudem größtenteils Einzelstudien und behindern durch unterschiedliche Erhebungsmethoden und Fragestellungen die Ermittlung von Einstellungsveränderungen im Zeitverlauf.

Die Daten sollten daher immer unter der Berücksichtigung ihres Zustandekommens (Ort, Zeitpunkt, z.B. innerhalb oder außerhalb des Krankenhauses; vor oder nach einer Genesung) und dem inhaltlichen Schwerpunkt der Fragen (allgemein oder spezifisch; eher politische Einstellungen oder persönliche Erfahrungen) interpretiert werden. Auch der Kontext der Fragen kann das Ergebnis erheblich beeinflussen. Neben der begrenzten Aussagekraft der Untersuchungen ist aber bei der Interpretation vor allem zu bedenken, daß in vielen Untersuchungen wichtige Aspekte nicht berücksichtigt werden. So bleibt zumeist unklar, welche Faktoren der Versorgung aus der Sicht der Patienten wichtiger sind, welche unwichtiger. Auch

die Erwartungen der Patienten an die Betreuung durch ihre Ärzte und an die Versorgung im Krankenhaus werden oft nur oberflächlich untersucht. Der wichtige Aspekt des Informationsbedürfnisses der Patienten wird in einigen Studien nicht ausreichend oder überhaupt nicht untersucht. Qualitative Studien können hier mehr leisten und sind dringend erforderlich, denn trotz zahlreicher Untersuchungen über das Ausmaß der Zufriedenheit ist bislang wenig über die ihr zugrundeliegenden Kriterien bekannt. Ein Interesse an der Zufriedenheit der Bevölkerung mit der gesundheitlichen Versorgung setzt jedoch die Auseinandersetzung mit ihren Bewertungsmaßstäben voraus. Die vorliegenden Untersuchungen machen leider eher den Eindruck, die Legitimation der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung solle nicht überprüft, sondern hergestellt werden, indem sich widersprechende Ergebnisse ignoriert oder durch globale Befragungen positive Antworten "erzeugt" werden. Wenn jedoch eine stärkere Beteiligung der Patienten an der eigenen Behandlung und an den damit verbundenen Entscheidungen ernst gemeint ist, sollten gerade die Gründe für widersprüchliche oder zurückhaltende Beurteilungen in den Mittelpunkt gerückt werden.

5. Literatur

Abholz, H.-H.: Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? In: Deppe, H.-U. (Hrsg.): Vernachlässigte Gesundheit. Köln, 1980

Abrahms, M.; Numerof, S.S.: A bad experience can break your hospital. Hospitals 61, Nr. 13, 1987

Allensbacher Jahrbuch der Demoskopie. Noelle-Neumann, E.; Piel, E. (Hrsg.) Band VIII, München 1983

Andersen, H.: Zeitsignale: Zum Reputationseffekt von Zeitkoeffizienten auf dem Arztleistungsmarkt. Discussion Paper FS IV 91-1, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 1991

Andersen, H.; Schulenburg, J.M. Graf v.d.: Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb. Berlin 1990

AOK-Gelsenkirchen: Patientenbefragung. Gute Noten für Gelsenkirchener Krankenhäuser. Die Ortskrankenkasse, 10, S.355-356, 1993

Attkisson, C.C.; Zwick, R.: The Client Satisfaction Questionaire. Evaluation and Program Planing, Nr.5, S.233-237, 1982

Baethge, M.; Schomburg, H.; Voskamp, U.: Jugend und Krise - Krise aktueller Jugendforschung. Forschungsberichte des Soziologischen Forschungsinstituts Göttingen (SOFI). Frankfurt a.M., New York 1983

Bartholomeyczik, S.: Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten; Teil 2: Ergebnisse. Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen. Band 7. Technische Universität Berlin 1981

Beckmann, D.: Arzt-Patient-Beziehung. In: Huppermann, G.; Wilker, F.G. (Hrsg.):Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. S.219-222, München-Wien-Baltimore 1988

Begemann, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. München 1976

Bensing, J.: Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice. Utrecht 1991

Ben-Sira, Z.: The structure of hospital's image. Medical Care, Vol. 21, Nr.10, 1983

Bersdorf, R.; Lefeber, Ch.: "Mein Arzt nimmt mich nicht ernst!" Aus der Arbeit der Ärztekammer-Beschwerdestelle. Berliner Ärzte 1/92, S.11-14

Blendon, R. J.; Leitman, R.; Morrison, I. et al.: Satisfaction with Health Systems in Ten Nations. Health Affairs, S.185-192, Summer 1990

Brenner, R.: Zur Rolle der Pflegekräfte im Krankenhaus. In: Jordan, J.; Krause-Girth, C. (Hrsg.): Frankfurter Beiträge zur psychosozialen Medizin. Frankfurt/M. Bd. 1, S. 147-157, 1989

Bruggeman, A.; Groskurth, P.; Ulich, E.: Arbeitszufriedenheit. Bd.17 der Reihe Schriften zur Arbeitspsychologie. Bern, Stuttgart, Wien 1975

BMAS, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Forschungsbericht Gesundheitsforschung Nr.34. Zur Entscheidungsstruktur der Arztwahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt. Bonn 1980

BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Aktionsgrundlage 1987 (ehem. Jahreseffizienzkontrolle). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung der Bevölkerung ab 14 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland einschl. Berlin West. Teilband: Gesundheit. Köln 1987

Cartwright, A.: Communication between doctors and patients. Proceedings Royal Societa Medicine 61, S.561-563, 1968

Cleary, P. D. et al.: Patients Evaluate Their Hospital Care. A National Survey. Health Affairs, S. 254-267, Winter 1991

Concret, Gesellschaft für angewandte Wirtschafts- und Sozialforschung mbH: Meinungen der Bürger in den neuen Bundesländern zum System und Niveau der gesundheitlichen Betreuung. Forschungsbericht, UF 9107, Berlin 1991

Datenreport 1989: Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt, Bonn 1989

Datenreport 1992: Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Statistisches Bundesamt, Bonn 1992

Dehlinger, E.; Brennecke, R.: Die Akzeptanz der sozialen Sicherung in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Gesundheits-Wesen, Nr.54, S.229-243, 1992

Duncan, O. D.: Does Money Buy Satisfaction? Social Indicators Research, 2, S.267-274, 1975

Easterlin, C.: Does Money Buy Happiness? The Public Intrest, 30, S. 3-10, 1973

Erzberger, Ch.; Derivaux, J. C.; Ruhstrat, E.-U.: Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten - Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht. Medizin, Mensch und Gesellschaft, Band 14, S.140-145, 1989

Elkeles, Th.: Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: Zur Kritik der Funktionspflege. 4.Aufl., Frankfurt a. M. 1993

Engelhardt, K.: Patientenzentrierte Medizin. Stuttgart 1978

Engelhardt, K.; Wirth, A.; Kindermann, L.: Kranke im Krankenhaus. Grenzen und Ergänzungsbedürftigkeit naturwissenschaftlicher-technischer Medizin, 1. Aufl., Stuttgart 1973

Erdmann, H.; Overrath, H.-G.; Adam, W. et al.: Organisationsprobleme der ärztlichen Krankenversorgung. In: Begemann, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. S.137-145, München, Berlin, Wien 1976

Ewert, G.; Hüttner, H.; Keune, H.: Der Patient in der Sprechstunde. Erwartungen Rechte und Pflichten, Zufriedenheit. VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin 1982

Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V. (Hrsg.): Menschen im Krankenhaus. Repräsentative Umfragen über Meinungen und Erfahrungen von Patienten und Besuchern durch drei Jahrzehnte, Allensbach 1988

Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V. (Hrsg.): Krankenhaus und Zeitgeist. Allensbach 1978

Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V. (Hrsg.): Das Image des deutschen Krankenhauses. Ergebnisse einer allgemeinen Bevölkerungsbefragung des Instituts für Demoskopie Allensbach, Allensbach 1970

Falvo, D.; Woehlke, P.; Deichmann, J.: Relationship of physician behavior to patient compliance. Patient Counsel. Health Education, No.2, S.185-188, 1980

Festinger, L.: A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford, Ca. 1957

Feuerstein, G.; Badura, B.: Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf 1991.

Fitzpatrick, R.: Surveys of patient satisfaction: I - Important general considerations. British Medical Journal, Vol. 302, S.887-889, 1991a

Fitzpatrick, R.: Surveys of patient satisfaction: II - Designing a questionnaire and conducting a survey. British Medical Journal, Vol. 302, S.1129-1132, 1991b

Freidson, E.: Der Ärztestand. Stuttgart 1979

Freidson, E.: Dominanz der Experten. München-Berlin-Wien 1975

Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D.: Verständnis und Verständigung. (Kommunikations-) Störungen in der Beziehung zwischen Arzt und Patient. Berliner Ärzte, Nr.1, S.15-17, 1992

Gensicke, Th.: Gesundheit in der modernen Gesellschaft. Empirische Analysen zum Lebensbereich "Gesundheit" in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsinstitut für Öffentliche Verwaltung bei der Hochschule für Verwaltungswissenschaften, Speyer 1993

Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH (Hrsg.): OP-Information und präoperative Versorgung - Fallstudie. Dortmund 1980

Göckenjahn, G.: Wandlungen im Selbstbild des Arztes. Soziologische Anmerkungen zum Funktionsdefizit von Ärzteideal und ärztlicher Ethik. Medizin, Mensch und Gesellschaft, Band 13, Nr. 1, S.41-49, 1988

Goffmann, E: Asyle. Frankfurt a. M., 1973

Halfar, B.: Nicht-intendierte Handlungsfolgen. Zweckwidrige Effekte zielgerichteter Handlungen als Steuerungsproblem der Sozialplanung. Stuttgart, 1987

Hall, J.A.; Dornan, M.C.: Meta-Analysis Of Satisfaction With Medical Care: Description Of Research Domain And Analysis Of Overall Satisfaction Levels. Social Science and Medicine, Vol 27, No.6, S.637-644, 1988a

Hall, J.A.; Dornan, M.C.: What Patients Like About Their Medical Care And How Often Are They Asked: A Meta-Analysis Of The Satisfaction Literature. Social Science and Medicine, Vol. 27, No. 9, S. 935 - 939, 1988b

Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin e.V.: Ärzte besser als ihr Ruf. Pressedienst, Hamburg 1993

Harych, I.: Soziale Qualität der medizinischen Betreuung - Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte. In: Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Thiele, W. (Hrsg.), S.146-150, Sankt Augustin 1990

Haun, R.: Der befreite Patient. Wie wir Selbsthilfe lernen können. Eine Alternative zum Medizinkonsum. München 1982

Hirschman, A. O.: Exit, Voice and Loyality. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. London 1970

Houston, C.S.; Pasanen, W.E.: Patients' perception of hospital care. Hospitals 46, 70-74, 1972

Huber, E.: Die iatrogene Dystonie - Über die System-Erkrankung der ambulanten Versorgung. Die Betriebskrankenkasse, Heft Nr. 8-9, S. 483-489, 1992

Huber, E.: Zeit statt Pillen. Interview mit dem Präsidenten der Berliner Ärztekammer. Die Zeit, Nr.35, 21.8.1992

Infratest: Projekt Arzt-Image, Nr.721188, 1973

Ipsen, Detlev: Das Konstrukt Zufriedenheit. Soziale Welt, Nr.29, S.44-53, 1978

Jajich-Toth, C.; Roper, B.W.: Americans' Views On Health Care: A Study In Contradictions. Health Affairs, Winter 1990, S.149-157

Jordan, J.; Krause-Grith, C.: Technologische Entwicklungen der Medizin aus psychosomatischer Sicht. Argument-Sonderband AS 141, S.69-85, 1986

Judge, K.; Solomon, M.: Public Opinion and the National Health Service: Patterns and Persepectives in Consumer Satisfaction. Journal of Social Policy, 22, 3, S.299-327, 1993

Katz, J.: The Silent World of Doctor and Patient. New York 1984

Koch, U.: Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen. In: Psychologie heute, 2. Jg., Nr.1, S.13-17, 1975

Köhler, B. M.; Thorbecke, R.: Struktur und Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen. Veröffentlichungen des Forschungsschwerpunktes Arbeitspolitik IIVG/dp86-208, Wissenschaftzentrum für Sozialforschung, Berlin 1986

Kohn, R.; White, K. (Hrsg.): Health Care. An International Study. Oxford, New York, Toronto 1976

Korsch, B. W. et al., Gaps in doctor-patient communication. Pediatrics 42, S.855-871, 1968

Kurella, S., Hüttner, H.: Das soziale Wesen Patient. In: Hüttner, H.; Harych, I.; Keune, H. et al.: Der Patient im Krankenhaus. S.14-30, Berlin 1979

Lachmund, J.: Die Profession, der Patient und das medizinische Wissen. Von der kurativen Medizin zur Risikoprävention. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 16, Heft 5, S.353-366, 1987

Lebow, J.L.: Consumer assessments of the qualitiy of medical care. Medical Care, Nr.12, S.328, 1974

Linder-Pelz, S.: Toward A Theory Of Patient Satisfaction. Social Science and Medicine, Vol.16, S.577-582, 1982

Locker, D.; Dunt, D.: Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science and Medicine 12, S.283-292, 1978

Lüschen, G.; Cockerham, W. C.; Kunz, G.: Deutsche und amerikanische Gesundheitsstruktur - oder What do they say when you sneeze? Medizin, Mensch und Gesellschaft, 12 Jg., S. 59-69, 1987

Mielck, A.; Satzinger, W.; Apelt, P.: Zufriedenheit mit der ambulant-ärztlichen Versorgung: Unterschiede nach Schulbildung in Görlitz. Sozial- und Präventivmedizin, 38, S.142-147, 1993

Noelle-Neumann, E.: Forderungen des Bürgers an seine Gesundheitsversorgung - Eine Darstellung auf der Grundlage einer aktualisierten Bürgerbefragung. Krankenhaus Umschau, Nr.7, S.511-513, 1988

Noelle-Neumann, E.: Im Schutz des Krankenscheins. Eine Umfrage über das Seehofer-Paket zur Reform des Gesundheitswesens. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, S.14, 7.12.1992

Novak, P.: Medizinsoziologischer Ansatz des Kommunikationsproblems zwischen Ärzten und Patienten. Baustein zu einer allgemeinen Theorie der Arzt-Patient-Aktion. Homburg/Saar 1974

Parkin, D.M.: Survey of the success of communications between hospital staff and patients. Public Health 90, S.203-209, 1976

Parsons, T.: Struktur und Funktion der Modernen Medizin. In: König, R.; Tönnesmann, M. (Hrsg.): Probleme der Medizinsoziologie. KZfSS, Sonderheft 3, S.10-57, Köln/Opladen 1958

Pendleton, D.A.; Blochner, St.: The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. Social Science and Medicine, No. 14A, S.669-673, 1980

Pendleton, D.A.; Hasler, J. (Hrsg.): Doctor-Patient Communication. Academic Press, London, New York, 1983

Rashid, A.; Forman, W., Jagger, C. et al.: Consultations in general pracice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. British Medical Journal, Vol.299, S. 1015-16, 21.10.1989

Raspe, H.-H.: Aufklärung und Information im Krankenhaus. Beihefte zur Zeitschrift: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik - Beiträge zur Sozialpsychologie und sozialen Praxis. Heft 17, Göttingen 1983

Raspe, H.-H.: Die Aufklärung des Patienten und das Problem des Hospitalismus. Deutsche medizinische Wochenschrift 103, S.1998-2003, 1978

Raspe, H.-H.: Informationsbedürfnisse und faktische Uninformiertheit bei Krankenhauspatienten. Darstellung und Diskusssion eines Mißverhältnisses. In: Begemann, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus, S. 49-71, München 1976

Rauskolb, Ch.: Lobby in Weiß. Struktur und Politik der Ärzteverbände. Frankfurt/ Köln 1976

Reynolds, M. et al.: Cancer and communication: information giving in an oncology clinic. British Medical Journal, Vol. 282, S. 1449-1451, 1981

Ridder, P.: Einführung in die Medizinische Soziologie. Studienskripten zur Soziologie. Scheuch, E.K.; Sahner, H. (Hrsg.), Stuttgart 1988

Ritter-Röhr, D. (Hrsg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Frankfurt/M. 1975

Rohde, J. J.: Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. Leitgedanken zu einer patientenzentrierteren Krankenhaussoziologie. In: Ritter-Röhr, D. (Hrsg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. S.167-210, Frankfurt/M. 1975

Rosenbrock, R.: Gesundheitspolitik. Veröffentlichungen der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, WZB paper P92-207, Berlin 1992

Schaefer, H.: Medizinische Ethik. Heidelberg 1983

Scheuch, E. K.: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik aus der Sicht der Soziologie. In: Gitter, W. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland und Japan. S. 21-84 Köln, Berlin, Bonn, München 1979

Schmidt, F. X.; Weidelt, J.; Hochkirchen, B.: Das Verhältnis von Patient und Arzt aus der Sicht von Medizinstudenten. Medizin, Mensch und Gesellschaft, Nr. 10, S.110-117, 1985

Schmidt, J.; Lamprecht, F.; Wittmann, W.W.: Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. Psychotherapie und med. Psychologie, 39, S.248-255, 1989

Schmidtbauer, W.: Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbeck 1977

Schuller, A.: Lernprozeß Arzt. Lernvorschläge zu einer Curiculum-Revision in der Medizin. In: v. Nussbaum, H. (Hrsg.): Die verordnete Krankheit. S.261-292, Frankfurt a.M. 1977

Schwarz, N.: Stimmung als Information. Untersuchungen zum Einfluß von Stimmungen auf die Bewertung des eigenen Lebens. Lehr- und Forschungstexte Psychologie 24., Albert, B. et al. (Hrsg.), Berlin 1987

Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen, Toronto, Zürich, 1990

Seidl, E.; Walter, I.: Der Patient und das Krankenhaus. Wien, München, Bern 1976

Senatsverwaltung für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheits- und Sozialsurvey Berlin. Diskussionsbeiträge zur Gesundheits-und Sozialforschung. Diskussionspapier 17, Berlin 1993

Senatsverwaltung für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsbarometer 1. Eine repräsentative Erhebung zur Gesundheitspolitik, der Politik im allgemeinen und zur Pflegeproblematik. Berlin 1991

Siegrist, J.: Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus. In: Begemann, H. (Hrsg.): Patient und Krankenhaus. S.25-48, München-Berlin-Wien 1976

Siegrist, J.: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart 1978

Speierer, G.-W.: Das patientenorientierte Gespräch. Baustein einer personenzentrierteren Medizin. München 1985

Street, R.L.: Communicative Styles And Adaptations In Physician-Parent Consultations. Social Science and Medicine.Vol. 34, No.10, S.1155-1163, 1992

Szasz, T.; Hollander, M.H.: A Contribution to the Philosophie of Medicine. Arch. internal. Med. Vol. 97, S. 585-592, 1956

Trunk, V.: Scharfe Kritik am "Reparaturbetrieb Gesundheitswesen". Patientenverband: Ausmaß und Häufigkeit ärztlicher Behandlungsfehler werden nach wie vor geheimgehalten/ Eine Tagung. Frankfurter Rundschau, 26.10.1992

v. Ferber, L.: Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, KZfSS, 27.Jg., Nr.1, S. 86-96, 1975

Wahl, W.-B. (Hrsg.): Kommunikation zwischen Arzt und Patient unter besonderer Berücksichtigung ausländischer Patienten. Ergebnisse und Konsequenzen einer Untersuchung. Schriftenreihe zur Sozial- und Gesundheitspolitik, AOK, Bonn 1987

Widmer, M.: Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal. Aarau, 1988

Zapf, W.: Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In: Glatzer, W.; Zapf, W. (Hrsg.): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. S.13-26, Frankfurt/New York 1984

Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik

Das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern wird hauptsächlich von chronischen Erkrankungen bestimmt, deren Verursachungen weitgehend in den Bereichen Umwelt/Arbeit/Lebensweise liegen. Nach ihrer Manifestation sind sie medizinisch meist nicht mehr heilbar. Auf die Verhütung des Ausbruchs solcher Krankheiten richten sich konkurrierende Strategien. Sie unterscheiden sich hinsichtlich des Interventionsfelds, der wissenschaftlich-disziplinären Untermauerung und der Institutionalisierung. Die Forschungsgruppe untersucht und vergleicht Risikokonzepte, Wirkungen und Entwicklungsbedingungen unterschiedlicher präventiver Interventionen und Strategien.

Mitglieder der Forschungsgruppe:

Dr. med. Thomas Elkeles, Dipl. Soz.
Dipl.-Psych. Karin Frenzel
Dipl.-Chem. Barbara Maria Köhler, Ph.D.
Dr. rer.pol. Hagen Kühn
Dr. rer.med. Uwe Lenhardt
Martin Moers, M.A. (Philosophie)
Dr. phil. Doris Schaeffer
Priv.-Doz. Dr. rer.pol. Rolf Rosenbrock (Leiter)
János Wolf, Dipl.-Phil.

Papers der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
10785 Berlin, Reichpietschufer 50 - Tel: 030/25491-577

Nr.	Verfasser	Titel
P88-201	Rolf Rosenbrock	Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung
P88-202	Rolf Rosenbrock	Die Bedeutung des HIV-Antikörpertests für die Prävention, Erforschung und Bekämpfung von Aids
P88-203	Peter Vieth	Die Durchsetzung des Sicherheitsgurts beim Autofahren
P88-204	Sigrid Michel	HIV-Antikörpertest und Verhaltensänderungen
P88-205	Benny Henriksson Rolf Rosenbrock	Social Democracy or Societal Control Aids in Sweden
P88-206	Benny Henriksson Rolf Rosenbrock	Soziale Demokratie oder soziale Kontrolle - eine kritische Analyse der schwedischen Aids-Politik Aids in Schweden

*****

P89-201	Albert Eckert	Veränderungen des Sexualverhaltens infolge von Aids
P89-202	Frauke Pingel	Ungewollte Schwangerschaften trotz Verfügbarkeit wirksamer Antikonzeptiva
P89-203	Hagen Kühn	Glanzvolle Ohnmacht - Zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruchs in der Medizin
P89-204	Ralf Dose	Die Durchsetzung der chemisch-hormonellen Kontrazeption in der Bundesrepublik Deutschland
P89-205	Wilfried Karmaus	Das Zusammenspiel von Wissenschaft, Behörden und Industrie dargestellt am Fall der Risiko-Beurteilung und Risiko-Bewältigung von Dioxinen

P89-207	Gerd Göckenjan	Tuberkulose-Prävention und Spuckverhalten. Bedingungen, Ziele und Maßnahmen einer historischen Kampagne zur Einstellungs- und Verhaltensänderung.
P89-208	Dagmar Sommerfeld	Behandlung, Versorgung und Betreuung von Aids-Patienten in Berlin - Ergebnisse einer Vorstudie

*****

P90-201	Philip Manow-Borgwardt	Ausgaben für Prävention in der Bundesrepublik Deutschland
P90-202	Rolf Rosenbrock	HIV-Screening
P90-203	Barbara Maria Köhler	Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik - Ernährung und Ernährungspolitik
P90-204	Marianne Lien	The Norwegian nutrition and food-supply policy. Accomplishments and limitations of a structural approach
P90-205	Jens-Uwe Niehoff	Ernährung und Prävention. Körpergewichte - ein Beispiel präventionstheoretischer Probleme
P90-206	Hagen Kühn	Ökonomisierung der Gesundheit am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens
P90-207	Barbara Maria Köhler	Die Ernährung von Beschäftigten - Zur Prävention ernährungsbezogener Erkrankungen im Erwachsenenalter
P90-208	Thomas Elkeles	Säuglingssterblichkeit und Prävention - Zur Bedeutung der Postneonatalsterblichkeit und der Effektivität von Präventionsstrategien
P90-209	Martin Moers	Ein ganzheitliches Pflegekonzept für Menschen mit AIDS - theoretische und praktische Ansätze zu ganzheitlichen Pflegekonzepten für die ambulante Versorgung und Betreuung von AIDS-Patienten
P90-210	Barbara Maria Köhler Klaus Eble	Die gesellschaftliche Regulierung eines nahrungsbezogenen Gesundheitsrisikos - Die Aflatoxine

*****

P91-201	Philip Manow-Borgwardt	Neokorporatistische Gesundheitspolitik? Die Festbetragsregelung des Gesundheitsreformgesetzes
P91-202	Uwe Osterholz	Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen
P91-203	Rolf Rosenbrock	Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe
P91-204	Werner Maschewsky	Herzkreislaufschäden durch Arbeitsstoffe
P91-205	S. Leonard Syme	Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives
P91-206	E. Richard Brown	Capitation and the Use of Preventive Services: A Comparison of HMOs with Fee-for-Service in the United States
P91-207	Günter Miehlke	Der Transformationsprozeß in den ostdeutschen Ländern und seine Folgen für die Gesundheit der Bevölkerung und ihre Versorgung
P91-208	Barbara Maria Köhler	Gibt es eine soziale Differenzierung des Ernährungsverhaltens? Sekundäranalytische Untersuchung sozialer Bestimmungsgrößen des Ernährungsverhaltens Erwachsener
P91-209	Hagen Kühn	Rationierung im Gesundheitswesen - Politische Ökonomie einer internationalen Ethikdebatte

*****

P92-201	Thomas Elkeles Wolfgang Seifert	Arbeitslose und ihre Gesundheit - Empirische Langzeitanalysen
P92-202	Stefan Kurella	Arbeitslosigkeit und Gesundheit - Literaturstudie für die Jahre 1985 - 1991
P92-203	Gustav Wickström	Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders
P92-204	Barbara Maria Köhler	Adaptation of the health system to the risk structure of modern society in the Federal Republic of Germany

P92-205	Werner Reutter	Aids, Politik und Demokratie - Ein Vergleich aids-politischer Maßnahmen in Deutschland und Frankreich
P92-206	Rolf Rosenbrock	Aids: Fragen und Lehren für Public Health
P92-207	Rolf Rosenbrock	Gesundheitspolitik
P92-208	Doris Schaeffer Martin Moers	Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten
P92-209	Norbert Zillich	Mit dem Tod leben lernen - Über kollektive und individuelle Trauer bei homosexuellen Männern im Angesicht von Aids
P92-210	Doris Schaeffer	Grenzen ambulanter Pflege
P92-211	Rolf Rosenbrock	AIDS: Questions and Lessons for Public Health
P92-212	Barbara Maria Köhler Tatjana Steidl	Gesellschaftliche Regulierung nahrungsbezogener Gesundheitsrisiken - Die Konservierungstechnik Bestrahlung von Lebensmitteln

*****

P93-201	Hagen Kühn	Gesundheitliche Lage, soziale Ungleichheit und lebensstilorientierte Prävention - Am empirischen Beispiel der USA
P93-202	János Wolf	Strukturen in der Entstehung einer wissenschaftlich-technischen Revolution - Über die Diskontinuität zwischen Entdeckung und Revolution beim Auftauchen des Penicillins und der Antibiotika
P93-203	Martin Moers Doris Schaeffer	Aids-Krankenversorgung in San Francisco - Innovative Versorgungsstrategien und Betreuungsmodelle
P93-204	Uwe Osterholz	Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems "Rückenschmerz"
P93-205	Rolf Rosenbrock	Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Der mögliche Beitrag der Krankenkassen zum Paradigmenwechsel betrieblicher Gesundheitspolitik
P93-206	Uta Gerhardt	Gesundheit - ein Alltagsphänomen Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health

P93-207	Niklas Krause	Work-Disability and Low Back Pain: A New Classification Model for Research and Intervention
P93-208	Thomas Elkeles Andreas Mielck	Soziale und gesundheitliche Ungleichheit. Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität
P93-209	Ulrich Heide unter Mitarbeit von Martin Kopischke und Anja Trögner	Soziale Notlagen bei Menschen mit HIV und Aids
P93-210	Hartmut Reiners	Das Gesundheitsstrukturgesetz - Ein "Hauch von Sozialgeschichte"? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung

****

Bei Ihren Bestellungen von WZB-Papers schicken Sie bitte unbedingt einen an Sie adressierten ***Aufkleber*** *mit.*

Bestellschein

Absender

Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung
Presse- und Informationsreferat
Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin (Tiergarten)

Hiermit bestelle ich folgende(s) Discussion paper(s):

Bestell-Nr.	**Autor/in, Kurztitel**