Diplomarbeit

Prioritäten von Patientinnen und Patienten im ärztlichen Gespräch in der Allgemeinmedizin

Eine Querschnittstudie in Österreich im Rahmen des QUALICOPC Projektes

---

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der gesamten Heilkunde

Dr. med. univ.

an der

Medizinischen Universität Wien

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin am Zentrum für Public Health

unter der Anleitung von

Dr. in. Kathryn Hoffmann, MPH

Univ. Prof. Dr. Manfred Maier

eingereicht von

Johannes Singer

n0534525

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

1 Danksagung 3
2 Abbildungsverzeichnis 4
3 Tabellenverzeichnis 5
4 Zusammenfassung 8
5 Abstract 10
6 Hintergrund 12
6.1 Definition von „Primärversorgung“ und „Allgemeinmedizin“ 12
6.2 Zum Konzept “primary care” 15
6.2.1 Effekte einer guten Primärversorgung 18
6.2.2 Primärversorgung in Österreich 22
6.3 Das ärztliche Gespräch 25
6.3.1 Kommunikation in der Medizin 25
6.3.2 Was ist „gute“ Kommunikation? Welche Vorteile hat sie? 27
7 Relevanz der Diplomarbeit – Warum der Fokus Allgemeinmedizin? Warum die Unterscheidung nach Geschlecht, Bildung und Alter? 35
7.1.1 Warum Allgemeinmedizin? 35
7.1.2 Vergleichsgruppen 36
7.1.3 Forschungsfragen 36
8 Vorgangsweisen und Methoden 38
8.1 Erhebung der Daten 38
8.1.1 Fragebögen 39
8.2 Datenanalyse 43
8.3 Ethikkommission 44
9 Ergebnisse 45
9.1 Rücklaufrate 45
9.2 Stichprobe 45
9.3 Auswertung der Fragen 49
10 Beantwortung der Forschungsfragen 90
10.1 “Wie wichtig sind Patientinnen und Patienten die unterschiedlichen Aspekte im Gespräch mit ihrer Allgemeinmedizinerin/ ihrem Allgemeinmediziner?” 90
10.2 “Unterscheiden sich diese Wünsche im Hinblick auf Geschlecht, Bildungsgrad oder Alter der Patientinnen und Patienten?” 91

10.2.1 Unterscheidung nach Geschlecht 91
10.2.2 Unterscheidung nach Bildungsgrad 92
10.2.3 Unterscheidung nach Alter 93
11 Diskussion 96
11.1 Auffällige Ergebnisse 96
11.2 Stärken und Schwächen der Studie 100
12 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse 102
13 Persönliche Bemerkungen und Bewertungen 102
14 Quellenverzeichnis 105

1 Danksagung

Bei einer Reihe von Personen, die mir bei meiner Diplomarbeit zur Seite gestanden sind, habe ich mich zu bedanken: Im Speziellen bei Kathryn Hoffmann für ihre Anregungen, Unterstützung und die unkomplizierte Zusammenarbeit, bei Professor Manfred Maier, über den ich zu dieser interessanten Studie und somit zu meinem Thema gefunden habe, bei meinem Bruder, Georg Görg, der mich mit seiner Expertise unterstützt hat, bei meiner Tante Elisabeth Arnberger, für ihr scharfes Auge und für ihre motivierende Worte auf der Zielgeraden, bei Allison „the doctormaker" O'Reilly, die mir den roten Faden wieder in die Hand gelegt hat, und bei Philipp Meng, der wesentlichen Anteil daran hatte, dass im Rahmen dieser Arbeit keine elektronischen Geräte Schaden genommen haben, sondern ich sie sogar zu meinem Nutzen einsetzen konnte.

Da diese Arbeit auch den Abschluss meines Studiums darstellt, das ohne die Unterstützung meiner Eltern, Maria Görg-Singer und Hermann Singer, so niemals möglich gewesen wäre, sage ich ihnen einen ganz besonders Dank für alles, was sie mir ermöglicht haben.

¡Muchísimas gracias por todo el apoyo durante todos estos años!

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit ohne unzulässige fremde Hilfe selbst verfasst habe. Alle Hilfsmittel wurden angeführt und Inhalte, die sinngemäß oder wörtlich aus Arbeiten anderer Autorinnen und Autoren stammen, sind als solche gekennzeichnet.

_____ _____

Ort, Datum Johannes Singer

2 Abbildungsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Illustration 1: Primary Care System Framework - mit freundlicher Genehmigung aus Kringos et al., Seite 3, (24) 14
Illustration 2: aus Feldman-Stewart "A conceptual framework for patient– professional communication: an application to the cancer context" Seite 803, (76) 27
Illustration 3: Fragebogen Fragen 3.2- 3.4 39
Illustration 4: Fragebogen Fragen 7.1-7.2 39
Illustration 5: Fragebogen Fragen 7.8-7.11 40
Illustration 6: Fragebogen Frage 9.3 40
Illustration 7: Fragebogen Fragen 10 (Geschlecht) und 11 (Geburtsjahr) 40
Illustration 8: Scan des Fragebogens Frage 17 (Bildungsgrad) 41
Illustration 9: Frage 10: Angaben der Teilnehmenden zum Geschlecht 44
Illustration 10: Frage 17: Angaben der Teilnehmenden zum Bildungsgrad 45
Illustration 11: Frage 11: Altersverteilung 46
Illustration 12: Häufigkeit der Antworten zu Frage 3.2 47
Illustration 13: Häufigkeit der Antworten zu Frage 3.3 51
Illustration 14: Häufigkeit der Antworten zu Frage 3.4 55
Illustration 15: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.1 59
Illustration 16: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.2 63
Illustration 17: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.8 67
Illustration 18: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.9 71
Illustration 19: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.10 75
Illustration 20: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.11 79
Illustration 21: Häufigkeit der Antworten zu Frage 9.3 83

3 Tabellenverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Table 1: Lebenserwartung in Jahren: Österreich im europäischen Vergleich (65) 21
Table 2: Gesunde Lebensjahre (Healthy Life Years): Österreich im europäischen Vergleich - (65)..21
Table 3: Vergleich der Häufigkeit in der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung (191) - nach Geschlecht..... 43
Table 4: Vergleich der Häufigkeit in der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung (192) - nach Bildungsgrad.....45
Table 5: Vergleich der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung (191) - nach Alter.....46
Table 6: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.2 – Vergleich nach Geschlecht.....48
Table 7: Hypothesentests Frage 3.2 - Vergleich nach Geschlecht..... 48
Table 8: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.2 - Vergleich nach Bildungsgrad.....49
Table 9: Hypothesentests Frage 3.2 - Vergleich nach Bildungsgrad..... 49
Table 10: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.2 - Vergleich nach Alter.....50
Table 11: Hypothesentests Frage 3.2 - Vergleich nach Alter..... 50
Table 12: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.3 – Vergleich nach Geschlecht.....52
Table 13: Hypothesentests Frage 3.3 - Vergleich nach Geschlecht..... 52
Table 14: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.3 – Vergleich nach Bildungsgrad.....53
Table 15: Hypothesentests Frage 3.3 - Vergleich nach Bildungsgrad..... 53
Table 16: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.3 – Vergleich nach Alter.....54
Table 17: Hypothesentests Frage 3.3 - Vergleich nach Alter.....54
Table 18: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.4 – Vergleich nach Geschlecht.....56
Table 19: Hypothesentests Frage 3.4 - Vergleich nach Geschlecht..... 56
Table 20: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.4 - Vergleich nach Bildungsgrad.....57
Table 21: Hypothesentests Frage 3.4 - Vergleich nach Bildungsgrad..... 57
Table 22: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.4 - Vergleich nach Alter.....58
Table 23: Hypothesentests Frage 3.4 - Vergleich nach Alter.....58
Table 24: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.1 – Vergleich nach Geschlecht.....60
Table 25: Hypothesentests Frage 7.1 - Vergleich nach Geschlecht..... 60
Table 26: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.1 - Vergleich nach Bildungsgrad.....61
Table 27: Hypothesentests Frage 7.1 - Vergleich nach Bildungsgrad..... 61

Table 28: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.1 - Vergleich nach Alter....62
Table 29: Hypothesentests Frage 7.1 - Vergleich nach Alter....62
Table 30: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.2 – Vergleich nach Geschlecht....64
Table 31: Hypothesentests Frage 7.2 - Vergleich nach Geschlecht....64
Table 32: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.2 – Vergleich nach Bildungsgrad....65
Table 33: Hypothesentests Frage 7.2 - Vergleich nach Bildungsgrad....65
Table 34: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.2 – Vergleich nach Alter....66
Table 35: Hypothesentests Frage 7.2 - Vergleich nach Alter....66
Table 36: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.8 – Vergleich nach Geschlecht....68
Table 37: Hypothesentests Frage 7.8 - Vergleich nach Geschlecht....68
Table 38: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.8 – Vergleich nach Bildung....69
Table 39: Hypothesentests Frage 7.8 - Vergleich nach Bildung....69
Table 40: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.8 – Vergleich nach Alter....70
Table 41: Hypothesentests Frage 7.8 - Vergleich nach Alter....70
Table 42: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.9 – Vergleich nach Geschlecht....72
Table 43: Hypothesentests Frage 7.9 - Vergleich nach Geschlecht....72
Table 44: Hypothesentests Frage 7.9 - Vergleich nach Bildung....73
Table 45: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.9 - Vergleich nach Bildungsgrad....73
Table 46: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.9 - Vergleich nach Alter....74
Table 47: Hypothesentests Frage 7.9 - Vergleich nach Alter....74
Table 48: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.10 - Vergleich nach Geschlecht....76
Table 49: Hypothesentests Frage 7.10 - Vergleich nach Geschlecht....76
Table 50: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.10 - Vergleich nach Bildung....77
Table 51: Hypothesentests Frage 7.10 - Vergleich nach Bildung....77
Table 52: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.10 - Vergleich nach Alter....78
Table 53: Hypothesentests Frage 7.10 - Vergleich nach Alter....78
Table 54: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.11 - Vergleich nach Geschlecht8....80
Table 55: Hypothesentests Frage 7.11 - Vergleich nach Geschlecht....80
Table 56: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.11 - Vergleich nach Bildung....81
Table 57: Hypothesentests Frage 7.11 - Vergleich nach Bildung....81
Table 58: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.11 - Vergleich nach Alter....82
Table 59: Hypothesentests Frage 7.11 - Vergleich nach Alter....82
Table 60: Kreuztabelle Auswertung Frage 9.3 - Vergleich nach Geschlecht....84
Table 61: Hypothesentests Frage 9.3 - Vergleich nach Geschlecht....84

Table 62: Kreuztabelle Auswertung Frage 9.3 - Vergleich nach Bildung.....85
Table 63: Hypothesentests Frage 9.3 - Vergleich nach Bildung.....85
Table 64: Kreuztabelle Auswertung Frage 9.3 - Vergleich nach Alter.....85
Table 65: Hypothesentests Frage 9.3 - Vergleich nach Alter.....86
Table 66: Kreuztabelle - Überprüfung der Unterhypothese Frage 9.3 86
Table 67: Überprüfung der Unterhypothese - Hypothesentests Test Frage 9.3.....87

4 Zusammenfassung

Hintergrund: Diese Diplomarbeit behandelt die Prioritäten von Patientinnen und Patienten im ärztlichen Gespräch in der österreichischen Allgemeinmedizin und wie sich diese nach Geschlecht, Bildungsgrad und Alter unterscheiden. Um gute Versorgung bieten zu können, müssen diese Präferenzen erfasst und bedacht werden. Bisher gibt es in der österreichischen Allgemeinmedizin keine Untersuchung zu dieser Fragestellung. Diese Arbeit soll erste Ansätze für die weitere Erforschung hinsichtlich Prioritäten allgemein, wie auch hinsichtlich möglicher Unterschiede zwischen den untersuchten Untergruppen bilden.

Methodik: Patientinnen und Patienten wurden im Rahmen der QUALICOPC-Studie (Quality and Costs of Primary Care in Europe) mittels anonymer Fragebögen zu unterschiedlichen Bereichen der Allgemeinmedizin befragt, wobei in dieser Arbeit zehn Fragen zum ärztlichen Gespräch ausgewertet wurden. Mittels SPSS 21.0 wurden Häufigkeiten der Antworten insgesamt sowie Unterschiede zwischen den Subgruppen untersucht.

Ergebnisse: Von 3.050 kontaktieren Hausärztinnen und Hausärzten nahmen 184 an der Studie teil (Rücklaufrate ca. 6%). Von 2.662 angesprochenen Patientinnen und Patienten füllten schließlich 1.791 einen Fragebogen aus (Rücklaufrate ca. 67%). Generell bewerteten die Probandinnen und Probanden die untersuchten Aspekte als wichtig. Vor allem von Ärztinnen/Ärzten ernst genommen („sehr wichtig“ 70,4%) und verstanden zu werden (65,2%), sowie aufmerksames Zuhören (59%) und klare Anweisungen durch Medizinerinnen und Mediziner (69,5%) sind Patientinnen und Patienten unabhängig von den untersuchten Merkmalen wichtig. Zwischen Männern und Frauen zeigen sich am häufigsten Unterschiede, am seltensten zwischen den unterschiedlichen Bildungsgraden. Der Vergleich nach dem Alter lässt keine klaren Schlüsse zu. Patientinnen und Patienten des primären Bildungsgrades bevorzugen gegenüber denjenigen des dritten Grades eine abschließende Frage, ob sie die Ärztin beziehungsweise den Arzt richtig verstanden hätten (63,6% vs. 29,2%; $p < 0,05$). Der Augenkontakt war Frauen anders als erwartet nicht wichtiger als Männern („wichtig“ M: 46,2% vs. F: 55%, $p < 0,05$; „sehr wichtig“ M: 17,9% vs. F: 29,4%, $p < 0,05$). Die Wichtigkeit nonverbalen Verhaltens, das größtenteils unbewusst abläuft, ist aber möglicherweise durch einen Fragebogen nicht fassbar.

Diskussion: Unterschiede in der Wichtigkeit von Kommunikation zeigen sich am

häufigsten zwischen Frauen und Männern. Insgesamt dürften Patientinnen und Patienten kommunikative Aspekte wichtig sein. Um dies zu überprüfen sollte eine genauere Untersuchung mit größerer Stichprobe und ohne Selektionsbias erfolgen. Weiters sollte die Beachtung des Geschlechts der Ärztin beziehungsweise des Arztes (Dyaden) sowie eine genauere Untersuchung des Alterseffektes Ziel zukünftiger Forschung sein.

5 Abstract

Background: This work deals with the priorities of Austrian family medicine patients in the patient-physician interview and how they differ regarding gender, age and education. For optimal care, patients' preferences need to be assessed and taken into consideration. Family medicine in Austria lacks this research. This work gives first insights into these priorities and serves as a base for future research.

Methods: As part of the QUALICOPC study (Quality and Costs of Primary Care in Europe) patients were asked to fill out a survey about their priorities for family medicine. Ten questions related to the patient-doctor interview were analyzed in this work. The frequency of answers in total and differences between the mentioned subgroups were analyzed using SPSS 21.0.

Results: Out of 3.050 contacted general physicians 184 participated in the study (response rate approx. 6%). Of the 2.662 patients asked to participate 1.791 filled out a survey (response rate approx. 67%). In general patients rate the investigated communication issues as important. Independent of the investigated markers it is especially important to be understood („very important“ 65,2%), taken seriously (70,4%), to be listened to attentively by the doctor (59%) and to get clear instructions from her or him (69,5%). Most frequently priorities differed when comparing women and men, least frequently regarding educational status. The results comparing age were inconclusive. Patients of the primary educational sector prefer to be asked if the understood everything the doctor explained compared to patients of the tertiary sector (63,6% vs. 29,2%; $p < 0,05$). We expected eye-contact to be more importantto women which was not the case („important“ M: 46,2% vs. F: 55%, $p < 0,05$; „very important“ M: 17,9% vs. F: 29,4%, $p < 0,05$). Nonverbal behaviour is mainly a subconscious process, this why its importance might not be adequately measured by a survey.

Discussion: Most frequently priorities differ between men and women. In total patients rated communication ascpects as important. An unbiased study with a larger sample size will be needed to verify these results. Future research should investigate the role of physician gender (dyads) and clarify the age-effect.

6 Hintergrund

6.1 Definition von „Primärversorgung“ und „Allgemeinmedizin“

Zu Beginn wird in dieser Arbeit die Entstehungsgeschichte dieser beiden Begriffe dargelegt. Erstmals dürfte der Begriff “Primärversorgung“ um 1920 in Großbritannien im Dawson Report im Zusammenhang mit der Organisation einer regionalen Gesundheitsversorgung verwendet worden sein. Nach Ende des Zweiten Weltkrieges veranlasste die steigende Zahl an Spezialistinnen und Spezialisten in den USA sogenannte “family physicians”, sich in internationaler Zusammenarbeit um eine Definition von “Primärversorgung” zu bemühen. (1,2)

Einen Konsens zu finden war kein leichtes Unterfangen, und die Bemühungen erstreckten sich über mehrere Jahrzehnte. *Defining Primary Care: An Interim Report* (2) sowie Atun 2004 (3) gehen auf die unterschiedlichen Ansätze zur Definition von „Primärversorgung“ sowie auf die daraus resultierende Unklarheit des Begriffs ein, durch die es im Laufe der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts zu unterschiedlichen Formulierungen gekommen war (2). Auch heute werden Begriffe wie “primary care”, “family medicine” und “general practice” nicht immer klar getrennt, und es zeigt sich auch in Überblicksarbeiten rund um die Primärversorgung, dass Arbeiten einbezogen werden, die zum Beispiel Definitionsversuche zu Begriffen wie “primary physician” liefern (4).

Im Jahre 1978 nennt das Institute of Medicine (IOM) fünf Kerneigenschaften der medizinischen Primärversorgung (5): *„...accessibility, comprehensiveness, coordination, continuity and accountability.”* („Zugänglichkeit, Umfang, Koordination, Kontinuität und Verantwortlichkeit“).

Im selben Jahr erarbeitet die Alma-Ata Deklaration eine umfassendere Beschreibung: hier wird die “Primärversorgung” als *“...die unbedingt notwendige Gesundheitsbetreuung [...], die dem einzelnen und Familien in der Gemeinschaft [...] zugänglich gemacht wird, die sich die Gemeinschaft und das Land [...] leisten können.”* beschrieben (6). Die Primärversorgung ist demnach der Eintrittspunkt in das Gesundheitssystem und stellt je nach vorwiegenden gesundheitlichen Problemen in der Bevölkerung *“...gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienste”* (6) zur Verfügung. Sie ist die essentiellste Aufgabe eines

Landes, beeinflusst relevante Sektoren auch außerhalb des Gesundheitssystems (Wasserversorgung, Bildung, Industrie) und spielt insgesamt eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Gemeinschaft. (6)

Das Institute of Medicine führt 1994 folgende Definition an: *"Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community."* (2)

Diese Definition wurde 1996 auch in *Primary Care: America's Health in a New Era* (7) angeführt. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass "primary care" in – laut Shortell (8) zunehmend *"integrierten"* - Gesundheitssystemen nicht unabhängig vom Gesamtsystem (das auch noch aus Sekundär- und Tertiärversorgung besteht) betrachtet werden kann. *"Integrated"* wird als Überbegriff für *"comprehensive, coordinated and continuos"* angeführt. (7)

Laut Jones (9) haben sich Kerneigenschaften der Primärversorgung in all diesen Jahren kaum verändert, und er führte die nun folgende Definition Barbara Starfields an (10,11):

"First contact" (Erstkontakt): Der Eintrittspunkt in das Gesundheitssystem ist die Primärversorgung.

"Comprehensiveness" (Umfang): Ein großes Spektrum der Dienste des Gesundheitssystems findet in ihr statt beziehungsweise es wird falls nötig die Durchführung andernorts vermittelt.

"Continuity" (Kontinuität): Ist die Fortführung der Betreuung durch und der Aufbau einer Beziehung mit einer Ärztin beziehungsweise einem Arzt oder einer erstversorgenden Einrichtung, ohne dass es dafür eines bestimmten Krankheitsbildes bedarf. Der Mensch und nicht die Krankheit steht im Mittelpunkt.

"Coordination" (Koordination): Der Informationsaustausch und die Koordination zwischen der Primärversorgung und anderen Bereichen des Gesundheitssystems erfolgt nach gewissen Richtlinien.

In Barbara Starfields Worten: *"... that level of a health service system that provides entry into the system provides person-focused care over time, provides care for all but very uncommon or unusual conditions, and coordinates or integrates care provided elsewhere or by others."* (12)

Weiters führte sie die Berücksichtigung des sozialen Umfelds (Familie und Gemeinschaft) der Patientinnen und Patienten an (12).

Diese Definition von Primärversorgung („4C – Continuity, Coordination, Contact, Comprehensivess und Orientierung an Familie und Gemeinschaft“) findet in der Literatur Anerkennung und seien auch hier als Status quo angeführt.

Im Vergleich dazu hat die Sekundärversorgung eine beratende und assistierende Funktion, die Tertiärversorgung schließlich ist für äußerst seltene Krankheitsbilder zuständig (10). Zur Abgrenzung gegenüber dem Begriff “Allgemeinmedizin” wird Primärversorgung über ihre Funktion definiert und nicht darüber, wer sie leistet (1,7). Um erfolgreich zu sein, muss Primärversorgung nicht zur Gänze von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern übernommen werden (1). So kommen zum Beispiel in Kanada und Großbritannien so genannte “primary health care nurse practitioners” und andere Fachkräfte zum Einsatz (3,13,14). Ebenso können Ärztinnen und Ärzte aus dem Bereich Zahnheilkunde, Pädiatrie, Gynäkologie oder Hebammen Teile des primären Systems formen (15).

Dies bringt mich zur Rolle der “Allgemeinmedizin”. Was ist Allgemeinmedizin?

In weiterer Folge werde ich die Begriffe “general practice”, “family medicine” und “Allgemeinmedizin” synonym verwenden.

In mehreren Schritten hat sich die World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians WONCA um eine Begriffsdefinition von “General Practice/ Family Medicine” bemüht (16,17): *„General practice [...] is an academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical specialty orientated to primary care.”*

Die Orientierung zur Primärversorgung hin zeigt sich in der genaueren Definition des Fachgebietes: Neben dem Management der Primärversorgung, das explizit als Kernkompetenz genannt wird und das für eine effiziente Nutzung des Gesundheitssystems wichtig ist, werden auch der Umfang, die Kontinuität und der “Erstkontakt”-Charakter der Allgemeinmedizin angeführt. Unter anderem schließt die Allgemeinmedizin den soziokulturellen Kontext in die Behandlung mit ein, hat eine Verantwortung gegenüber der Gesundheit der Gemeinschaft und behandelt akute sowie chronische Erkrankungen. Die für diese Arbeit hervorzuhebenden Aspekte sind die Personen-Zentriertheit der Versorgung sowie die Beziehung, die sich durch fortlaufende Kommunikation zwischen der Allgemeinmedizinerin oder dem Allgemeinmediziner und ihrer/seiner Patientin beziehungsweise ihrem/seinem Patienten entwickelt und die durchaus Einfluss auf die Behandlung hat. In diesen Konsultationen sieht WONCA auch

einen der Hauptaspekte der Allgemeinmedizin. (16)

Abschließend ist anzumerken, dass die Begriffe „Primärversorgung“ und „Allgemeinmedizin“ eben nicht gleichzusetzen sind und die Etablierung einer Primärversorgungsstruktur spezielle Schritte verlangt, die weit über den Einsatz einer alleinigen Allgemeinmedizin hinausgehen (18,19).

6.2 Zum Konzept “primary care”

Wie ist ein solches Primärversorgungssystem aufgebaut? Was heißt „starke Primärversorgung“? Welche messbaren Entitäten gibt es?

Einen Rahmen zur Bewertung der Primärversorgung bieten Kerneigenschaften, wie zum Beispiel in der Definition des IOM von 1978 (5,7). Starfield modifizierte diese zu bewertenden Eigenschaften. Unter anderem verwendete sie die in ihrer eigenen Definition beschriebenen Begriffe und teilte diese in 2 Übergruppen („Systemcharakteristika“ und „Prozesscharakteristika“) ein, die in weiterer Folge von Starfield und Shi (20) erneut aktualisiert wurden (11,12,20). Diese Variante wurde von Macinko 2003 erneut überarbeitet, da er der Ansicht war, dass einige der Kategorien redundant waren beziehungsweise deren Benefit auf das Outcome von Primärversorgung nicht entsprechend stark zu belegen war (21).

Zwei Konzepte um die „essentiellen Bausteine“ von Primärversorgung zu identifizieren, um sie somit auch Messungen zugänglich zu machen, werde ich genauer vorstellen:

a) Starfields und Shis Methode (20), die in der Arbeit von Stigler (22) auf Österreich angewandt wurde, sowie die Arbeit von Kringos (23), die den aktuellsten Zugang zu diesem Thema zeigt und die theoretische Basis für das PHAMEU Projekt (24) (PHAMEU – Primary Health Care Activity Monitor for Europe) liefert.

b) Kringos et al. (23) beschreiben den folgenden Aufbau aus unterschiedlichen (und evaluierbaren) Bereichen, wonach man in der Primärversorgung drei Ebenen differenzieren kann: die Struktur-, die Prozess- und die Outcome-Ebene.

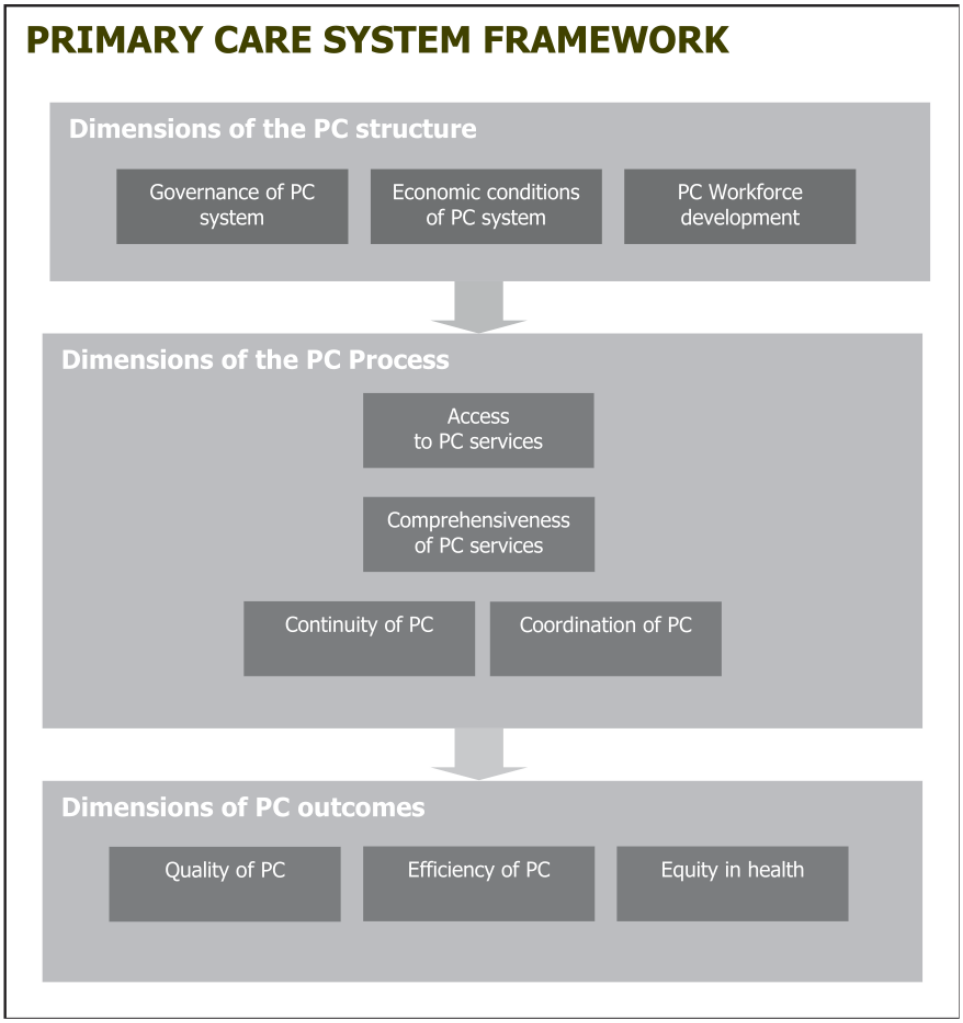

Illustration 1: Primary Care System Framework - mit freundlicher Genehmigung aus Kringos et al., Seite 3, (24)

Innerhalb dieser Ebenen sind weitere Kernaspekte mit ihren Charakteristika zu unterscheiden.

- **Strukturebene:** In dieser befinden sich die *Steuerung* der Primärversorgung (unter anderem gesundheitspolitische Zielsetzung, Infrastruktur der Primärversorgung), die *finanziellen Bedingungen* (Art der Finanzierung, Budgetierung, Bezahlung der Arbeitskräfte,...), sowie die *Entwicklung der Arbeitskräfte* (Zusammensetzung der Arbeitskräfte in der Primärversorgung, Berufsverbände, Ausbildung,...).
- **Prozessebene:** Sie wird in vier Dimensionen unterteilt, diese sind *Zugang zur, sowie Kontinuität, Umfang und Koordination der Versorgung*. Hier findet sozusagen der "Prozess der Versorgung" an der Patientin beziehungsweise am Patienten

statt.

- **Outcomeebene:** Wie *gerecht* die *Versorgung verteilt* ist sowie die *Qualität und Effizienz* derselben, sind Teil dieser Ebene. (23)

Das auch von Stigler (22) verwendete Tool Starfields, das bereits in mehreren Ländern angewandt wurde (20), bezeichnet die folgenden als die für die Primärversorgung relevanten Bereiche und vergibt entsprechend der Stärke der Ausprägung eines Bereiches 0, 1 oder 2 Punkte (0 = schwach oder nicht vorhanden, 2 = starke Ausprägung) (20):

Health System Characteristics
- *Type of system*
- *Financing*
- *Type of primary care practitioner*
- *Percent of active physicians who are specialists*
- *Professional earnings of primary care physicians relative to specialists*
- *Cost sharing for primary care services*
- *Patient lists*
- *Requirements for 24-hour coverage*
- *Strength of academic departments of family medicine*

Practice Characteristics
- *First contact*
- *Longitudinality*
- *Comprehensiveness*
- *Coordination*
- *Family-centeredness*
- *Community orientation*

Limitierungen sind bei der Evaluierung der Stärke der Primärversorgung zu beachten. Da immer wieder Überschneidungen mit der Sekundärversorgung beziehungsweise unklare Grenzen zu dieser bestehen, ist eine alleinige Beurteilung des primären Sektors oft schwierig. Das schränkt auch die Vergleichbarkeit der Daten zwischen unterschiedlichen Ländern ein. Die in der Vergangenheit geringen Anstrengungen diese Daten vor allem auch kontinuierlich zu erheben, haben zu einem entsprechenden Informationsdefizit beigetragen. (3,20)

Stärken und Schwächen der Methoden, wie zum Beispiel Aufwand oder fehlende Gewichtung unterschiedlich wirksamer Aspekte, erwähnt auch Stigler in seiner Arbeit (22).

Einschränkungen bei der Erhebung der Effekte von Primärversorgung führe ich im folgenden Kapitel „Effekte einer guten Primärversorgung“ an.

6.2.1 Effekte einer guten Primärversorgung

Wie wichtig Primärversorgung ist, betonte bereits die Deklaration von Alma-Ata, indem sie sie – wie im Kapitel *„Die Definition von „Primärversorgung" und „Allgemeinmedizin""* bereits erwähnt – als *"... zentrale Aufgabe und Hauptschwerpunkt..."* (6) eines Landes bezeichnete und hervorhob, welche Rolle sie in der Entwicklung der Gesellschaft spielt (6). Auch der WHO Report von 2008 *"Primary Health Care – Now more than ever"* bekräftigt, wie essentiell die Etablierung einer guten Primärversorgung ist (25).

In weiterer Folge biete ich einen kurzen Überblick über die unterschiedlichen Herangehensweisen zur Feststellung des Nutzens sowie über deren Ergebnisse und Limitationen. Wichtige Quellen hierfür sind der WHO Report von 2008 *"Primay Health Care – Now more than ever" (25)*, der Health Evidence Network (HEN) Report 2004 *„What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services"* von Atun (3), sowie die Reviews von Hsiao (26), Kringos (24) Macinko, Starfield und Shi (1,10,20,21,27,28).

Es ist vorwegzunehmen, dass es deutliche Hinweise auf die mannigfaltigen positiven Effekte einer starken Primärversorgung gibt (1,10,20,21,23,25,27,27–31).

Wie stellt man die Effekte von Primärversorgung fest?

Ohne eine klare Definition des zu bewertenden Bereiches kann dieser nur schwer bewertet werden. So spiegeln sich die unterschiedlichen Ansätze und Definitionen von Primärversorgung auch in den Methoden zur Feststellung des Nutzens wider. Die Feststellung der Qualität medizinischer Versorgung ist nur vermeintlich ein leichte Aufgabe und außerdem ein vergleichsweise „junges Feld" in der Forschung (32), das sich auf die ständig wechselnden Anforderungen einstellen muss (33).

Häufig verwendete Parameter, deren Einfluss auf das gesundheitliche Outcome und auf die Kosten der Versorgung untersucht wird, sind (22):

- die Stärke der Ausprägung eines Primärversorgungssystems an sich;
- die Betreuung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner gegenüber der Betreuung durch Spezialistinnen und Spezialisten;
- die Dichte an Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern;
- das Ausmaß, in dem Versorgung die Kriterien „guter" Primärversorgung erfüllt.

Welche Vorteile hat eine starke Primärversorgung?

Die Daten zeigen (auch im internationalen Vergleich) einen starken Zusammenhang zwischen guter Primärversorgung und niedrigeren Kosten in der Versorgung bei gleichzeitig besseren Gesundheitsparametern insgesamt sowie bezüglich einzelner Krankheitsentitäten (3,10,12,20,23,34).

Gute Primärversorgung ist assoziiert mit einer:

- **Reduktion von Krankenhausaufenthalten** aufgrund vermeidbarer Ursachen (1)
- **Reduktion von Ungleichheiten** im gesundheitlichen Outcome zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen (1,3,20,30,34)
- **Erhöhten Zufriedenheit** der Patientinnen und Patienten. Die Qualität der "Ärztin/Arzt–Patientin/Patient“ – Beziehung, im Folgenden abgekürzt AP, hat hierauf erheblichen Einfluss (3,29,35–38).)

Dabei büßt sie im Vergleich zur Versorgung durch Fachärztinnen und Fachärzte nicht an Qualität ein (3)

Die Generalisierbarkeit der Daten ist jedoch schwierig und die Stärke eines kausalen Zusammenhangs nicht immer klar feststellbar. Längerfristige Vergleiche sind aufgrund fehlender Daten oft nicht möglich, was die Aussagekraft ebenfalls reduziert. Ergebnisse könnten aufgrund anderer sozialer Unterstützung, die ein wohlhabender Staat neben einer starken Primärversorgung leistet, verzerrt sein. Ein fehlender Vergleich der Qualität der Versorgung kann auch ein falsches Bild liefern: So kann ein qualitativ schlecht arbeitendes System trotz eines starken Primärversorgungscharakters schlechtere Outcomes liefern. (1,3,20,21)

Dennoch stellt sich die Frage: Wie kommen diese Zusammenhänge zustande? Laut Starfield et al. bedingen sechs Faktoren der Primärversorgung diese Wirkungen (1):

- Erleichterter Zugang zum System
- Erhöhte Qualität der medizinischen Versorgung an sich
- Verbesserte Präventionsmaßnahmen
- Frühere Behandlung von gesundheitlichen Problemen
- Kernaspekte der Primärversorgung und ihr Nutzen in der Behandlung
- Vermeidung unnötiger Behandlungen

Kringos (23) identifizierte, wie im Kapitel *Zum Konzept "primary care"* erwähnt, ebenfalls relevante Ebenen und Eigenschaften der Primärversorgung inklusive deren positiver Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung.

Unabhängig davon, ob man Primärversorgung durch die Erfüllung der Kerneigenschaften oder mittels Versorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner erreicht, kann sie ihren Nutzen entfalten (1). So wurde gezeigt, dass eine höheren Dichte von "primary physicians"[1] zahlreiche positive Effekte hat:

- Niedrigere vorzeitige Mortalität durch Asthma, Bronchitis und Emphysem (21)
- Niedrigere Kindersterblichkeit und erniedrigte Mortalität (insgesamt, sowie durch Krebs, Herzerkrankungen und Schlaganfall) (27)
- Höhere Lebenserwartung und bessere Bewertung der eigenen Gesundheit (27)
- Kindersterblichkeit (20)
- Niedrigere Gesamtmortalität (20,28,30)

Im Gegensatz dazu sind diese Effekte für eine höhere Dichte an Fachärztinnen und Fachärzten nicht nachweisbar (28) beziehungsweise wurde in diesen Fällen sogar eine erhöhte Mortalität festgestellt (1,30).

Generell ist hier als einschränkend anzusehen, dass aus der Dichte der Versorgung mit „primary physicians" und den Effekten keine Kausalität abgeleitet werden kann, da das Vorhandensein einer solchen Versorgung weder automatisch zu ihrer Nutzung durch Patientinnen und Patienten führt, noch sichergestellt ist, dass diese Ärztinnen und Ärzte die Kriterien guter Primärversorgung erfüllen (34).

Wie steht es um den Nutzen der Kerncharakteristika?

Welchen Effekt hat es also, wenn die Kriterien „guter Primärversorgung" erfüllt sind? Für die im Kapitel *Definition von „Primärversorgung" und „Allgemeinmedizin"* erwähnten Kerncharakteristika, sind Zusammenhänge mit vorteilhaften Effekten wissenschaftlich belegt. Auch hier sind die vorhin erwähnten Übersichtsarbeiten zu nennen.

1 Darunter fallen Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, sowie allgemein arbeitende Internistinnen und Internisten sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte (39).

Kontinuität

Es gibt Zusammenhänge zwischen der Kontinuität der Versorgung und

- Zufriedenheit (23,29,40–43)
- Vertrauen der Patientinnen und Patienten (42,44)
- geringeren Kosten (26,31,45)
- höherer Kosten-Effizienz (29)
- geringerer Inanspruchnahme von Notfalleinrichtungen (26) beziehungsweise deren Kosten (41)
- Qualität der Versorgung und verbessertem gesundheitlichen Outcome (21,29,31,46).

Kontinuität ist auch ein wichtiger Faktor in der Versorgung bestimmter Patientengruppen wie zum Beispiel chronisch kranker Patientinnen und Patienten (25,38,47–49). Fehlende Kontinuität ist mit negativen Folgen wie erhöhter Morbidität oder Problemen in der AP-Beziehung assoziiert (50).

Koordination

Es zeigen sich Zusammenhänge zwischen Koordination und dem gesundheitlichen Outcome, der Qualität der Versorgung und den Kosten für das System (25,31,51). Zu den Effekten der Koordination liegen weniger Daten vor (1) und sie zeigen unterschiedliche Ergebnisse (29). Zu erwähnen ist, dass Koordination auch auf Kontinuität beruht (52,53) und dass das Zusammenspiel zwischen den Kerncharakteristika berücksichtigt werden muss.

Erstkontakt

Ein sowohl finanziell als auch örtlich frei zugänglicher sowie barrierefrei gestalteter „fixer Eintrittspunkt“ erleichtert den Eintritt ins Gesundheitssystem (1) und ist mit

- besserem gesundheitlichen Outcome
- höherer Qualität
- niedrigeren Kosten

- Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten sowie der Versorgenden
- Reduktion unnötiger Behandlungen und Nebenwirkungen

assoziiert (10,25,31).

Umfassende Versorgung

Kringos (31) konnte eine Assoziation von „umfassender Versorgung“ mit Qualität, Gesundheit der Bevölkerung und Effizienz zeigen. Außerdem dürfte sich die Inanspruchnahme von Primärversorgung erhöhen, wenn eine umfassendere Versorgung zu erwarten ist (25). Gemeinsam mit der Orientierung an den familiären Aspekten und deren Beachtung stellt eine umfassende Versorgung ein Kerncharakteristikum dar, welches „gute“ von „schlechten“ Primärversorgungssystemen unterscheidet (1,20).

Ein hohe Qualität in den „persönlichen Aspekten“ (u. A., Kontinuität, Koordination, Umfassende Versorgung, Kommunikation) ist mit einem verbesserten Outcome in einigen Bereichen in Zusammenhang zu bringen. (26) Die Kerncharakteristika sind auch in ihrem Zusammenspiel zu sehen. Entscheidend für das Outcome ist eine personenzentrierte, umfassende und fortlaufende Versorgung, die wiederum auf einer stabilen Erst-Kontakt Beziehung aufbaut (25).

Die Wichtigkeit und der Nutzen von Primärversorgung gelten als erwiesen (33). Dies ist besonders aufgrund der demographischen Entwicklung (54–59) zu betonen, denn eine Verbesserung in der Versorgung läuft über eine starke Primärversorgung (19).

6.2.2 Primärversorgung in Österreich

Generell ist zum österreichischen Gesundheitssystem anzumerken, dass es im WHO Report von 2000 im internationalen Vergleich ein gutes Ergebnis erzielte (60) wie auch im *European Health Consumer Index 2009* (61) und im Vergleich der EU-15 aus 2005, in dem Österreich eine gute Leistung zeigte (62).

In den Daten der Eurostat (63) aus 2012 liegt die Lebenserwartung der Männer (78,3 Jahre) und Frauen (83,9 Jahre) Österreichs über dem Durchschnitt der EU 27 (M: 77,4 F: 83,2 Jahre). In den Daten der OECD von 2011 ist die Lebenserwartung mit 80,4 Jahren (Platz 15) ebenfalls über dem Schnitt (64).

	Österreich	EU 27
Frauen	83,9	83,2
Männer	78,3	77,4

Table 1: Lebenserwartung in Jahren: Österreich im europäischen Vergleich (65)

Die Anzahl der zu erwartenden Lebensjahre, die in Gesundheit verbracht werden (HLY: healthy life years), liegt allerdings darunter: Frauen 60,4 HLY bei einem Eurostat Schnitt von 62,2 HLY und Männer 59,8 HLY gegenüber 61.8 HLY im Eurostat Durschnitt. Die Ausgaben liegen mit 10,9% des Bruttoinlandsproduktes über dem OECD Mittel von 9,6% (Österreich auf Platz 8). (64,65)

	Österreich	Eurostat-Schnitt
Frauen	60,4	62,2
Männer	59,8	61,8

Table 2: Gesunde Lebensjahre (Healthy Life Years): Österreich im europäischen Vergleich - (65)

Zum Zustand der Primärversorgung ist vor allem die Arbeit von Florian Stigler zu nennen (22). Er setzte ein bereits zuvor angewandtes Tool (20) ein, um festzustellen, wie stark das österreichische Gesundheitssystem auf Primärversorgung ausgerichtet ist. Gemessen wird neben den Charakteristika der Versorgung auch die Struktur des Systems (Finanzierung, Gewicht der Allgemeinmedizin im akademischen Sektor und weitere Punkte) (20).

Die Versorgungsdichte betreffend rechnet Stigler vor, dass außerhalb des Krankenhauses Fachärztinnen und Fachärzte die Mehrheit bilden und 17,5% der gesamten Ärzteschaft (36.514 Ärztinnen und Ärzte) als Allgemeinmedizinerinnen oder Allgemeinmediziner im niedergelassen Bereich tätig sind (22,66).

Eine Stärke des sekundären Sektors zeigte sich zum Beispiel in den von Stigler angeführten Daten Hofmarchers (67):

- 28,4 Krankenhausaufnahmen pro Jahr pro 100 Einwohnerinnen und Einwohnern, die höchste Rate innerhalb der Europäischen Union (EU);
- 7,7 Spitalsbetten pro 100 Einwohnerinnen und Einwohnern (Platz 2 der EU).

Der Fokus liegt vor allem auf der Sekundär- und Tertiärversorgung und weniger auf der Primärversorgung. Stiglers Ergebnisse stehen im Einklang mit der Hypothese, dass eine schwache Orientierung hin zur Primärversorgung mit höheren Ausgaben verbunden ist.

Klassisch für diesen Zustand ist auch die Diskrepanz zwischen der Platzierung bezüglich Kosten und dem schlechteren Abschneiden in der Kategorie "Lebenserwartung" im internationalen Vergleich (Kosten: Platz 8; Lebenserwartung Platz 15) (64). (22)

Andere Publikationen unterstützen zum Teil diese Bewertung. So werden die hohen Kosten und die starke Tendenz hin zur intramuralen Versorgung auch von einem internationalen Vergleich der „Versammlung der Regionen Europas" aus 2011 angeführt (68). Der Schwerpunkt auf Versorgung im Krankenhaus wird auch im *Joint Health Report 2010* der Europäischen Kommission erwähnt (69). Das Fehlen eines landesweiten Gatekeeping-Systems (15) und ein entsprechend häufiges direktes Aufsuchen von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten ohne vorherigen Besuch einer Allgemeinmedizinerin oder eines Allgemeinmediziners ist auch zu erwähnen (70). Die in Österreich insgesamt schwach strukturierte Primärversorgung im internationalen Vergleich wurde auch von Kringos (31) beschrieben. Dem gegenüber zu stellen sind zum Beispiel der einfache Zugang und der Umfang der Versorgung (15,31).

Abschließend fasse ich aus den hier angeführten Arbeiten und vor allem auch aus der Arbeit von Stigler Folgendes zusammen: Das österreichische Gesundheitssystem zeigt im internationalen Vergleich eine gute Performance, dies jedoch bei auch relativ hohen Kosten und verbesserungswürdigen Outcomeparametern wie HLY (healthy life years) oder Lebenserwartung. Verbesserung ist vor allem im Bereich der noch schwach ausgebildeten Primärversorgungsstrukturen möglich (22), in jenem Bereich also, den auch van Weels und Rosser als kritischen Ansatzpunkt sehen, wenn man ein Gesundheitssystem verbessern will (19). Hier möchte ich die Entwicklung der Demographie in Österreich und die daraus folgenden Herausforderungen betonen, zu deren Bewältigung eine starke Primärversorgungsstruktur essentiell sein dürfte (54,56,57,59,71).

6.3 Das ärztliche Gespräch

Diese Arbeit beschäftigt sich mit Aspekten der Kommunikation in der Allgemeinmedizin. Nachdem ich mich in den vorigen Kapiteln mit den Grundlagen dieser Art der Versorgung beschäftigt habe, widme ich mich nun dem zweiten Teil des Themas: AP- Kommunikation (AP = "Ärztin/Arzt–Patientin/Patient“).

Was ist AP-Kommunikation? Welche Effekte hat sie? Ist sie wichtig? Wie misst man „gute“ Kommunikation?

6.3.1 Kommunikation in der Medizin

Vorweggenommen habe ich bereits, dass ich in dieser Arbeit auf Kommunikation zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientinnen und Patienten eingehe. Ich möchte allerdings nicht unerwähnt lassen, dass Kommunikation auch in anderen Bereichen der Medizin eine entscheidende Rolle spielt. So ist die auch Kommunikation der diversen Arbeitskräfte untereinander wichtig für die Patientensicherheit. Generell liegt die Medizin hier im Vergleich zu anderen Berufsgruppen noch zurück. (72–74)

Was heißt „Kommunikation“?

In der Literatur herrscht keine Einstimmigkeit bezüglich einer klaren Definition, was auch den unterschiedlichen wissenschaftlichen Herangehensweisen zuzuschreiben ist (75–77). Ohne hier weiter in die Tiefe zu gehen werde ich mich auf die AP-Kommunikation konzentrieren. Hier zeigt sich in der Literatur ein zunehmendes Interesse an der Erforschung kommunikativer Aspekte der AP-Beziehung (76,78), wobei anzumerken ist, dass unter „Beziehung“ ebenfalls Unterschiedliches verstanden wird (79,80).

Wozu die Beschäftigung mit Kommunikation?

Wassermann argumentiert (81), dass vorliegende Ergebnisse, die den Einfluss von Interaktion auf diverse Bereiche (wie Diagnosestellung, Therapie, Beziehung, Compliance, Kosten) (72,80,82–88) sowie die Möglichkeit der Beeinflussung dieser zeigen, eine genauere Auseinandersetzung mit dem Thema rechtfertigen. Bensing geht einen Schritt weiter: Kommunikation entscheidet oft über den Erfolg und ist somit Voraussetzung, das

Outcome von Patientinnen und Patienten zu verbessern, und Versorgende sollten dieses Potential nicht ungenützt lassen (89).

Das Gespräch zwischen Ärztin oder Arzt und Patientinnen beziehungsweise Patienten ist ein fundamentaler Bestandteil der Versorgung (80,86,87,90–96). Zwischenmenschliche sowie kommunikative Fähigkeiten werden daher als Kernkompetenzen von Ärztinnen und Ärzten angesehen (83,87,92,97–104). Diese Kompetenzen stehen in einer Beziehung zueinander: Die Anwendung der kommunikativen Skills im Gespräch wie zum Beispiel die Erhebung der Anamnese, Erklärungen oder Anweisungen an die Patientinnen und Patienten sowie nonverbale Aspekte bilden die Basis für die zwischenmenschlichen Fähigkeiten, also für die Wirkung der Kommunikation am Patienten, was im Zusammenspiel letztlich erlaubt, eine therapeutische Beziehung zu etablieren (72,105). Die Verständigung untereinander und das AP-Verhältnis insgesamt ist für eine qualitative Versorgung von großer Bedeutung (78,106,107,107–110) und nimmt gerade in der Primärversorgung eine zentrale Rolle ein (7,92). Dort ermöglicht die Allgemeinmedizin mit ihrem fortlaufenden Kontakt zu den Versorgten diese wichtige Beziehung aufzubauen, die auch Patientinnen und Patienten ein Anliegen ist (38,111). So konnte ein Zusammenhang zwischen effektiver Kommunikation und unterschiedlichen positiven Effekten für Versorgende als auch für Versorgte gezeigt werden (80,83,85,87,90,112,113). Zu den Wirkungen der Kommunikation führe ich im Kapitel *Effekte „guter" Kommunikation* Beispiele an.

Kommunikation zwischen Ärztin beziehungsweise Arzt und Patientinnen und Patienten wird als Schlüsselelement einer erfolgreichen und guten Behandlung gesehen. In der Folge wird ein kurzer Überblick über bisherige Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse geliefert: Welche Versuche „gute" Kommunikation zu definieren, hat es bisher gegeben? Welche Erkenntnisse hat man dabei gewonnen? Welche Aspekte sind erstrebenswert? Welchen Nutzen hat „gute" Kommunikation?

6.3.2 Was ist „gute“ Kommunikation? Welche Vorteile hat sie?

„Gute“ Kommunikation

Es gibt unterschiedliche Ansichten darüber, was Kommunikation bewirken soll (102):

- „*... the objective of medical communication is to create a positive effect on a patient's health and medical care,...*“ – Kalamazoo II Report (72)
- *„Obviously the ultimate goal of the interchanges for patients and physicians is the receipt and delivery of optimal care.“* – Robert L. Hulsman (102).
- *„Three different purposes of communication are identified, namely: (a) creating a good inter-personal relationship; (b) exchanging information; and (c) making treatment-related decisions.“* – Ong et. al (80)
- *„The ultimate aim of good communication is to be humane. Communication is humane if it effectively ameliorates patient outcomes.“* – Hanneke de Haes (114)

Es ist schwierig, „gute“ Kommunikation in klare Worte zu fassen (115), den „einen“ „richtigen“ Kommunikationsstil gibt es nicht (91).

AP-Kommunikation ist ein rasch wachsendes Forschungsgebiet, und man ist in der Literatur mit unterschiedlichen Theorien und Konzepten konfrontiert (72,76,94,116). Da Kommunikation ein zielorientiertes (mit der AP-Beziehung verknüpftes) Verhalten (76) ist, sind theoretische Annäherungen an das Thema auch von entsprechenden „Idealvorstellungen“ der AP-Beziehung und Behandlung beeinflusst. Bezüglich dieser zentralen Themen „Beziehung“ und „Kommunikation“ möchte ich Feldman-Stewart (76) anführen. Sie betonte, rückblickend auf die Arbeiten von Brammer/ MacDonald (117) und Roter/ Hall (118) sowie Watzlawick (119), dass je nach Beziehungsstatus der Kommunikation eine unterschiedliche Zielsetzung verliehen wird. Es ist klarzustellen ob das eigentliche Ziel die Entwicklung einer guten Beziehung ist oder ob mit dieser erst die Voraussetzung für weitere Kommunikation geschaffen werden soll. Über das Ziel der AP-Beziehung herrscht allerdings keine absolute Einigkeit, nicht zuletzt da sie im Wandel begriffen ist (114,116,120). Dementsprechend finden sich Unterschiede in Theorien zur Erfassung der AP-Kommunikation und in der Art der erhobenen Daten und Resultate (80). Nun möchte ich hier kurz einige Theorien, die als Leitstruktur für klare Ergebnisse notwendig sind (121), anführen.

Ong et al. führen drei primäre Ziele der Kommunikation an. Um zu verstehen, wieso und wie sie wirkt, gilt es die Ziele, die Kommunikation und Verhaltensmuster in ihr sowie den konkreten Effekt auf das Outcome von Patientinnen und Patienten zu beobachten und zu analysieren. Ong teilt Kommunikation in „cure" und „care" orientierte Anteile auf. (80)

Debra Roter wählte im Jahr 2000 (94) einen anderen Zugang. Nach einer Arbeit von Hall et al. (121), in der in der Kommunikation untersuchte Aspekte in Übergruppen zusammengefasst wurden, identifizierte sie folgende Kernpunkte: Mitteilen und Einholen von Information (inklusive Art und Inhalt der Übermittlung), Beziehungsbildung, emotionale Unterstützung sowie Beachtung sozioemotionaler Aspekte.

Mit dem Ziel der Verbesserung der Ausbildung in Richtung Kommunikation wurde 2001 der Kalamazoo I Report *„Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement"* (122) mit sieben Hauptaufgaben der Kommunikation verfasst:

- Beziehungsbildung
- Eröffnen der Diskussion
- Informationen einholen
- den Standpunkt der Patientin beziehungsweise des Patienten verstehen
- Informationen teilen
- Übereinkünfte bezüglich Behandlung und zukünftiger Pläne
- die Verarbeitung zu unterstützen beziehungsweise zu einem Abschluss zu verhelfen.

Im Speziellen wird die Wichtigkeit einer effektiven Beziehung und die dafür nötige Flexibilität als Voraussetzung für Kommunikation genannt. (122)

Den Kalamazoo I Report ergänzend sprachen sich Egener et al. dafür aus als weitere zentrale Fähigkeit *„understanding the true essence or meaning of the visit"* (123) anzuführen. Da es vorkommt, dass zwar Skills von Ärztinnen und Ärzten messbar verbessert werden, die Patientin beziehungsweise der Patient sich aber nicht ausreichend wahrgenommen fühlen, sollte dieses Verständnis der Essenz explizit angeführt werden (72). Den zu Versorgenden helfen ihre bewussten und unbewussten Anliegen zu erkennen, sie aktiv in die Gespräche zu führen und die Heilung zu erleichtern, werden als dafür vorteilhafte Verhaltensweisen beziehungsweise Techniken genannt. Denn, so Egener et al., ob die

Kommunikation erreicht, was sie erreichen soll, können letztlich nur Patientinnen und Patienten beurteilen; daher muss ihre Beurteilung miteinbezogen werden. Es ist essentiell, dass sie dies auch vermittelt bekommen und wahrnehmen (87,123,124). Laut Egener et al. ist diese Wahrnehmung Voraussetzung für weitere Schritte, denn *„'Feeling understood' is necessary, but not sufficient, for 'healing' to occur.“* (123). Dies fällt in einen Bereich der AP-Beziehung, in dem die nonverbale Kommunikation aufgrund ihrer Rolle in der Vermittlung von emotionalen Inhalten besonders wichtig ist (94,125).

Feldman-Stewart et al. (76) und Hulsman (102) führe ich als jüngere Arbeiten zuletzt an. Feldman-Stewart spricht von vier zentralen Punkten in der Kommunikation:

1. von den Zielen jeder Teilnehmerin beziehungsweise jeden Teilnehmers: Kommunikation dient nicht dem Selbstzweck (dazu auch (77)), sondern Zielen, welche sie in primäre und sekundäre Ziele einteilt; Letztere dienen der Erreichung primärer Ziele.
2. von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern und ihren „*needs, beliefs, values, skills, and emotions*.“ (76)
3. von dem Prozess an sich: verbale, non-verbale und stumme Inhalte, der fortlaufende Charakter der Kommunikation und wie sie sich dadurch selbst gestaltet
4. von der Umgebung, in der die Kommunikation stattfindet und die auf die Eigenschaften der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wirkt und sie so beeinflusst.

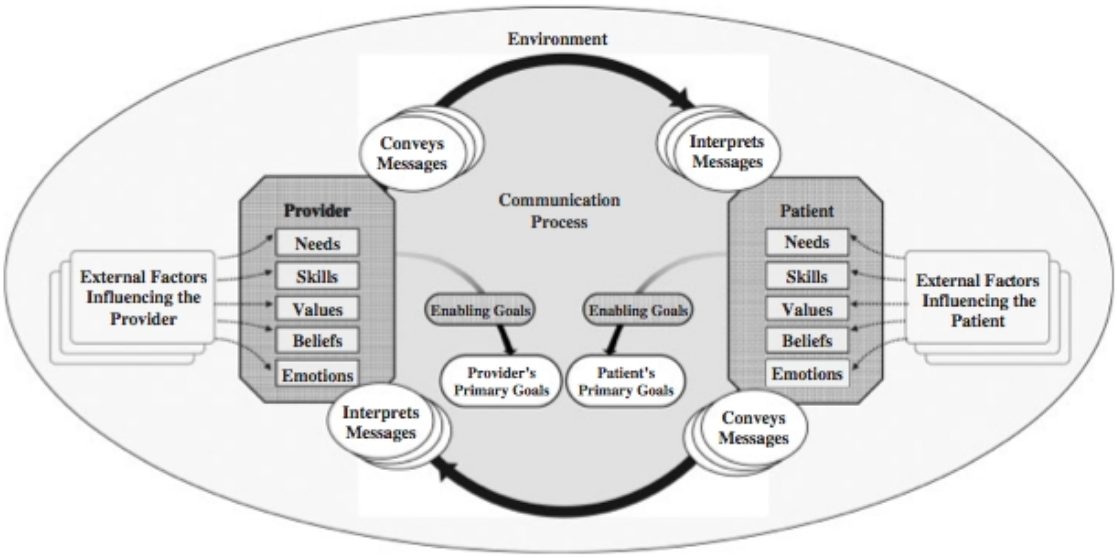

Figure 1.

Illustration 2: aus Feldman-Stewart "A conceptual framework for patient– professional communication: an application to the cancer context" Seite 803, (76)

Zielorientiertes Verhalten wird von Feldman-Stewart (und auch Hulsman) stark betont. Ohne Ziele kann „gute“ Kommunikation nicht erreicht werden. Anstatt indirekter Marker, könnte die Identifizierung der einzelnen Ziele der Teilnehmenden dazu beitragen, den Prozess an sich zu verbessern. Ziele sollen erkannt werden und Patientinnen und Patienten das Gefühl haben, dass man diese auch wirklich in Angriff nimmt. (76)

Hulsman baut dies in seiner Arbeit (102) aus und weist darauf hin, dass Ziele nicht in Stein gemeißelt sind (89), sondern sich kontinuierlich ändern. Dementsprechend geht es nicht nur um die Vermittlung von Inhalten, vielmehr müssen Ärztinnen und Ärzte entsprechende Fähigkeiten zur Beobachtung besitzen und sollten darüber auch reflektieren.

„Effective goal-oriented medical communication comes down to constantly monitoring shifting goals, accurately detecting patient responses, and responding adequately in solving each of them.“ – Robert L. Hulsman (102)

In dieser chronologischen Auflistung von Theorien zur AP-Kommunikation ist auch eine zunehmende Aufwertung des Standpunktes von Patientinnen und Patienten zu erkennen. Diese Entwicklung ist ebenso im Zusammenhang mit dem Aufkommen und der Forderung nach „patientenzentrierter“ Behandlung zu sehen, deren Erfolg zu einem Großteil auf effektiver Kommunikation basiert (114,126).

Da ich diesen Einfluss in der Gestaltung für entscheidend halte, möchte ich auf den Begriff „Patientenzentriertheit“ genauer eingehen. Die vor allem anfangs unklaren Beschreibungen von Patientenzentriertheit dürften daher rühren, dass sich der Begriff eher aus einem politischen Kontext entwickelt hat (114,127). Zu beachten ist hier die Verwendung der Begriffe „Patientenzentriertheit“, „patientenzentrierte Behandlung“ und „patientenzentrierte Kommunikation“, die, so kritisierten Epstein et al., häufig gleichbedeutend verwendet werden (128). Sie führten McWhinneys (129) Kerneigenschaften von Patientenzentriertheit an, auf die auch ich mich beziehe. Dieser Zugang wird nicht nur als „Möglichkeit“ gesehen, sondern, wenn auch schwierig fassbar und messbar, sogar als ein wesentliches Kriterium um Qualität in Versorgung und Outcomes zu erreichen (114,127,130). Die Individualität und die jeweiligen Umstände der Patientinnen und Patienten haben starken Einfluss auf Gesundheit und Krankheit und daher müssen sie in der Behandlung und Betreuung berücksichtigt werden (33).

Der lange vorherrschende „paternalistische“ Beziehungstyp (94) soll angesichts der Ergebnisse der Forschung in die Geschichtsbücher verbannt werden, da „patientenzentrierte Behandlung“ mit vorteilhaftem Outcome und Kosteneffizienz assoziiert ist (29,114). Das „Machtgefälle“ zugunsten der Ärztin beziehungsweise des Arztes in der AP-Beziehung soll verlassen werden und eine kooperierender Stil, der auch das für das gesundheitliche Outcome wichtige Eigenengagement der Patientinnen und Patienten fördert und fordert, soll Einzug halten; Kommunikation spielt dabei eine entscheidende Rolle (101,114,130,131). Denn Patientinnen und Patienten im richtigen und erwünschten Ausmaß – nicht alle wollen dasselbe (114,132) – zu inkludieren und in den Mittelpunkt zu stellen ist auch angesichts der Forschungsergebnisse wesentlich für den Behandlungserfolg (130). Nicht zuletzt weil die Menschen in ihrer Individualität wahrgenommen und verstanden werden wollen, und dies sollte nicht nur einigen wenigen, sondern allen Versorgten möglich sein (25).

Hier sind auch die Vorteile der Primärversorgung und der Allgemeinmedizin ersichtlich, die sich auf diese Einzigartigkeit des Menschen einstellt, was nicht nur höhere Zufriedenheit, sondern auch besseres gesundheitliches Outcome zur Folge hat: Zufriedenheit wird von manchen sogar als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung gesehen (25,29,115,127). Es sind die Patientinnen und Patienten selbst, die die eigenen Wertvorstellungen und Umstände am besten kennen. Und da Gesundheit und Krankheit durch diese Bedingungen stark beeinflusst beziehungsweise mitgestaltet werden, muss man diesen persönlichen Umständen in Behandlung und Zielsetzung entsprechende Aufmerksamkeit schenken (133). Mit den Worten Ian McWhinneys „*These*

can be summarised by saying-what is obvious enough, but rarely happens- that we cannot know what people want or opt for without communicating with them" (134).

In diesem Sinne geht es nicht darum, der Patientin oder dem Patienten die ärztliche Sicht aufzuzwingen – auch nicht wenn es „zu deren Bestem" sein soll – sondern darum, dass Ärztinnen und Ärzte die sich wandelnden Standpunkte, Vorstellungen, Sorgen und Bedürfnisse (bewusste wie auch unbewusste) ihrer Patientinnen und Patienten mit diesen gemeinsam erarbeiten, um diese in Folge in die Therapie einfließen lassen zu können. Dazu müssen Medizinerinnen und Mediziner nicht nur Informationen vermitteln, sondern auch ihre Wahrnehmung schulen und über selbstreflektive Fähigkeiten, emotionale Intelligenz, Empathie und Flexibilität verfügen, um bei der Identifizierung von Patientenanliegen helfen zu können. Es ist der Dialog inklusive seiner nonverbalen Bereiche, in dem die Einzigartigkeiten und der Standpunkt jeder Patientin beziehungsweise jedes Patienten („dort abholen, wo sie/er ist") ergründet wird, damit entsprechende Ziele gesetzt werden können. Unter Berücksichtigung dieser Attribute können dann gemeinsame Entscheidungen wirklich im Sinne der Patientin beziehungsweise des Patienten entsprechend ihrer Individualität gefällt werden. Dies macht ein positives gesundheitliches Outcome wahrscheinlicher und ist nicht zuletzt auch für die Versorgenden von Vorteil. (29,82,88,88,89,94,96,101,102,111,112,114,123–125,133–141)

Effekte „guter" Kommunikation und Herausforderungen beim Messen dieser Wirkungen

Die Kommunikation mit und die Behandlung von Menschen (und nicht von Fällen) sind also essentiell für gute Versorgung, was auch die Notwendigkeit der Erforschung von Kommunikation ersichtlich macht (80,87,138,142). Hier gilt es Defizite aufzuarbeiten, denn auch von Seiten der Patientinnen und Patienten werden Mängel in der Kommunikation häufig kritisiert (143).

Zunächst möchte ich Messmethoden und ihre Limitationen vorstellen, einige konkrete Ergebnisse anführen und auf aktuellere Herausforderungen eingehen.

Messmethoden

Eine Vielzahl von Instrumenten hat man bereits eingesetzt, um kommunikatives Verhalten

zu beurteilen (80). Boon und Stewart (144) sowie der *„Kalamazoo II Report“* (72) bieten hierzu gute Übersichtsarbeiten: Ton und Bildaufnahmen, Checklisten von Patientinnen/Patienten, Ärztinnen/Ärzten oder von Dritten ausgefüllt und direkte Beobachtung wurden von Boon und Stewart konkret angeführt, wobei sie zum damaligen Zeitpunkt vor allem die fehlende Vergleichbarkeit zwischen den Tools vermissten und sich für ein einheitliches Tool aussprachen. Dies stellt sich allerdings angesichts der Vielzahl an zu beachtenden Faktoren und der unterschiedlichen Theorien als äußerst schwierig dar (144). Der *„Kalamazoo II Report“* fasste die Möglichkeiten folgendermaßen zusammen (72):

> *(1) checklists of observed behaviors in interactions,*
>
> *(2) surveys of patients' experience in inter- actions, and*
>
> *(3) examinations using oral, essay, or multiple- choice response questions.*

Die möglichen Tools unterscheiden sich nach Aufwand, Kosten und bewertbarem Verhalten und folglich in den erhebbaren Daten. Obwohl ein „Gold-Standard“ in der Messung noch nicht gefunden wurde, wird im Report betont, dass die Versorgung im Endeffekt den Patientinnen und Patienten dienen soll und die Effektivität der zwischenmenschlichen Fähigkeiten der Ärztin beziehungsweise des Arztes von den Versorgten wohl am besten beurteilt werden kann und sich dazu Fragebögen gut eignen. Auch hier müssen allerdings viele Einflüsse, wie der Gesundheitszustand der Befragten und die Beeinflussung der Ergebnisse durch den Forschungsansatz an sich, beachtet werden. (72,112)

Die Entwicklung hin zu Entscheidungen, die Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten und nicht an deren Stelle fällen, spiegelt sich auch in diesen Methoden wider (138).

Hulsman (102) kritisiert, dass die Häufigkeit des Auftretens von gewissem kommunikativen Verhalten zur Bewertung nicht ausreiche und führt Wassermann an, der diesbezüglich festhielt, dass diese Art der Evaluation dem Versuch gleich käme „Tennis zu verstehen, indem man nur die Anzahl der Aufschläge, harten Schläge (…) und Volleys“ (81) zählen würde. Vielmehr sollte analysiert werden, ob eingesetzte Skills auch wirklich den Umständen entsprechend auf Ziele (*„... medical communication is goal-oriented, problem-solving behavior.“* (102)) hinarbeiten. Das bedeutet, dass Einflüsse auf die Bedürfnisse und Ziele der Patientinnen und Patienten ebenso erforscht werden müssen. (102)

In diesem verstärkt qualitativen Zugang beziehungsweise in einem ausgewogeneren Verhältnis zwischen qualitativen und quantitativen Ansätzen und in der Beachtung der

mannigfaltigen äußeren Umstände, wird Hulsman auch von Street et al. (124), Stott und Pill (145) und von Deledda et al. (112) unterstützt.

Effekte „guter" Kommunikation

Ein generell verbessertes Outcome, Zufriedenheit und Compliance der Patientinnen und Patienten oder Blutzucker- und Blutdruckwerte wurden häufig eingesetzt um die Effekte von Kommunikation zu bewerten (76,80,87,143).

Bisherige Resultate sprechen stark dafür, dass patientenzentrierte Kommunikation einen starken positiven Einfluss auf die Compliance hat. Eine „schlechtere" Kommunikation (weniger Erklärungen und mangelndes Verständnis) führt eher zu:

- Non – Compliance (138),
- Klagen (146),
- unnötigen Therapieveränderungen, Untersuchungen (mit entsprechendem Effekt auf die Ressourcen) und Fehldiagnosen (138,143,147).

Allerdings gibt es auch Ergebnisse, die keine so starken Zusammenhang zeigen, wie er zum Beispiel zwischen Zufriedenheit und „guter" Kommunikation besteht (80).

So zeigten Ong et al. (80), dass es eine starke Assoziation zwischen Zufriedenheit und dem kommunikativen Verhalten der Ärztin beziehungsweise des Arztes (148), dem Ausmaß an vermittelter Information und Gesprächsdauer (149) und patientenzentrierter Kommunikation gibt (150,151) (siehe auch (84,152)). Laut Bensing (153) dürften vor allem nonverbale Aspekte für die Zufriedenheit wichtig sein; Oliveira et al. können das allerdings nur bedingt bestätigen (152).

Auch zwischen dem allgemeinen gesundheitlichen Outcome und effektiver Kommunikation zeigen sich Zusammenhänge: Assoziationen zeigen sich nicht nur mit der emotionalen Befindlichkeit der Patientinnen und Patienten, sondern auch mit anderen Punkten wie Schmerzlinderung, Symptomverbesserung, höherer Funktionalität, weniger Ängstlichkeit und Blutdruckveränderungen (87,143,154) sowie weniger Untersuchungen und Überweisungen, was auch die Kosten reduzieren dürfte (83,155,156).

Eine wichtige Limitation bisheriger Ergebnisse ist, dass häufig nur Assoziationen, aber keine Kausalitäten abgeleitet werden können (124).

Herausforderungen in der Erforschung der AP-Kommunikation

Abschließend zu diesem Kapitel seien die Arbeiten von Street et al. (124) und Deledda et al. (112) zu aktuellen Herausforderungen und Lösungsansätzen vorgestellt. Deledda et al. betonen, dass die Präferenzen der zu Versorgenden erforscht und berücksichtigt und dazu quantitative und qualitative Methoden vereint werden müssen. Nur mit dieser Kombination wird man es schaffen können, die Wünsche/ Erwartungen / Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten genau festzustellen (112).

Street et al. sprechen sich für einen differenzierten Zugang aus. Die Forschung muss versuchen die konkreten kommunikativen Prozesse zu identifizieren, die (indirekt und direkt) längerfristig zu besserem Outcome führen und so die Wege finden, über die Kommunikation ihre Wirkungen entfaltet. Sie muss versuchen Kausalitäten festzustellen und dabei auch den Kontext beachten, in dem die Gespräche (Effekte von Kommunikation nicht aus einem Einzelgespräch, sondern im Verlauf der Zeit) stattfinden. (124)

Die Zukunft der Erforschung der Kommunikation steht also im Zeichen eines auf die Patientinnen und Patienten fokussierten, gemischt qualitativen und quantitativen Zugangs.

7 Relevanz der Diplomarbeit – Warum der Fokus Allgemeinmedizin? Warum die Unterscheidung nach Geschlecht, Bildung und Alter?

Die Effekte und der Nutzen von starker Primärversorgung und Kommunikation wurden in den letzten Kapiteln ausführlich behandelt. In der primären Versorgung spielt die AP-Kommunikation eine besondere Rolle im Bereich der Prävention, der Medikamenten-Compliance oder auch bei der Änderung von Lebensstilen bei der Behandlung chronischer Erkrankungen (92,106,131,157–159). Es ist eben die Allgemeinmedizinerin oder der Allgemeinmediziner, die beziehungsweise der die spezielle Beziehung zu den Patientinnen und Patienten (unter Berücksichtigung der individuellen Aspekte) zu deren größtmöglichem Vorteil nutzt (29). Da der Eintritt in das Gesundheitssystem an diesem Punkt stattfindet, ist die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten hier für den weiteren Verlauf wichtig (112). Weiters sind die zwischenmenschliche Beziehung und die Kommunikation für die Versorgten wichtiger als zum Beispiel technische Fähigkeiten der Ärztin oder des Arztes (38,74,160–162). Da das Ziel eine bessere Versorgung ist, gilt es auch die Sicht der Versorgten zu beachten und diese, sowie auch regionale Unterschiede in ihren Präferenzen und Bedürfnissen, in die Planung von Versorgungssystemen einzubeziehen (72,89,136,163–165). Daher untersuche ich in dieser Arbeit die Wichtigkeit diverser Aspekte der Kommunikation aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

7.1.1 Warum Allgemeinmedizin?

Allgemeinmedizin ist ein eigenständiges Fach und muss daher auch ihre eigenen Forschungsfragen stellen, um ihre spezifischen Herausforderungen zu meistern. Denn Forschungsergebnisse aus anderen Bereichen sind in der Primärversorgung oft nur begrenzt anwendbar, und die Behandlung gewisser Krankheitsbilder ist eine Domäne der Allgemeinmedizin, weshalb auch deren Erforschung in der Allgemeinmedizin vor Ort – in diesem Fall in österreichischen Praxen – erfolgen sollte. (16,19,33,166–170)

So gibt es zum Beispiel Hinweise, dass sich die Erwartungen der Patientinnen und Patienten und die bevorzugte Art der Kommunikation von anderen Fächern und je nach aktuellen Anliegen unterscheiden (111,171–173). Der Erforschung der AP-Beziehung und AP-Kommunikation aus Sicht der Patientinnen und Patienten haben sich laut Laine et al.

(174) nur wenige gewidmet. Wie diese verbessert werden kann, ist nicht nur für Patientinnen und Patienten persönlich wichtig (112), sondern eben auch für das gesundheitliche Outcome (106,175). Die Erwartungen der in der Allgemeinmedizin versorgten Patientinnen und Patienten (und ob diese erfüllt werden oder nicht) spielen eine wichtige Rolle und sollten daher in der Forschung berücksichtigt werden (176).

7.1.2 Vergleichsgruppen

Angesichts der Unterschiede in der Kommunikationsweise, die aus der allgemeinen und medizinischen Kommunikationsforschung bekannt sind (91,109,131,141,173,177–180), wird in dieser Arbeit untersucht, ob Frauen und Männer die im Fragebogen angesprochenen Punkte als unterschiedlich wichtig einstufen. Da der Bildungsgrad Einfluss auf das gesundheitliche Outcome und die Art der Kommunikation hat, sind auch Differenzen zwischen unterschiedlichen Ausbildungsniveaus Gegenstand dieser Untersuchung (86,114,115,181–186,186–188). Aufgrund der demographischen Entwicklung wird sich die Zahl der älteren Patientinnen und Patienten erhöhen, was speziell im Rahmen der Primärversorgung zu beachten ist (38). Zudem liegen bereits Ergebnisse vor, die einen Zusammenhang der bevorzugten Art der Kommunikation und ihren Effekten mit dem Alter der Patientinnen und Patienten zeigen (141,184,189). Daher wird auch das Alter als Faktor berücksichtigt.

7.1.3 Forschungsfragen

Aus der Wichtigkeit von Forschung vor Ort und der Berücksichtigung der Präferenzen von Patientinnen und Patienten wurde die erste Forschungsfrage formuliert:

"Wie wichtig sind Patientinnen und Patienten die unterschiedlichen Aspekte im Gespräch mit Ihrer Allgemeinmedizinerin/ Ihrem Allgemeinmediziner?"

Die Literatur lässt vermuten, dass Geschlecht, Bildungsgrad und Alter die Wünsche an das ärztliche Gespräch beeinflussen könnten. Mit der Intention, dies zu untersuchen, wurde die zweite Forschungsfrage erstellt:

"Unterscheiden sich diese Wünsche im Hinblick auf Geschlecht, Bildungsgrad oder Alter der Patientinnen und Patienten?"

Weiters sollen folgende Fragestellungen gesondert überprüft werden:

Ist Frauen Augenkontakt wichtiger als Männern?

Frage 7.1 (*Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?*) zielt auf einen konkreten nonverbalen Aspekt im Gespräch ab (Augenkontakt). Da Frauen generell stärkeres nonverbales Verhalten zeigen (180), wird erwartet, dass Frauen der Augenkontakt wichtiger sei als Männern.

Sind Patientinnen und Patienten mit primärem Bildungsgrad klare Anweisungen beziehungsweise das Nachfragen, ob alles verstanden wurde, wichtiger als jenen mit sekundärem oder tertiärem Ausbildungsgrad?

Wollen diese Patientinnen und Patienten explizit klare Anweisungen, weil sie Fachvokabular eventuell schlechter verstehen? Wollen sie verstärkt, dass die Ärztin oder der Arzt sich um Verständnis bemüht?

Sind älteren Patientinnen und Patienten klare Anweisungen wichtiger als jüngeren?

Swensons Ergebnisse (184) deuten darauf hin, dass ältere Patientinnen und Patienten Patient-centered Care weniger bevorzugen. Wenn diese Gruppe ein „paternalistisches Modell" gewohnt ist, will sie dann auch vermehrt klare Anweisungen?

8 Vorgangsweisen und Methoden

8.1 Erhebung der Daten

Die Erhebung der Daten erfolgte im Rahmen der QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) Studie. Sie hatte zum Ziel, Primärversorgungssysteme in Europa hinsichtlich Kosten, Qualität und "Fairness/Gerechtigkeit" zu evaluieren, festzustellen was gute Primärversorgungssysteme ausmacht, und wie diese sich auf Gesundheitssysteme insgesamt auswirken. Die Studie wurde vom "Netherlands Institute for Health Service Research (NIVEL)" geleitet; die Koordination für Österreich unterlag der Abteilung für Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien. Insgesamt wurde die QUALICOPC Studie in 34 Ländern durchgeführt und zwar in den 27 Mitgliedsstaaten der EU, der Schweiz, Norwegen, Island und der Türkei sowie in Neuseeland, Australien und Israel. In größeren Ländern mit regionalen Unterschieden im Aufbau der Gesundheitsversorgung wurden Allgemeinmedizinerinnen beziehungsweise Allgemeinmediziner aus diesen unterschiedlichen Regionen zu einer möglichen Teilnahme befragt. Mittels Fragebögen werden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner zu ihrer Arbeit sowie deren Patientinnen und Patienten zu ihren Erfahrungen und Erwartungen mit der Allgemeinmedizin befragt und bereits vorhandene Daten, wie zum Beispiel der PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor Europe) Datenbank, miteinbezogen. (190)

Es wurden vier Fragebögen eingesetzt: einer zur Befragung der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, zwei zur Befragung der Patientinnen und Patienten zu deren Erfahrungen und Werten sowie ein Fragebogen für die Fieldworkerin beziehungsweise den Fieldworker zu Eigenschaften der Praxis.

Es wurden alle Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, die Mitglied der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin sind oder deren e-Mail Adresse via Suchfunktion der Websites der Landesstellen der Österreichischen Ärztekammer auffindbar war, kontaktiert. Einladungen wurden elektronisch versandt inklusive vier weiterer Erinnerungen per e-Mail. Bei Interesse wurden die Unterlagen per Post zugeschickt. Bei Teilnahme füllte die Allgemeinmedizinerin beziehungsweise der Allgemeinmediziner nach Unterschreiben der Einverständniserklärung den

“HausärztInnen” – Fragebogen aus, retournierte diesen per Post und es wurde ein Termin für die Befragung der Patientinnen und Patienten vereinbart. Diese erfolgte im Warteraum und wurde von insgesamt 11 Fieldworkerinnen und Fieldworkern durchgeführt:

- 6 Diplomandinnen beziehungsweise Diplomanden und 1 Studierende der Medizinischen Universität Wien
- 1 Diplomand der Medizinischen Universität Innsbruck
- 1 Gesundheitswissenschafterin
- 1 Ethnologin
- 1 Psychologin

Die Patientinnen und Patienten wurden von einer Fieldworkerin oder einem Fieldworker über die Hintergründe des Projekts aufgeklärt und gefragt, ob sie bereit wären, einen Fragebogen auszufüllen. Die Fieldworkerinnen beziehungsweise Fieldworker zählten dabei auch die Anzahl der insgesamt angesprochenen Personen mit. Nahmen Patientinnen und Patienten teil, mussten sie eine seperate Einverständniserklärung (inklusive Name und Geburtsdatum) ausfüllen und unterzeichnen. Dieses Prozedere wurde fortgeführt bis pro Praxis neun Personen einen „Erfahrung“-Fragebogen und eine Person einen „Werte“-Fragebogen ausgefüllt hatten. Ziel war es pro Land 220 “Werte”- und 1800 “Erfahrung”-Fragebögen zu erheben. Das Ziel für Österreich waren 180 „Werte“- sowie 1620 „Erfahrung“-Fragebögen. Auf den Fragebögen wurden keine Namen vermerkt und die seperaten Einverständniserklärungen wurden keinem Fragebogen zugeordnet. Eine Zuordnung von Personen ist also nicht möglich. (190)

8.1.1 Fragebögen

Die standardisierten Fragebögen wurden in mehreren Schritten entworfen, in einer Pilotstudie getestet, revidiert, danach aus dem Englischen in die jeweilige Landessprache übersetzt, von den Landeskoordinatorinnen beziehungsweise Landeskoordinatoren adaptiert und zur Kontrolle wieder zurückübersetzt (inklusive Sprachen von Minderheiten des jeweiligen Landes). Für Österreich lagen Fragebögen in den Sprachen Deutsch und Türkisch vor. Der “HausärztInnnen”-Fragebogen besteht aus 60 Fragen mit untergeordneten Fragen, die sich auf Bereiche der Arbeit einer Allgemeinmedizinerin beziehungsweise eines Allgemeinmediziners konzentrieren. Aufwand und Zufriedenheit mit diversen Tätigkeiten, Einschätzung von Patientinnen und Patienten, Lage und

Ausstattung der Praxis und weitere Daten werden in unterschiedlichen Fragenformaten erfasst.

Bei Patientinnen und Patienten kamen zwei Fragebögen zum Einsatz: Ein “Werte”-Fragebogen zur Erfragung der persönlichen Prioritäten der hausärztlichen Versorgung und ein “Erfahrung”-Fragebogen zu demselben Themenbereich.

Im “Erfahrung”-Fragebogen wurden Patientinnen und Patienten vor allem zu ihren bisherigen Erlebnissen mit der Allgemeinmedizin befragt. 29 übergeordnete Fragen (mit insgesamt 86 zu beantwortenden Fragestellungen), zehn Fragen zu sozioökonomischen Angaben der Patientinnen und Patienten und zwei Fragen zum Gesundheitszustand. Erfahrungen in den Konsultationen, bei der Terminvereinbarung und andere Abläufe in der Praxis waren ebenso Thema wie Gründe für einen Arztbesuch oder Erwartungen an die Ärztin respektive den Arzt bei gewissen Krankheitsbildern. Diverse Fragenformate (geschlossen, Bewertungsskalen, single und multiple choice) kamen zum Einsatz.

Für diese Diplomarbeit wurde der “Werte”-Fragebogen verwendet. Dieser besteht aus insgesamt 64 Fragen: zehn zu Geschlecht und sozioökonmischen Angaben, zwei zum Gesundheitszustand, 52 Fragen (eingeteilt in sieben Hauptfragen mit untergeordneten Fragen) zu den Wertvorstellungen der Versorgung sowie zu Aspekten vor, während und nach dem Arztbesuch. Jede Frage hatte vier Antwortmöglichkeiten: “gar nicht wichtig”, “nicht so wichtig”, “wichtig” oder “sehr wichtig”. Im Rahmen der Diplomarbeit wurden folgende Fragen ausgewertet:

Frage 3 Folgende Fragen betreffen den Arzt/die Ärztin, bei dem Sie gerade waren. Wie wichtig ist Ihnen, dass...

Frage 3.2. Ihr Arzt/Ihre Ärztin höflich ist?

Frage 3.3 Ihr Arzt/Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt?

Frage 3.4 Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen erklärt?

3.	Folgende Fragen betreffen den Arzt/die Ärztin, bei dem Sie gerade waren. Wie wichtig ist Ihnen, dass...	Gar nicht wichtig	Nicht so wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
1	Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihre Krankenakte vorliegen hat.	☐	☐	☐	☐
2	Ihr Arzt/Ihre Ärztin höflich ist.	☐	☐	☐	☐
3	Ihr Arzt/Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt.	☐	☐	☐	☐
4	Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen erklärt.	☐	☐	☐	☐
5	Sie über die Behandlung mitentscheiden können.	☐	☐	☐	☐
6	Ihr Arzt/Ihre Ärztin nicht nur die heutigen Beschwerden behandelt, sondern auch nach weiteren möglichen Problemen fragt.	☐	☐	☐	☐
7	Die MitarbeiterInnen an der Anmeldung höflich und hilfsbereit sind.	☐	☐	☐	☐

Illustration 3: Fragebogen Fragen 3.2- 3.4

Frage 7 Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass....

Frage 7.1. Der Arzt/die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?

Frage 7.2 Der Arzt/die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört?

Frage 7.8 Der Arzt/die Ärztin Sie ernst nimmt?

Frage 7.9 Der Arzt/die Ärztin Sie versteht?

Frage 7.10 Der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?

Frage 7.11 Der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?

7.	Während des Arztbesuchs. Wie wichtig ist Ihnen, dass...	Gar nicht wichtig	Nicht so wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
1	Der Arzt/die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält.	☐	☐	☐	☐
2	Der Arzt/die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört.	☐	☐	☐	☐
3	Der Arzt/die Ärztin Ihnen nicht das Gefühl gibt, unter Zeitdruck zu stehen.	☐	☐	☐	☐
4	Der Arzt/die Ärztin Ihren persönlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Hintergrund kennt.	☐	☐	☐	☐

Illustration 4: Fragebogen Fragen 7.1-7.2

		Gar nicht wichtig	Nicht so wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
5	Der Arzt/die Ärztin nicht wegen Ihres Alters, Geschlechts, kulturellen Hintergrundes oder wegen Ihrer Religion Vorurteile hat.	☐	☐	☐	☐
6	Der Arzt/die Ärztin Sie als Mensch behandelt und nicht nur als medizinisches Problem.	☐	☐	☐	☐
7	Der Arzt/die Ärztin Sie während der körperlichen Untersuchung respektvoll behandelt und während des Gespräches nicht unterbricht.	☐	☐	☐	☐
8	Der Arzt/die Ärztin Sie ernst nimmt.	☐	☐	☐	☐
9	Der Arzt/die Ärztin Sie versteht.	☐	☐	☐	☐
10	Der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben.	☐	☐	☐	☐
11	Der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben.	☐	☐	☐	☐

Illustration 5: Fragebogen Fragen 7.8-7.11

Frage 9 Nach dem Arztbesuch. Wie wichtig ist Ihnen, dass...

Frage 9.3 Der Arzt/die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist?

9.	Nach dem Arztbesuch. Wie wichtig ist Ihnen, dass...	Gar nicht wichtig	Nicht so wichtig	Wichtig	Sehr wichtig
1	Der Arzt/die Ärztin Sie über alle Tests informiert, auch wenn die Ergebnisse normal sind.	☐	☐	☐	☐
2	Der Arzt/die Ärztin bereit ist, Ihnen weitere Fragen per Telefon oder Email zu beantworten.	☐	☐	☐	☐
3	Der Arzt/die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist.	☐	☐	☐	☐

Illustration 6: Fragebogen Frage 9.3

Fragen zum Hintergrund der Patientinnen und Patienten:

Frage 10 Geschlecht

Frage 11 Geburtsjahr

Zum Schluss möchten wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person zu machen.

10.	Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich
11.	Geburtsjahr	19 ☐☐

Illustration 7: Fragebogen Fragen 10 (Geschlecht) und 11 (Geburtsjahr)

Frage 17 Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss

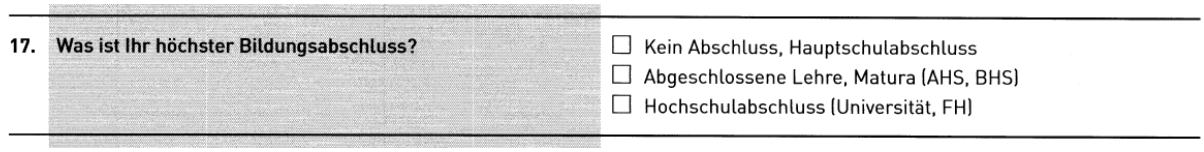

Illustration 8: Scan des Fragebogens Frage 17 (Bildungsgrad)

8.2 Datenanalyse

Die Datenauswertung erfolgt durch das Statistikprogramm „IBM SPSS Statistics“, Version 21.0. Die Fragen werden nach deskriptiven Gesichtsmerkmalen analysiert. Subgruppenanalysen werden mittels statistischer Tests durchgeführt. Beim Vergleich von kategorialen Variablen werden der Chi-Quadrat-Test, bei Bedarf auch inklusive z-Test und Adjustierung für multiples Testen nach der Bonferroni-Methode, verwendet. Alle Tests werden mit einem Konfidenzintervall (KI) von 95% erstellt. Aufgrund der kleinen Stichprobe wird sofern technisch möglich der Fisher Exact Test angewandt. Sollte der Fisher Exact Test nicht durchführbar sein, werden die Likelihood-Quotient und Chi-Quadrat nach Pearson Werte herangezogen.

Die miteinander zu vergleichenden Subgruppen wurden folgendermaßen aufgeteilt:

Geschlecht

- Weiblich
- Männlich

Höchster absolvierter Bildungsabschluss

- primärer Bildungsgrad: kein Abschluss, Hauptschulabschluss;
- sekundärer Bildungsgrad: Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS,BHS);
- tertiärer Bildungsgrad: Hochschulabschluss (Universität, FH)

Alter: Alter wurde in Gruppen “18-29”, “30-39”,“40-49”, “50-59”, “60-69” und “70 und älter” unterteilt.

8.3 Ethikkommission

Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Universität in Wien für die QUALICOPC-Studie inklusive Amendement für diese Diplomarbeit liegen vor (EK Nr. 808/2011)

9 Ergebnisse

9.1 Rücklaufrate

Elektronische Einladungen zur Teilnahme an der Studie wurden an insgesamt 3050 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner geschickt. 184 Hausärztinnen beziehungsweise Hausärzte füllten den "HausärztInnen"-Fragebogen aus (6% Rücklaufrate).

Insgesamt wurden 2.662 Patientinnen und Patienten gefragt, ob sie einen Fragebogen ausfüllen würden. 1791 Personen nahmen schließlich teil (Rücklaufrate: 67,3%), wobei die Daten von vier Personen aufgrund von Minderjährigkeit exkludiert werden mussten. Von diesem Ausschluss waren die "Werte"-Fragebögen allerdings nicht betroffen.

Es wurden 188 „Werte"-Fragebögen ausgefüllt. Diese Abweichung ergibt sich aus folgendem Grund: in fünf Ordinationen wurde kein Werte-Fragebögen ausgefüllt, in einer jedoch statt eines einzelnen zehn.

„Werte"-Fragebögen wurden ausschließlich in deutscher Sprache ausgefüllt.

9.2 Stichprobe

In dieser Stichprobe von 188 Patientinnen und Patienten findet sich folgende Aufteilung bezüglich des Geschlechts, des höchsten absolvierten Bildungsabschlusses und des Alters.

Geschlecht

Alle 188 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben ein Geschlecht angegeben: weiblich 58,5% (n=110) und männlich 41,5% (n=78). Im Vergleich dazu die Gesamtbevölkerung (8.420.900) Österreichs laut Bevölkerungsstatistik der Statistik Austria von 2011 (191): 48,75% Männer und 51,25% Frauen.

Geschlecht	*Stichprobe*	*Gesamtbevölkerung*
Weiblich	58,5%	51,25%
Männlich	41,5%	48,75%

Table 3: Vergleich der Häufigkeit in der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung (191) - nach

Geschlecht

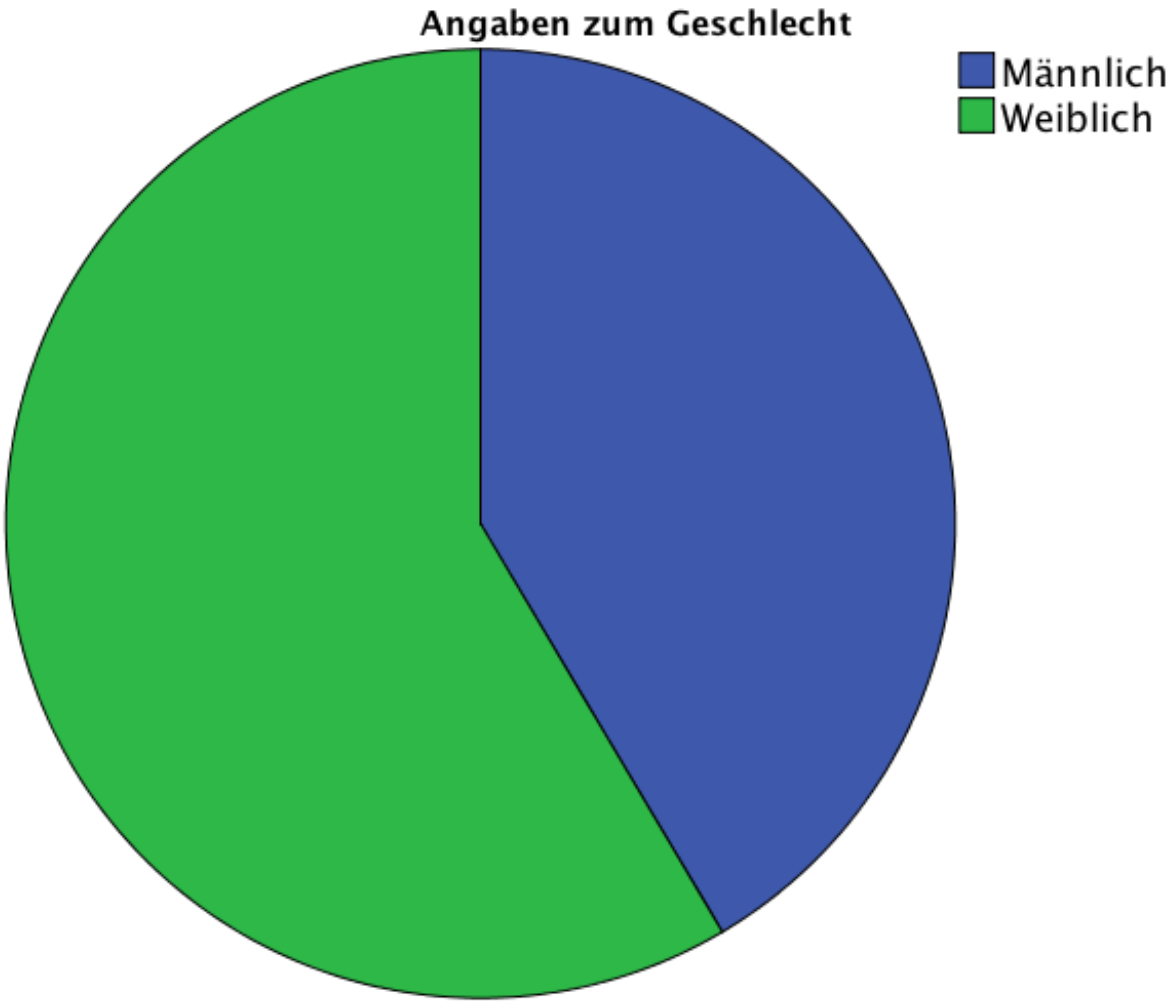

Illustration 9: Frage 10: Angaben der Teilnehmenden zum Geschlecht

Bildungsgrad

Hierzu wurden von 182 der 188 Teilnehmerinnen und Teilnehmer Angaben gemacht. In der Gruppe der 182 zeigt sich folgende Aufteilung:

- 18,7% (n=34) "Kein Abschluss, Hauptschulabschluss"
- 67,6% (n=123)"abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)"
- 13,7% (n=25) "Hochschulabschluss (Universität, FH)"

Im Vergleich mit Daten der Statistik Austria aus 2010 (192) in der Altersgruppe der "ab 20-

Jährigen" mit einer Verteilung von 24,98% "Allgemeinbildende Pflichtschule", 63,65% "Lehre, Berufsbildende Mittlere Schule, Allgemeinbildende Höhere Schule, Berufsbildende Höhere Schule und Kolleg" und 11,38% "Hochschulverwandte Lehranstalt, Universität und Fachhochschule" zeigt sich eine mit der Gesamtbevölkerung ähnliche Stichprobe.

Illustration 10: Frage 17: Angaben der Teilnehmenden zum Bildungsgrad

Bildungsgrad	*Stichprobe*	*Gesamtbevölkerung*
primär	18,7%	24,98%
sekundär	67,6%	63,65%
tertiär	13,7%	11,38%

Table 4: Vergleich der Häufigkeit in der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung (192) - nach Bildungsgrad

Alter

Hierzu haben 187 der 188 Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Angabe gemacht. Zur Feststellung einer Ähnlichkeit mit der österreichischen Bevölkerung wurden die Daten der Statistik Austria herangezogen, die allerdings nur "geclustert" zur Verfügung standen („0-19 Jahre", „20-64 Jahre" und „65 Jahre und älter") (191). Im Rahmen dieser Diplomarbeit wurden die Daten zum Vergleich entsprechend in „18-64 Jahre" und „65 Jahre und älter" gruppiert. Laut Zahlen der Statistik Austria fallen in die die Kategorie „20-64 Jahre" 61,9% und in die Gruppe „65 Jahre und älter" 17,7% gegenüber 71,7% und 28,3% in der Stichprobe.

Alter	*Stichprobe*	**Alter**	*Österreich*
18-64 Jahre	71,7%	20-64 Jahre	61,9%
>65 Jahre	28,3%	>65 Jahre	17,7%

Table 5: Vergleich der Stichprobe mit der Gesamtbevölkerung (191) - nach Alter

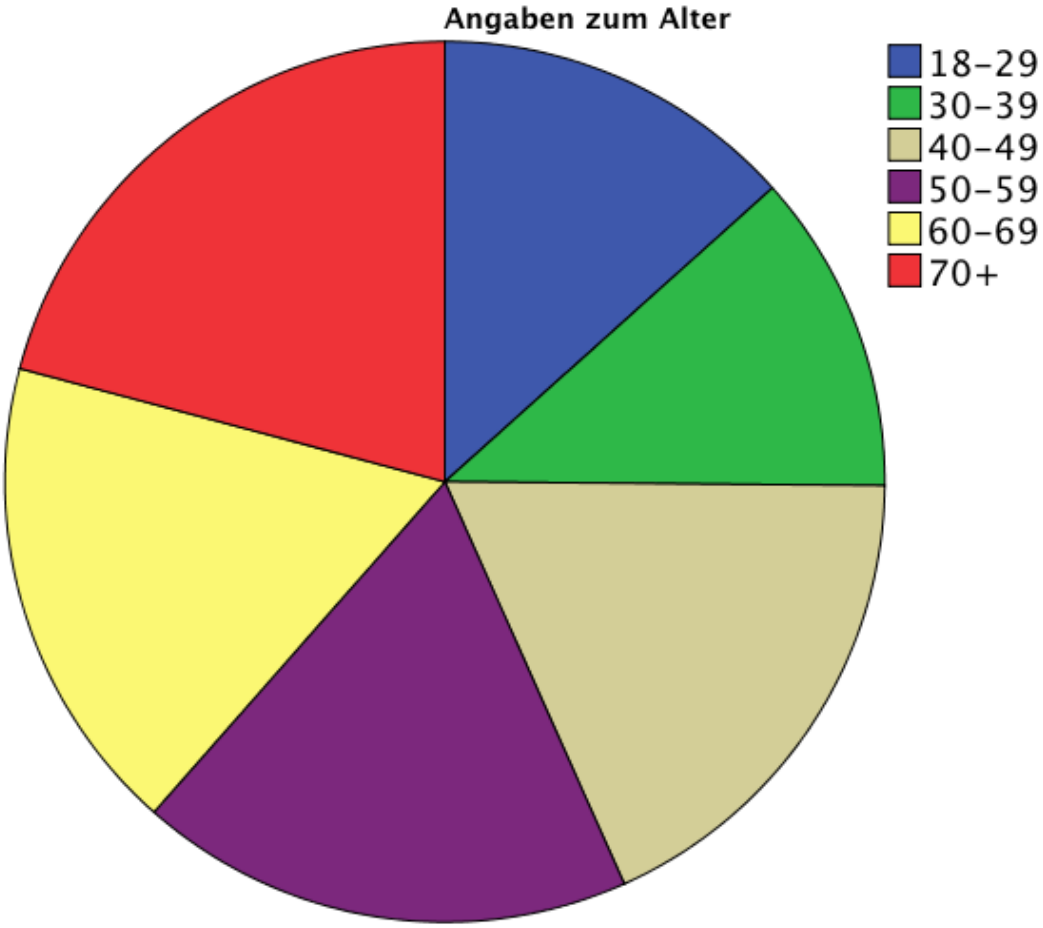

Illustration 11: Frage 11: Altersverteilung

9.3 Auswertung der Fragen

Die Auswertung der einzelnen Fragen ergab folgende Ergebnisse:

Frage 3.2: Folgende Fragen betreffen den Arzt/die Ärztin, bei dem Sie gerade waren. Wie wichtig ist Ihnen, dass.... Ihr Arzt/Ihre Ärztin höflich ist?

Von 188 Probandinnen und Probanden haben hierzu 4 keine Angaben gemacht. Unter den verbleibenden 184 zeigten sich insgesamt folgende Ergebnisse:

Keine der Patientinnen und keiner der Patienten meint, dass es "gar nicht wichtig" sei. "Nicht so wichtig" bewerten dies 3,8% (n=7). Für 37,5% ist die Höflichkeit der Ärztin oder des Arztes "wichtig" und für mehr als die Hälfte (58,7%) ist sie "sehr wichtig".

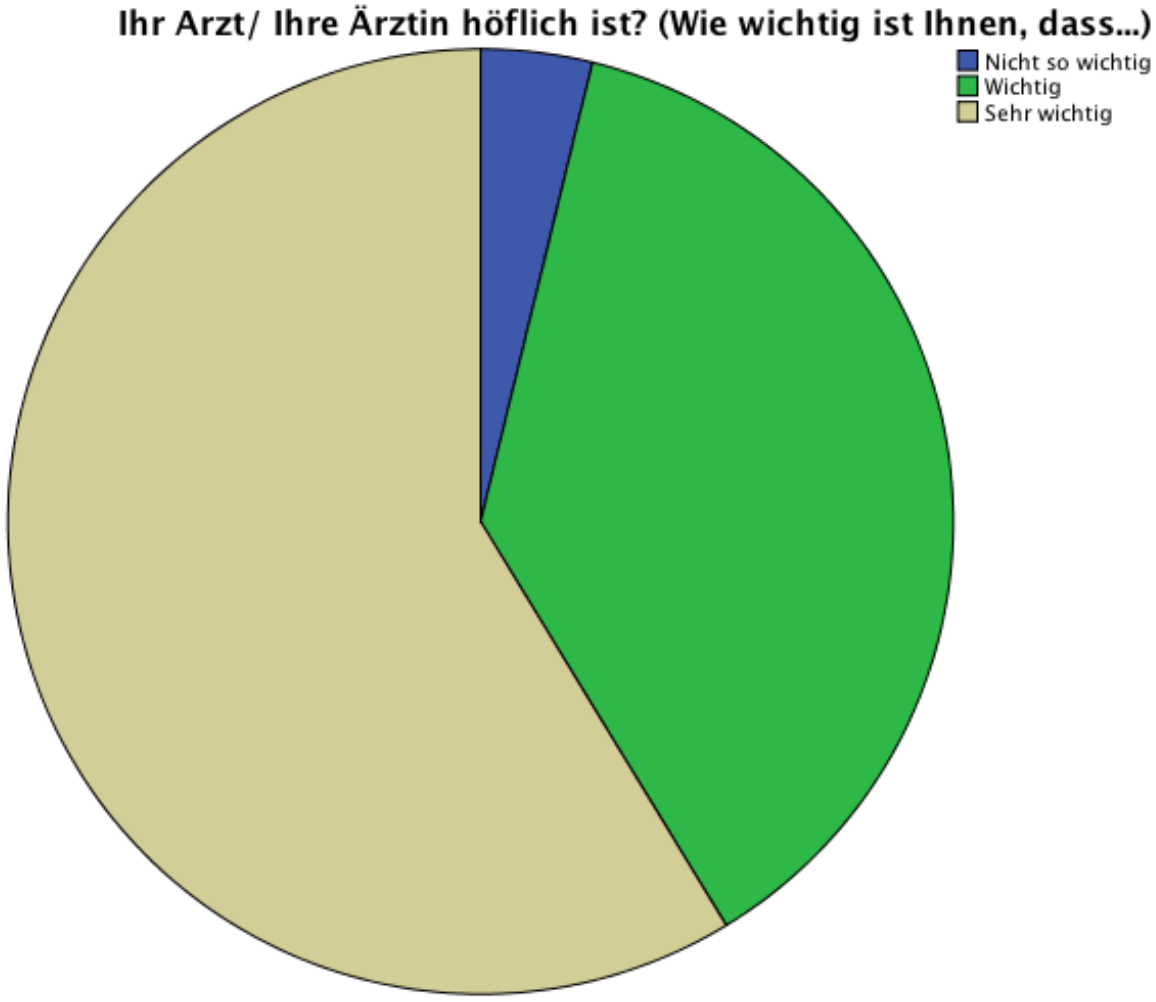

Illustration 12: Häufigkeit der Antworten zu Frage 3.2

Vergleich der Untergruppen

Geschlecht

Zu Wichtigkeit der Höflichkeit und zum Geschlecht haben 184 von 188 Patientinnen und Patienten Angaben gemacht. Insgesamt zeigt sich ein signifikanter Unterschied. In den Kategorien „sehr wichtig“ M 47,4% vs. F 67% ($p < 0,05$) und „nicht so wichtig“ M 9% vs. F 0% ($p < 0,05$).

Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist. (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Female	Gesamt
Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist. (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	7a	0b	7
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	9,0%	0,0%	3,8%
	Wichtig	Anzahl	34a	35a	69
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	43,6%	33,0%	37,5%
	Sehr wichtig	Anzahl	37a	71b	108
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	47,4%	67,0%	58,7%
Gesamt		Anzahl	78	106	184
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 6: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.2 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	13,776a	2	,001	,001		
Likelihood-Quotient	16,329	2	,000	,000		
Exakter Test nach Fisher	13,907			,001		
Zusammenhang linear-mit-linear	11,230b	1	,001	,001	,001	,000
Anzahl der gültigen Fälle	184					

a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 2,97.

b. Die standardisierte Statistik ist 3,351.

Table 7: Hypothesentests Frage 3.2 - Vergleich nach Geschlecht

Bildungsgrad

Zum Vergleich der Wichtigkeit der Höflichkeit zwischen Patientinnen und Patienten verschiedener Ausbildungsgrade konnten Angaben von 178 Teilnehmerinnen und Teilnehmern verwertet werden.

Hier zeigt sich weder insgesamt (p = 0,559) noch in den einzelnen Antwortkategorien ein signifikanter Unterschied zwischen den unterschiedlichen Ausbildungsgraden.

Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist. (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist. (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	1a	5a	1a	7
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	3,2%	4,1%	4,0%	3,9%
	Wichtig	Anzahl	8a	48a	11a	67
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	25,8%	39,3%	44,0%	37,6%
	Sehr wichtig	Anzahl	22a	69a	13a	104
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	71,0%	56,6%	52,0%	58,4%
Gesamt		Anzahl	31	122	25	178
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 8: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.2 - Vergleich nach Bildungsgrad

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	2,648a	4	,618	,631		
Likelihood-Quotient	2,734	4	,603	,728		
Exakter Test nach Fisher	2,842			,559		
Zusammenhang linear-mit-linear	1,792b	1	,181	,200	,111	,038
Anzahl der gültigen Fälle	178					

a. 3 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,98.

b. Die standardisierte Statistik ist -1,339.

Table 9: Hypothesentests Frage 3.2 - Vergleich nach Bildungsgrad

Alter

Zur Wichtigkeit der Höflichkeit und Alter haben 183 von 188 der Patientinnen und Patienten Angaben gemacht. Hier konnte auf mehreren Rechnern und in mehreren SPSS Versionen kein Fisher Exact Test durchgeführt werden. Es wurde angegeben, dass zu wenig Arbeitsspeicher zur Verfügung gestanden wäre, obwohl die Geräte nicht ausgelastet waren. Der Likelihood-Quotient fällt signifikant aus (p = 0,048), der Chi-Quadrat-Test nach Pearson nicht (p = 0,067).

Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist. (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist. (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0a	0a	1a	2a	4a	0a	7
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	2,9%	6,1%	12,1%	0,0%	3,8%
	Wichtig	Anzahl	9a	12a	14a	7a	13a	13a	68
		% innerhalb von Altercluster	36,0%	57,1%	41,2%	21,2%	39,4%	35,1%	37,2%
	Sehr wichtig	Anzahl	16a	9a	19a	24a	16a	24a	108
		% innerhalb von Altercluster	64,0%	42,9%	55,9%	72,7%	48,5%	64,9%	59,0%
Gesamt		Anzahl	25	21	34	33	33	37	183
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 10: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.2 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	17,347a	10	,067	.b		
Likelihood-Quotient	18,425	10	,048	.b		
Exakter Test nach Fisher	.b			.b		
Zusammenhang linear-mit-linear	,000c	1	,982	1,000	,506	,031
Anzahl der gültigen Fälle	183					

a. 6 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,80.

b. Kann nicht berechnet werden, da zuwenig Arbeitsspeicher vorhanden ist.

c. Die standardisierte Statistik ist ,022.

Table 11: Hypothesentests Frage 3.2 - Vergleich nach Alter

Frage 3.3: Folgende Fragen betreffen den Arzt/die Ärztin, bei dem Sie gerade waren. Wie wichtig ist Ihnen, dass... Ihr Arzt/Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt?

Hierzu haben 7 von 188 keine Angaben gemacht. Unter den verbleibenden 181 zeigte sich die folgende Häufigkeit der entsprechenden Antworten:

Wiederum hat niemand das Fragen nach Beschwerden als "gar nicht wichtig" bewertet. Fragen nach Beschwerden bewerten 1,1% (n=2) als "nicht so wichtig", der Rest (98,9%) bewertet dies entweder als "wichtig" (29,3%) oder sogar als „sehr wichtig“ (69,6%).

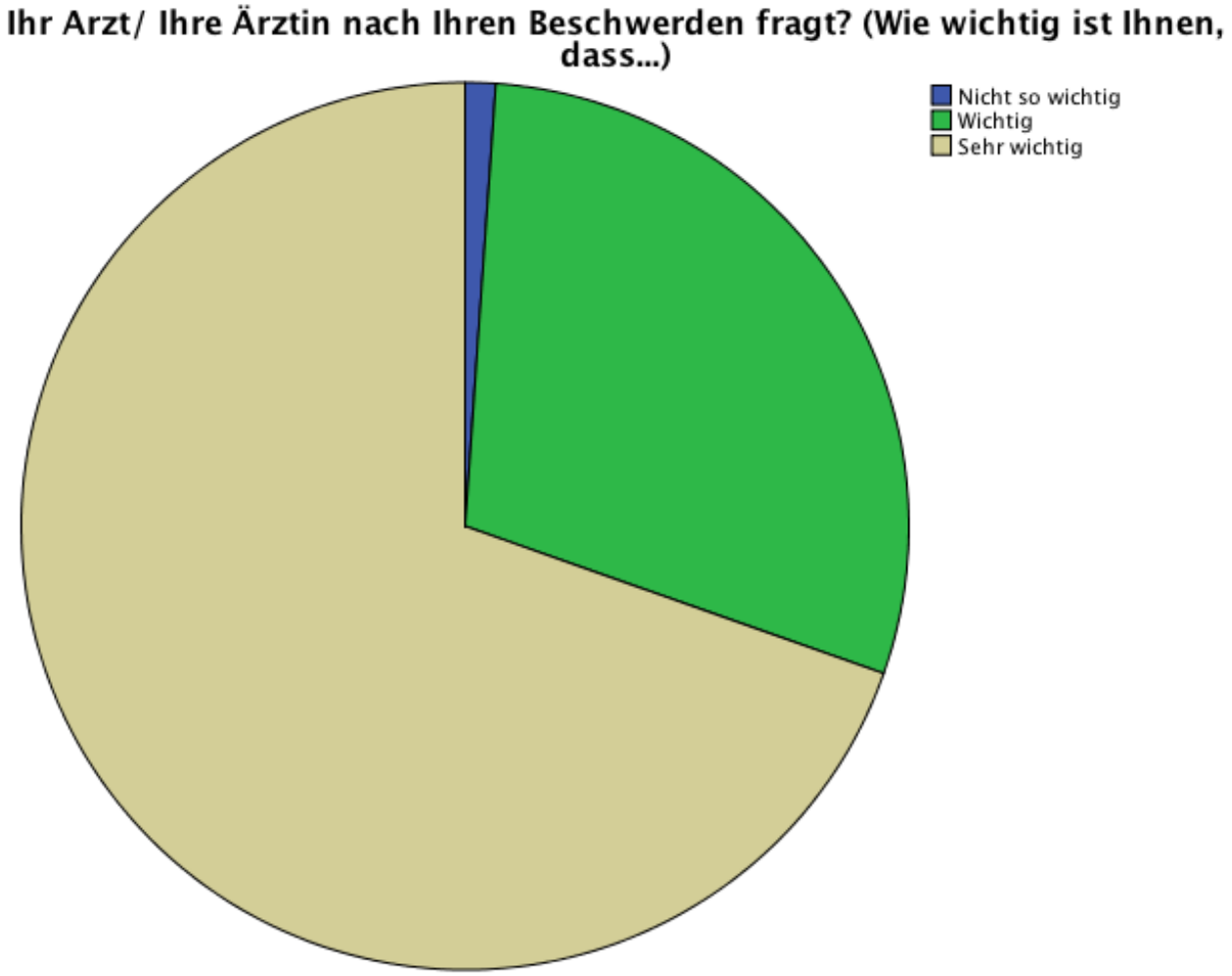

Illustration 13: Häufigkeit der Antworten zu Frage 3.3

Vergleich der Untergruppen

Geschlecht

Zum Vergleich der Häufigkeit zwischen den Geschlechtern stehen Angaben von 181 der 188 zur Verfügung.

Insgesamt besteht ein signifikanter Unterschied (p=0,014).

Beim Vergleich der einzelnen Antworten "wichtig" und "sehr wichtig" zeigt sich folgendes Bild: als "wichtig" bewerten das Fragen nach Beschwerden 37,7% der Männer und 23,1% der Frauen, hingegen bezeichnen die verbleibenden 76,9% der Frauen und 59,7% der Männer dies als "sehr wichtig" - jeweils ein signifikanter Unterschied. „Sehr wichtig“: M 37,7% vs. F 23,1% ($p < 0,05$) und „wichtig“ F 76,9% vs. M 59,7% ($p < 0,05$).

Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	2a	0a	2
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	2,6%	0,0%	1,1%
	Wichtig	Anzahl	29a	24b	53
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	37,7%	23,1%	29,3%
	Sehr wichtig	Anzahl	46a	80b	126
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	59,7%	76,9%	69,6%
Gesamt		Anzahl	77	104	181
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 12: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.3 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	7,792a	2	,020	,014		
Likelihood-Quotient	8,492	2	,014	,011		
Exakter Test nach Fisher	7,341			,014		
Zusammenhang linear-mit-linear	7,238b	1	,007	,009	,006	,003
Anzahl der gültigen Fälle	181					

a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,85.

b. Die standardisierte Statistik ist 2,690.

Table 13: Hypothesentests Frage 3.3 - Vergleich nach Geschlecht

Bildungsgrad und Alter

Zum Vergleich der Wichtigkeit des Fragens nach Beschwerden zwischen Bildungsgraden haben 176 der 188 Teilnehmenden Angaben gemacht, zum Vergleich nach Alter 180 der 188. Es zeigt sich weder insgesamt noch im Vergleich der einzelnen Antwortmöglichkeiten ein signifikanter Unterschied.

Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0a	1a	0a	1
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	,8%	0,0%	,6%
	Wichtig	Anzahl	9a	38a	6a	53
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	31,0%	31,1%	24,0%	30,1%
	Sehr wichtig	Anzahl	20a	83a	19a	122
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	69,0%	68,0%	76,0%	69,3%
Gesamt		Anzahl	29	122	25	176
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 14: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.3 – Vergleich nach Bildungsgrad

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,995a	4	,911	,841		
Likelihood-Quotient	1,303	4	,861	,841		
Exakter Test nach Fisher	1,707			,876		
Zusammenhang linear-mit-linear	,250b	1	,617	,669	,361	,100
Anzahl der gültigen Fälle	176					

a. 3 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,14.

b. Die standardisierte Statistik ist ,500.

Table 15: Hypothesentests Frage 3.3 - Vergleich nach Bildungsgrad

Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0a	1a	0a	0a	1a	0a	2
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	4,8%	0,0%	0,0%	3,0%	0,0%	1,1%
	Wichtig	Anzahl	8a	4a	8a	11a	12a	9a	52
		% innerhalb von Altercluster	32,0%	19,0%	24,2%	33,3%	36,4%	25,7%	28,9%
	Sehr wichtig	Anzahl	17a	16a	25a	22a	20a	26a	126
		% innerhalb von Altercluster	68,0%	76,2%	75,8%	66,7%	60,6%	74,3%	70,0%
Gesamt		Anzahl	25	21	33	33	33	35	180
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 16: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.3 – Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	7,879a	10	,641	,658		
Likelihood-Quotient	7,849	10	,644	,700		
Exakter Test nach Fisher	7,340			,685		
Zusammenhang linear-mit-linear	,058b	1	,810	,820	,424	,035
Anzahl der gültigen Fälle	180					

a. 6 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,23.

b. Die standardisierte Statistik ist -,240.

Table 17: Hypothesentests Frage 3.3 - Vergleich nach Alter

Frage 3.4: Folgende Fragen betreffen den Arzt/die Ärztin, bei dem Sie gerade waren. Wie wichtig ist Ihnen, dass... Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen erklärt?

Hierzu haben 5 der 188 Probandinnen und Probanden keine Angaben gemacht. Die restlichen 183 Patientinnen beziehungsweise Patienten bewerten "gut zu verstehen, was Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen erklärt" wie folgt:

Wiederum wurde dies von niemandem als "gar nicht wichtig" bezeichnet.

Eine Person (0,5%) bezeichnet dies als "nicht so wichtig", 22,4% als "wichtig" und 77% (n=141) empfinden es als "sehr wichtig" gut zu verstehen, was die Ärztin beziehungsweise der Arzt ihnen erklärt.

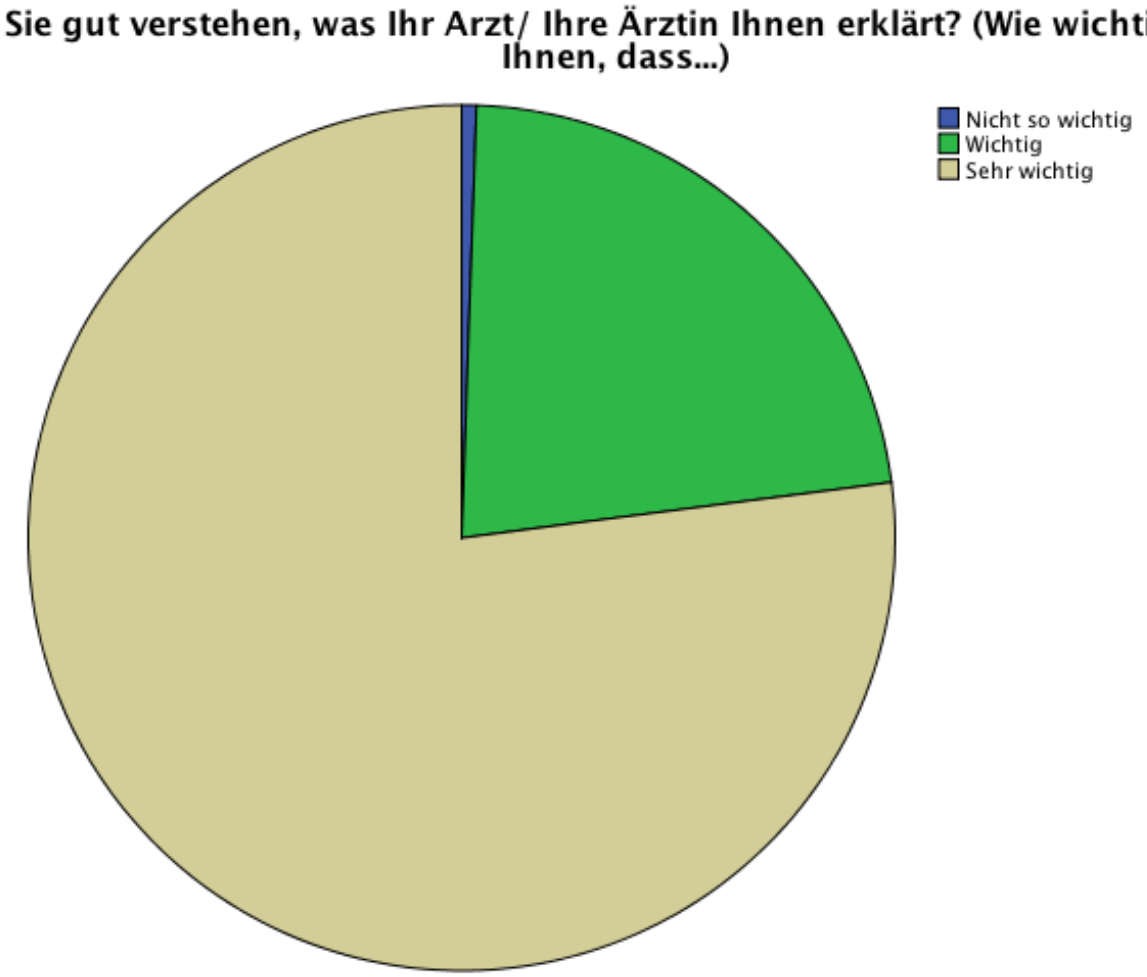

Illustration 14: Häufigkeit der Antworten zu Frage 3.4

Vergleich der Untergruppen

Geschlecht

Hierzu stehen Angaben von 183 der 188 zur Verfügung.

Insgesamt zeigt sich hier ein signifikanter Unterschied (p=0,038). Ähnlich den Ergebnissen aus Frage 3.3. zeigen sich hier Unterschiede in den Antwortkategorien "wichtig" und "sehr wichtig".

Als "wichtig" bezeichnen dies 29,9% der Männer und 17% der Frauen. "Sehr wichtig" bewerten dies 83% der Frauen und 68% der Männer. Jeweils ein signifikanter Unterschied. „Sehr wichtig“: F 83% vs. M 68,8% ($p < 0,05$) und „wichtig“ M 29,9% vs. F 17% ($p < 0,05$).

Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	1a	0a	1
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	1,3%	0,0%	,5%
	Wichtig	Anzahl	23a	18b	41
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	29,9%	17,0%	22,4%
	Sehr wichtig	Anzahl	53a	88b	141
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	68,8%	83,0%	77,0%
Gesamt		Anzahl	77	106	183
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 18: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.4 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,849a	2	,054	,038		
Likelihood-Quotient	6,162	2	,046	,038		
Exakter Test nach Fisher	5,722			,038		
Zusammenhang linear-mit-linear	5,579b	1	,018	,025	,014	,009
Anzahl der gültigen Fälle	183					

a. 2 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,42.

b. Die standardisierte Statistik ist 2,362.

Table 19: Hypothesentests Frage 3.4 - Vergleich nach Geschlecht

Bildungsgrad und Alter

Hierzu gibt es Angaben von 177 der 188 (Bildungsgrad) beziehungsweise 182 der 188 (Alter) Patientinnen und Patienten. Es zeigt sich weder insgesamt noch im Vergleich der einzelnen Antwortmöglichkeiten ein signifikanter Unterschied.

Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0a	1a	0a	1
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	,8%	0,0%	,6%
	Wichtig	Anzahl	8a	28a	5a	41
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	25,0%	23,3%	20,0%	23,2%
	Sehr wichtig	Anzahl	24a	91a	20a	135
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	75,0%	75,8%	80,0%	76,3%
Gesamt		Anzahl	32	120	25	177
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem , 05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 20: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.4 - Vergleich nach Bildungsgrad

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,686a	4	,953	,952		
Likelihood-Quotient	,992	4	,911	,952		
Exakter Test nach Fisher	1,394			,928		
Zusammenhang linear-mit-linear	,152b	1	,697	,765	,405	,110
Anzahl der gültigen Fälle	177					

a. 3 Zellen (33,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,14.

b. Die standardisierte Statistik ist ,389.

Table 21: Hypothesentests Frage 3.4 - Vergleich nach Bildungsgrad

Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0a	0a	1a	0a	0a	0a	1
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	,5%
	Wichtig	Anzahl	7a	5a	8a	7a	7a	7a	41
		% innerhalb von Altercluster	28,0%	23,8%	23,5%	21,2%	21,2%	19,4%	22,5%
	Sehr wichtig	Anzahl	18a	16a	25a	26a	26a	29a	140
		% innerhalb von Altercluster	72,0%	76,2%	73,5%	78,8%	78,8%	80,6%	76,9%
Gesamt		Anzahl	25	21	34	33	33	36	182
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 22: Kreuztabelle Auswertung Frage 3.4 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,141a	10	,882	,985		
Likelihood-Quotient	4,129	10	,941	,986		
Exakter Test nach Fisher	5,975			,984		
Zusammenhang linear-mit-linear	,852b	1	,356	,365	,192	,026
Anzahl der gültigen Fälle	182					

a. 7 Zellen (38,9%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,12.

b. Die standardisierte Statistik ist ,923.

Table 23: Hypothesentests Frage 3.4 - Vergleich nach Alter

Frage 7.1: Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?

Hierzu hat eine Teilnehmerin keine Angabe gemacht. Unter den verbleibenden 187 Patientinnen und Patienten zeigte sich folgendes Bild:

Es erachten 2,1% (n=4) als "gar nicht wichtig" und 21,9% (n=41) als "nicht so wichtig". Den meisten Teilnehmenden 51,3% (n=96) ist es "wichtig" und 24,6% (n=46) empfinden den Blickkontakt als "'sehr wichtig".

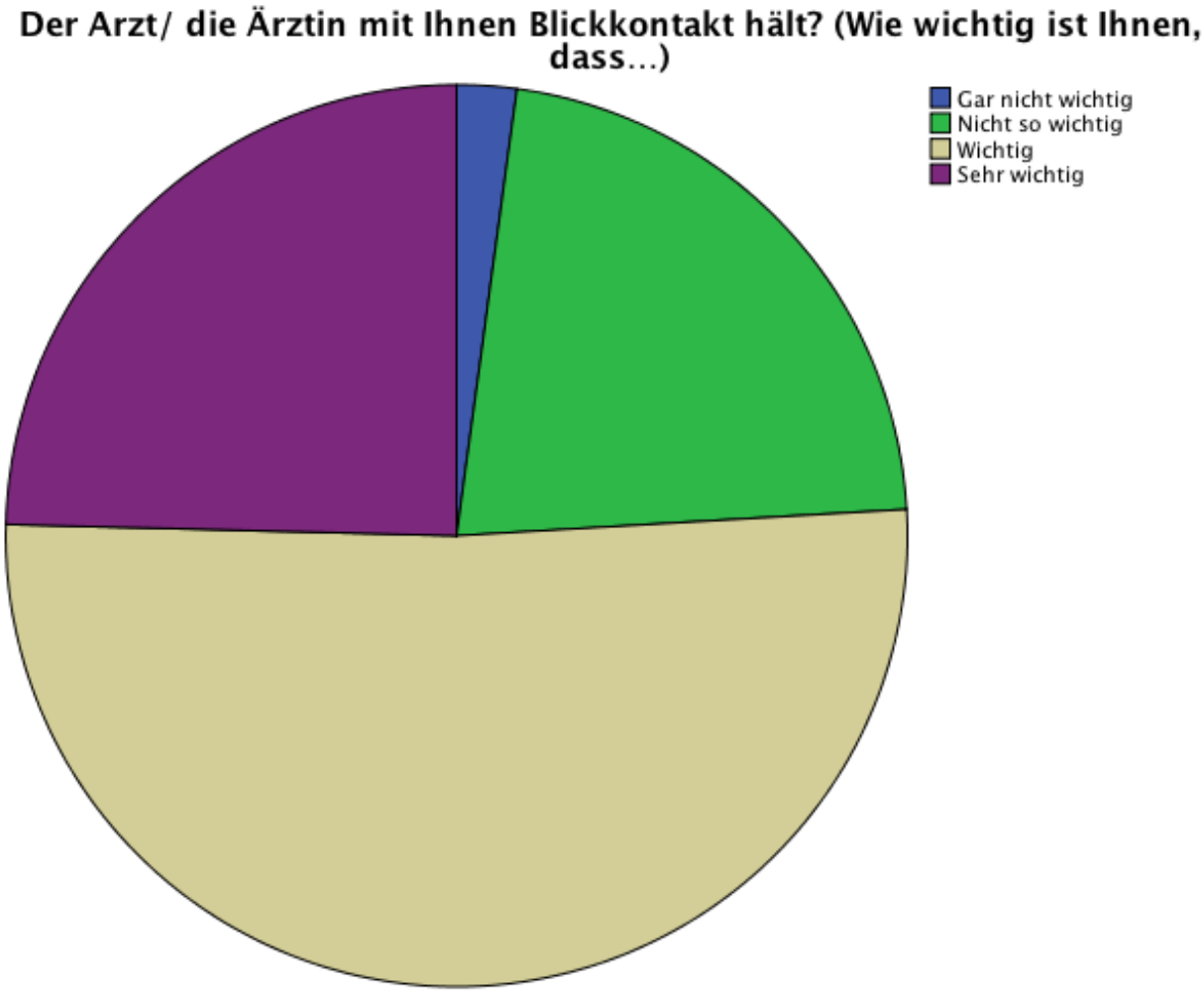

Illustration 15: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.1

Vergleich der Untergruppen

Geschlecht

Hierzu gibt es Angaben von 187 Probandinnen und Probanden. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied (p=0,003).

Beim Vergleich der Antworten in den einzelnen Kategorien zeigt sich in der Kategorie "nicht so wichtig" ein signifikanter Unterschied. Den Augenkontakt bezeichnen 34,6% der Männer "nicht so wichtig" gegenüber 12,8% der Frauen. „Nicht so wichtig“: M 34,6% vs. F 12,8% ($p < 0,05$).

Der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	1a	3a	4
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	1,3%	2,8%	2,1%
	Nicht so wichtig	Anzahl	27a	14b	41
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	34,6%	12,8%	21,9%
	Wichtig	Anzahl	36a	60a	96
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	46,2%	55,0%	51,3%
	Sehr wichtig	Anzahl	14a	32a	46
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	17,9%	29,4%	24,6%
Gesamt		Anzahl	78	109	187
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 24: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.1 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	13,394a	3	,004	,003		
Likelihood-Quotient	13,377	3	,004	,004		
Exakter Test nach Fisher	13,070			,003		
Zusammenhang linear-mit-linear	7,511b	1	,006	,007	,004	,002
Anzahl der gültigen Fälle	187					

a. 2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,67.

b. Die standardisierte Statistik ist 2,741.

Table 25: Hypothesentests Frage 7.1 - Vergleich nach Geschlecht

Bildungsgrad

Zu höchstem abgeschlossenem Bildungsgrad und der Wichtigkeit des Augenkontakts haben 187 von 188 Teilnehmerinnen und Teilnehmern Angaben gemacht. Im Vergleich zwischen den Gruppen mit unterschiedlich hohem Bildungsgrad zeigt sich weder insgesamt noch innerhalb der einzelnen Antwortkategorien ein signifikanter Unterschied.

Der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	1a	3a	0a	4
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	3,0%	2,4%	0,0%	2,2%
	Nicht so wichtig	Anzahl	5a	28a	8a	41
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	15,2%	22,8%	32,0%	22,7%
	Wichtig	Anzahl	16a	62a	14a	92
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	48,5%	50,4%	56,0%	50,8%
	Sehr wichtig	Anzahl	11a	30a	3a	44
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	33,3%	24,4%	12,0%	24,3%
Gesamt		Anzahl	33	123	25	181
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 26: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.1 - Vergleich nach Bildungsgrad

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,302a	6	,506	,506		
Likelihood-Quotient	6,083	6	,414	,464		
Exakter Test nach Fisher	5,171			,482		
Zusammenhang linear-mit-linear	2,632b	1	,105	,114	,062	,019
Anzahl der gültigen Fälle	181					

a. 3 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,55.

b. Die standardisierte Statistik ist -1,622.

Table 27: Hypothesentests Frage 7.1 - Vergleich nach Bildungsgrad

Alter

Zu Wichtigkeit des Augenkontaktes und Alter haben 186 von 188 Patientinnen und Patienten eine Antwort gegeben. Insgesamt zeigt sich ein signifikanter Unterschied (Likelihood-Quotient (p=0,004) und Chi-Quadrat (p=0,007)). Hier konnte auf mehreren Rechnern und in mehreren SPSS Versionen kein Fisher Exact Test durchgeführt werden. Es wurde angegeben, dass zu wenig Arbeitsspeicher zu Verfügung gestanden wäre, obwohl

die Computer nicht ausgelastet waren.

Innerhalb der Antwortgruppe "nicht so wichtig" zeigen sich signifikante Unterschiede: so antworteten 44,1% der 40-49-Jährigen, 8,8% der 50-59-Jährigen beziehungsweise 7,7% der über 70-Jährigen auf diese Frage mit "nicht so wichtig". Wodurch sich die Gruppe der 40-49-jährigen Probandinnen und Probanden von den beiden letzteren Altersgruppen statistisch signifikant unterscheidet ($p < 0,05$).

Der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	1a	0a	0a	1a	1a	1a	4
		% innerhalb von Altercluster	4,0%	0,0%	0,0%	2,9%	3,1%	2,6%	2,2%
	Nicht so wichtig	Anzahl	3a, b	8a, b	15b	3a	9a, b	3a	41
		% innerhalb von Altercluster	12,0%	36,4%	44,1%	8,8%	28,1%	7,7%	22,0%
	Wichtig	Anzahl	17a	11a	14a	21a	10a	22a	95
		% innerhalb von Altercluster	68,0%	50,0%	41,2%	61,8%	31,3%	56,4%	51,1%
	Sehr wichtig	Anzahl	4a	3a	5a	9a	12a	13a	46
		% innerhalb von Altercluster	16,0%	13,6%	14,7%	26,5%	37,5%	33,3%	24,7%
Gesamt		Anzahl	25	22	34	34	32	39	186
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 28: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.1 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	31,521a	15	,007	.b	
Likelihood-Quotient	33,198	15	,004	.b	
Exakter Test nach Fisher	.b			.b	
Zusammenhang linear-mit-linear	5,288	1	,021	.b	.b
Anzahl der gültigen Fälle	186				

a. 7 Zellen (29,2%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist , 47.

b. Kann nicht berechnet werden, da zuwenig Arbeitsspeicher vorhanden ist.

Table 29: Hypothesentests Frage 7.1 - Vergleich nach Alter

Frage 7.2: Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört?

Hierzu gibt es von allen 188 Patientinnen und Patienten eine Antwort.

Niemand bezeichnet dies als "gar nicht wichtig" oder "nicht so wichtig". Als „wichtig“ bezeichnen dies 41% (n=77) und als "sehr wichtig" 59% (n=111).

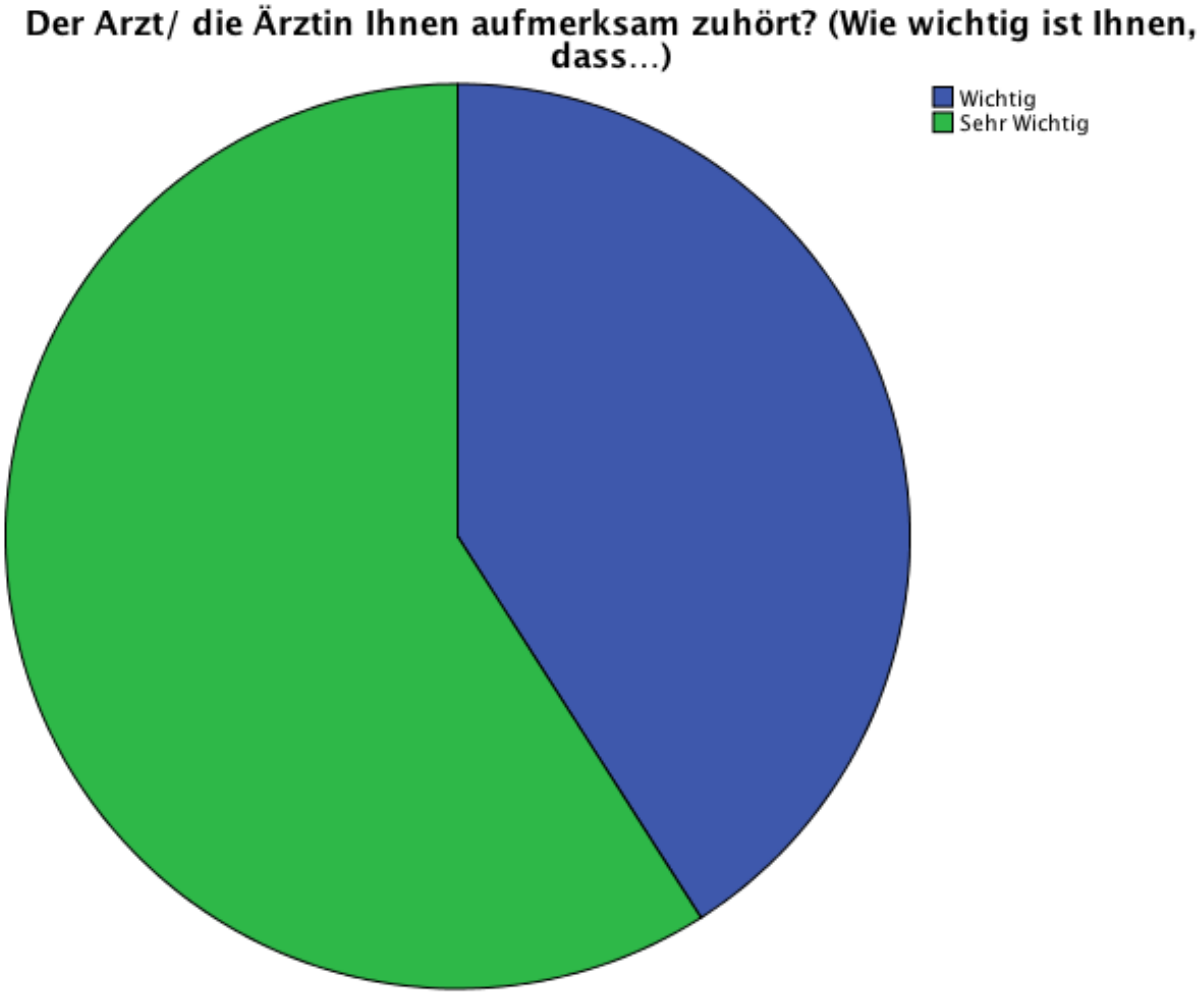

Illustration 16: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.2

Vergleich der Untergruppen

Geschlecht

Alle 188 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben zu Wichtigkeit des aufmerksamen Zuhörens und Geschlecht Angaben gemacht. Im Vergleich zwischen Männern und Frauen zeigt sich kein signifikanter Unterschied (p = 0,073).

Der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	38a	39a	77
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	48,7%	35,5%	41,0%
	Sehr wichtig	Anzahl	40a	71a	111
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	51,3%	64,5%	59,0%
Gesamt		Anzahl	78	110	188
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 30: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.2 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	3,320a	1	,068	,073	,047	
Kontinuitätskorrekturb	2,794	1	,095			
Likelihood-Quotient	3,313	1	,069	,073	,047	
Exakter Test nach Fisher				,073	,047	
Zusammenhang linear-mit-linear	3,302c	1	,069	,073	,047	,023
Anzahl der gültigen Fälle	188					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 31,95.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist 1,817.

Table 31: Hypothesentests Frage 7.2 - Vergleich nach Geschlecht

Bildungsgrad

182 von 188 haben ihren Bildungsgrad angegeben und Frage 7.2 beantwortet. Auch hier zeigt sich zwischen den Gruppen mit unterschiedlich hohem Bildungsgrad weder insgesamt noch innerhalb der einzelnen Antwortkategorien ein signifikanter Unterschied.

Der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	,0%	0,0%	,0%
	Wichtig	Anzahl	10a	53a	9a	72
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	29,4%	43,1%	36,0%	39,6%
	Sehr wichtig	Anzahl	24a	70a	16a	110
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	70,6%	56,9%	64,0%	60,4%
Gesamt		Anzahl	34	123	25	182
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem , 05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 32: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.2 – Vergleich nach Bildungsgrad

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	2,238a	2	,327	,334		
Likelihood-Quotient	2,291	2	,318	,316		
Exakter Test nach Fisher	2,180			,334		
Zusammenhang linear-mit-linear	,466b	1	,495	,508	,292	,084
Anzahl der gültigen Fälle	182					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,89.

b. Die standardisierte Statistik ist -,682.

Table 33: Hypothesentests Frage 7.2 - Vergleich nach Bildungsgrad

Alter

Auch im Vergleich zwischen den Altersgruppen (Angaben von 187 der 188) zeigt sich weder insgesamt noch innerhalb der einzelnen Antwortkategorien ein signifikanter Unterschied.

Der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	11a	8a	16a	13a	15a	14a	77
		% innerhalb von Altercluster	44,0%	36,4%	47,1%	38,2%	45,5%	35,9%	41,2%
	Sehr wichtig	Anzahl	14a	14a	18a	21a	18a	25a	110
		% innerhalb von Altercluster	56,0%	63,6%	52,9%	61,8%	54,5%	64,1%	58,8%
Gesamt		Anzahl	25	22	34	34	33	39	187
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 34: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.2 – Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	1,598a	5	,902	,904		
Likelihood-Quotient	1,600	5	,901	,905		
Exakter Test nach Fisher	1,649			,904		
Zusammenhang linear-mit-linear	,173b	1	,678	,692	,355	,032
Anzahl der gültigen Fälle	187					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 9,06.

b. Die standardisierte Statistik ist ,416.

Table 35: Hypothesentests Frage 7.2 - Vergleich nach Alter

Frage 7.8: Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/ die Ärztin Sie ernst nimmt?

Insgesamt gibt es dazu von 186 der Patientinnen und Patienten Angaben. Unter diesen 186 zeigt sich folgendes Bild:

Ernst genommen zu werden bezeichnete niemand als "gar nicht wichtig" oder "nicht so wichtig".

Als „wichtig“ bezeichneten es 29,6% (n=55) und die restlichen 70,4% (n=131) als "sehr wichtig".

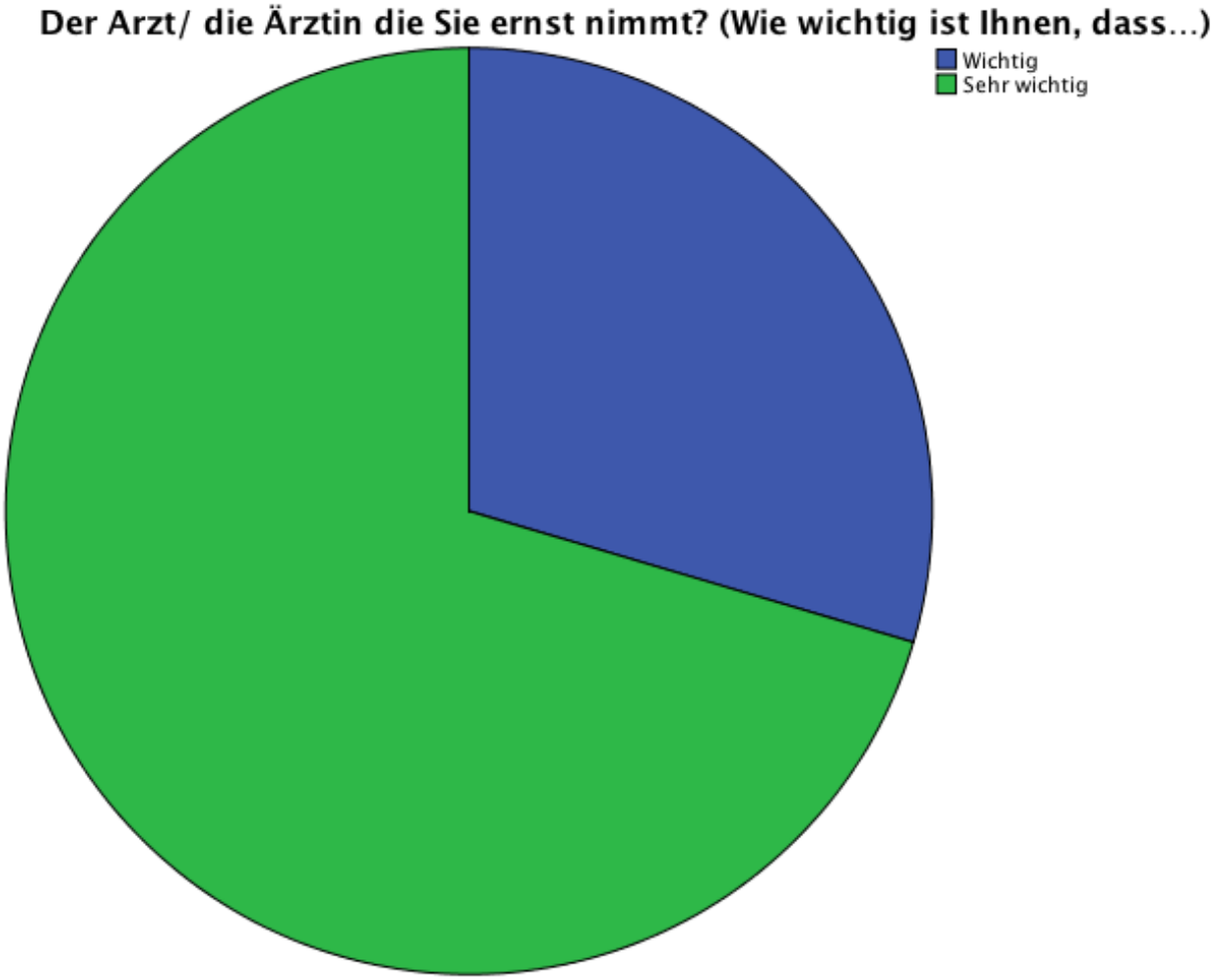

Illustration 17: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.8

Vergleich der Untergruppen

Im Vergleich der Antworten zu Frage 7.8 zeigen sich beim Vergleich nach Geschlecht (Angaben von 186 der 188), nach Bildungsgrad (180 der 188) und nach Alter (185 der 188) folgende Ergebnisse: weder insgesamt (Geschlecht (p=0,626), Bildungsgrad (p=1,000), Alter (p=0.933)) noch im Vergleich bei gleicher Antwortkategorie gibt es signifikante Unterschiede.

Der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	25a	30a	55
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	32,1%	27,8%	29,6%
	Sehr wichtig	Anzahl	53a	78a	131
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	67,9%	72,2%	70,4%
Gesamt		Anzahl	78	108	186
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 36: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.8 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,397a	1	,529	,626	,319	
Kontinuitätskorrekturb	,218	1	,640			
Likelihood-Quotient	,396	1	,529	,626	,319	
Exakter Test nach Fisher				,626	,319	
Zusammenhang linear-mit-linear	,395c	1	,530	,626	,319	,106
Anzahl der gültigen Fälle	186					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 23,06.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist ,629.

Table 37: Hypothesentests Frage 7.8 - Vergleich nach Geschlecht

Der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	10a	36a	7a	53
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	30,3%	29,5%	28,0%	29,4%
	Sehr wichtig	Anzahl	23a	86a	18a	127
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	69,7%	70,5%	72,0%	70,6%
Gesamt		Anzahl	33	122	25	180
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 38: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.8 – Vergleich nach Bildung

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,037a	2	,982	1,000		
Likelihood-Quotient	,037	2	,982	1,000		
Exakter Test nach Fisher	,072			1,000		
Zusammenhang linear-mit-linear	,034b	1	,853	,886	,483	,113
Anzahl der gültigen Fälle	180					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,36.

b. Die standardisierte Statistik ist ,186.

Table 39: Hypothesentests Frage 7.8 - Vergleich nach Bildung

Der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	9a	5a	10a	10a	9a	12a	55
		% innerhalb von Altercluster	37,5%	22,7%	29,4%	29,4%	27,3%	31,6%	29,7%
	Sehr wichtig	Anzahl	15a	17a	24a	24a	24a	26a	130
		% innerhalb von Altercluster	62,5%	77,3%	70,6%	70,6%	72,7%	68,4%	70,3%
Gesamt		Anzahl	24	22	34	34	33	38	185
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 40: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.8 – Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach	1,371a	5	,927	,930		
Likelihood-Quotient	1,370	5	,928	,931		
Exakter Test nach Fisher	1,409			,933		
Zusammenhang linear-mit-linear	,030b	1	,862	,886	,449	,038
Anzahl der gültigen Fälle	185					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,54.

b. Die standardisierte Statistik ist ,174.

Table 41: Hypothesentests Frage 7.8 - Vergleich nach Alter

Frage 7.9: Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/ die Ärztin Sie versteht?

Insgesamt haben 4 der 188 Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine Angaben gemacht. Unter den verbleibenden 184 zeigt sich folgendes Bild:

Von der Ärztin beziehungsweise dem Arzt verstanden zu werden bewertet niemand als "gar nicht wichtig" oder "nicht so wichtig".

Als „wichtig“ bewerten dies 34,8% (n=64) und die restlichen 65,2% (n=120) empfinden dies als "sehr wichtig".

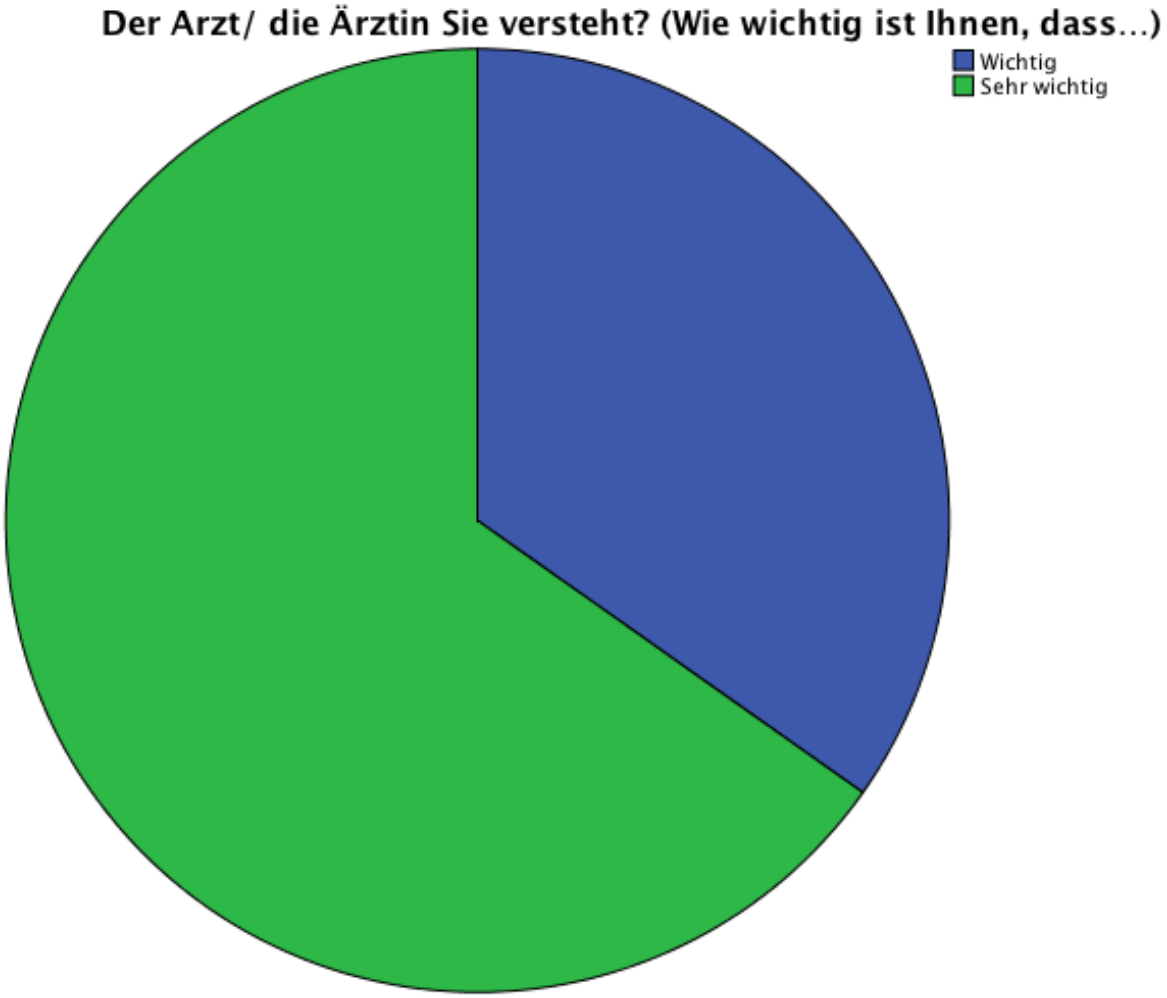

Illustration 18: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.9

Vergleich der Untergruppen

Beim Vergleich nach Geschlecht (Angaben von 184 der 188), Bildungsgrad (178 von 188) und Alter (183 von 188) zeigt sich weder insgesamt (Geschlecht (p=0,211), Bildungsgrad (p=0,815), Alter (p=0,970)) noch bei gleicher Antwortkategorie ein signifikanter Unterschied.

Der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	31a	33a	64
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	40,3%	30,8%	34,8%
	Sehr wichtig	Anzahl	46a	74a	120
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	59,7%	69,2%	65,2%
Gesamt		Anzahl	77	107	184
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 42: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.9 – Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	1,751a	1	,186	,211	,122	
Kontinuitätskorrektur b	1,360	1	,243			
Likelihood-Quotient	1,743	1	,187	,211	,122	
Exakter Test nach Fisher				,211	,122	
Zusammenhang linear-mit-linear	1,742c	1	,187	,211	,122	,052
Anzahl der gültigen Fälle	184					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 26,78.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist 1,320.

Table 43: Hypothesentests Frage 7.9 - Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,529a	2	,768	,792		
Likelihood-Quotient	,543	2	,762	,792		
Exakter Test nach Fisher	,514			,815		
Zusammenhang linear-mit-linear	,391b	1	,532	,581	,313	,091
Anzahl der gültigen Fälle	178					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 8,57.

b. Die standardisierte Statistik ist ,625.

Table 44: Hypothesentests Frage 7.9 - Vergleich nach Bildung

Der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	12a	42a	7a	61
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	36,4%	35,0%	28,0%	34,3%
	Sehr wichtig	Anzahl	21a	78a	18a	117
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	63,6%	65,0%	72,0%	65,7%
Gesamt		Anzahl	33	120	25	178
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 45: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.9 - Vergleich nach Bildungsgrad

Der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	9a	6a	12a	11a	12a	14a	64
		% innerhalb von Altercluster	37,5%	27,3%	36,4%	32,4%	36,4%	37,8%	35,0%
	Sehr wichtig	Anzahl	15a	16a	21a	23a	21a	23a	119
		% innerhalb von Altercluster	62,5%	72,7%	63,6%	67,6%	63,6%	62,2%	65,0%
Gesamt		Anzahl	24	22	33	34	33	37	183
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 46: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.9 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,933a	5	,968	,969		
Likelihood-Quotient	,955	5	,966	,967		
Exakter Test nach Fisher	,995			,970		
Zusammenhang linear-mit-linear	,117b	1	,732	,746	,385	,035
Anzahl der gültigen Fälle	183					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,69.

b. Die standardisierte Statistik ist -,342.

Table 47: Hypothesentests Frage 7.9 - Vergleich nach Alter

Frage 7.10: Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?

Zu Frage 7.10. haben 4 der 188 Patientinnen und Patienten keine Angaben gemacht. Unter den verbleibenden 184 zeigt sich folgendes Bild:

Eine Person (0,5%) bezeichnet dies als "gar nicht wichtig", 8,2% als "nicht wichtig". Als „wichtig“ bewerten dies 49,5% (n=91) und als "sehr wichtig" 41,8%.

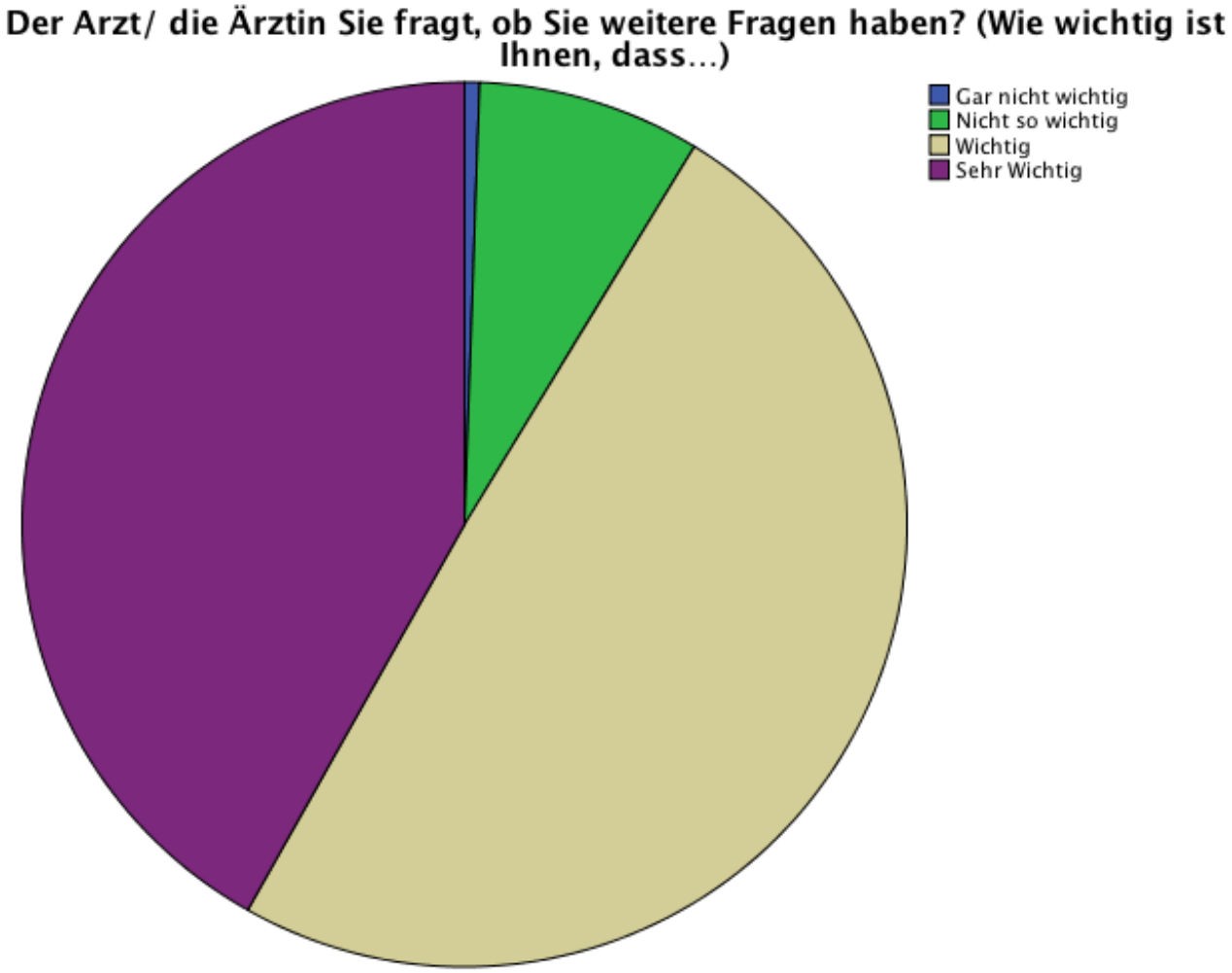

Illustration 19: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.10

Vergleich der Untergruppen

Zu Frage 7.10 und zu vergleichenden Untergruppen wurden wie folgt Angaben gemacht: Geschlecht (184 von 188), Bildungsgrad (178 von 188) und Alter (183 von 188). Hier zeigte sich weder insgesamt für einen Vergleich nach Geschlecht, Bildungsgrad oder Alter noch im Vergleich innerhalb der Untergruppen bei gleicher Antwort ("gar nicht wichtig", "nicht so wichtig", "wichtig" oder "sehr wichtig") ein signifikanter Unterschied. Insgesamt: Geschlecht ($p = 0{,}903$), Bildungsgrad ($p = 0{,}520$), Alter (Likelihood-Quotient ($p = 0{,}676$), Chi-Quadrat ($p = 0{,}595$)).

Im Vergleich der Altersgruppen konnte auf mehreren Rechnern und in mehreren SPSS Versionen kein Fisher Exact Test durchgeführt werden. Es wurde angegeben, dass zu wenig Arbeitsspeicher zu Verfügung gestanden wäre, obwohl die Geräte nicht ausgelastet waren.

Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	1a	0a	1
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	1,3%	0,0%	,5%
	Nicht so wichtig	Anzahl	9a	6a	15
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	11,8%	5,6%	8,2%
	Wichtig	Anzahl	40a	51a	91
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	52,6%	47,2%	49,5%
	Sehr wichtig	Anzahl	26a	51a	77
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	34,2%	47,2%	41,8%
Gesamt		Anzahl	76	108	184
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 48: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.10 - Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	5,652a	3	,130	,105		
Likelihood-Quotient	5,996	3	,112	,105		
Exakter Test nach Fisher	5,545			,103		
Zusammenhang linear-mit-linear	5,136b	1	,023	,027	,016	,007
Anzahl der gültigen Fälle	184					

a. 2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,41.

b. Die standardisierte Statistik ist 2,266.

Table 49: Hypothesentests Frage 7.10 - Vergleich nach Geschlecht

Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0a	1a	0a	1
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	,8%	0,0%	,6%
	Nicht so wichtig	Anzahl	1a	11a	3a	15
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	3,1%	9,1%	12,0%	8,4%
	Wichtig	Anzahl	13a	60a	14a	87
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	40,6%	49,6%	56,0%	48,9%
	Sehr wichtig	Anzahl	18a	49a	8a	75
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	56,3%	40,5%	32,0%	42,1%
Gesamt		Anzahl	32	121	25	178
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 50: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.10 - Vergleich nach Bildung

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	4,898a	6	,557	,560		
Likelihood-Quotient	5,422	6	,491	,506		
Exakter Test nach Fisher	5,454			,520		
Zusammenhang linear-mit-linear	3,925b	1	,048	,053	,030	,012
Anzahl der gültigen Fälle	178					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,14.

b. Die standardisierte Statistik ist -1,981.

Table 51: Hypothesentests Frage 7.10 - Vergleich nach Bildung

Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0a	0a	0a	1a	0a	0a	1
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	,5%
	Nicht so wichtig	Anzahl	3a	4a	1a	1a	4a	2a	15
		% innerhalb von Altercluster	12,5%	18,2%	2,9%	2,9%	12,5%	5,4%	8,2%
	Wichtig	Anzahl	10a	11a	19a	15a	16a	19a	90
		% innerhalb von Altercluster	41,7%	50,0%	55,9%	44,1%	50,0%	51,4%	49,2%
	Sehr wichtig	Anzahl	11a	7a	14a	17a	12a	16a	77
		% innerhalb von Altercluster	45,8%	31,8%	41,2%	50,0%	37,5%	43,2%	42,1%
Gesamt		Anzahl	24	22	34	34	32	37	183
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 52: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.10 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	13,089a	15	,595	.b		
Likelihood-Quotient	12,038	15	,676	.b		
Exakter Test nach Fisher	.b			.b		
Zusammenhang linear-mit-linear	,259c	1	,611	,633	,318	,024
Anzahl der gültigen Fälle	183					

a. 12 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,12.

b. Kann nicht berechnet werden, da zuwenig Arbeitsspeicher vorhanden ist.

c. Die standardisierte Statistik ist ,509.

Table 53: Hypothesentests Frage 7.10 - Vergleich nach Alter

Frage 7.11: Während des Arztbesuches. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?

Von 188 Patientinnen und Patienten haben 3 keine Angaben gemacht. Unter den verbleibenden 185 wurden folgende Daten ausgewertet:

Eine Person (0,5%) bezeichnet dies als "gar nicht wichtig", 7% als "nicht wichtig". Weiters bewerten 41,11% dies als "wichtig" und die restlichen 51,4% (n=95) empfinden es als "sehr wichtig".

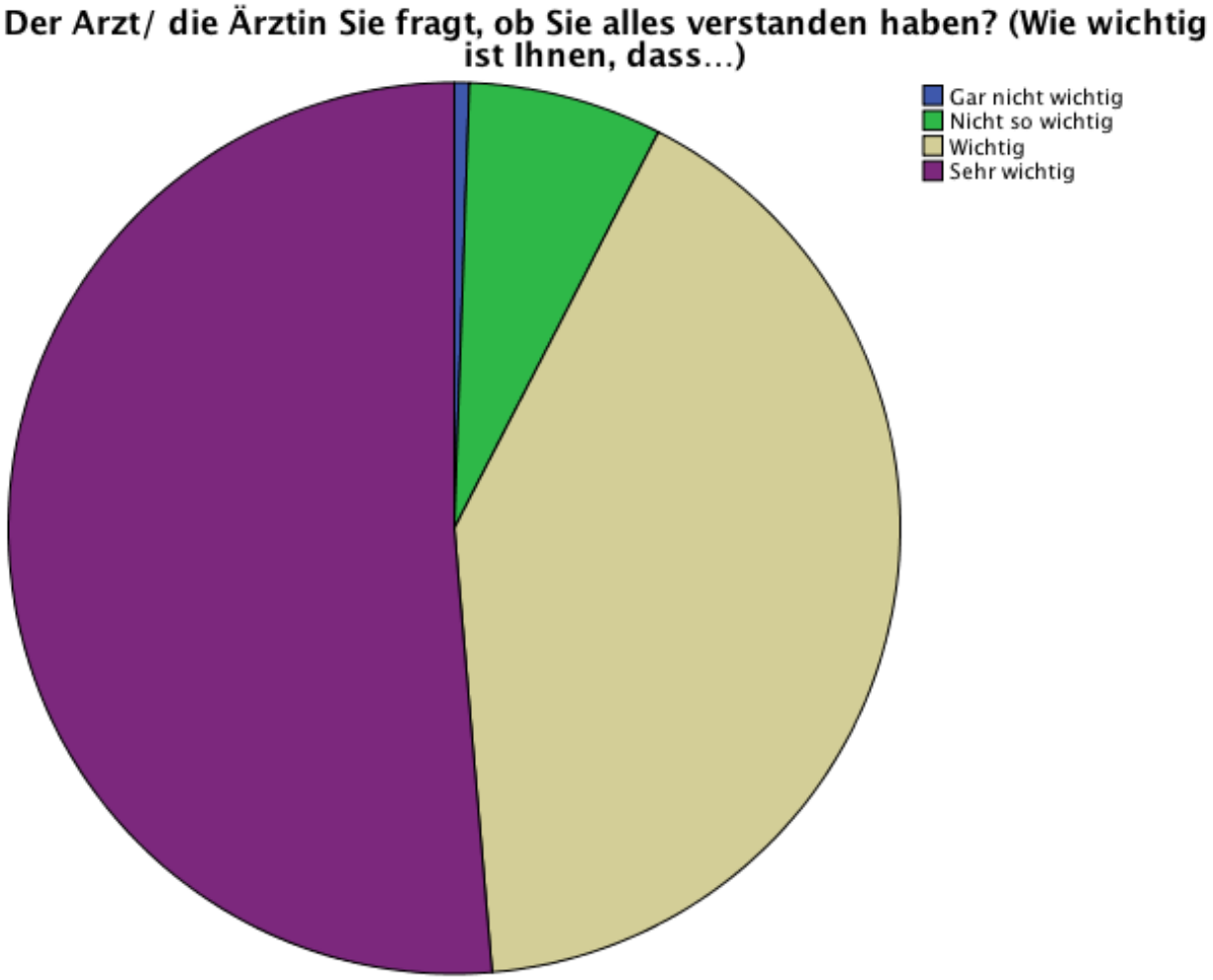

Illustration 20: Häufigkeit der Antworten zu Frage 7.11

Vergleich der Untergruppen

Geschlecht

185 haben zu Frage 7.11 sowie zu ihrem Geschlecht Angaben gemacht. Insgesamt zeigte sich kein signifikanter Unterschied (p=0,050). Im Vergleich nach Geschlecht bei gleicher Antwort zeigt sich aber, dass 40,8% der Männer gegenüber 58,7% der Frauen dies als "sehr wichtig" empfinden - ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$). Bei den weiteren 3 Antwortmöglichkeiten zeigt sich kein signifikanter Unterschied im Vergleich nach Geschlecht.

Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	1a	0a	1
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	1,3%	0,0%	,5%
	Nicht so wichtig	Anzahl	7a	6a	13
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	9,2%	5,5%	7,0%
	Wichtig	Anzahl	37a	39a	76
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	48,7%	35,8%	41,1%
	Sehr wichtig	Anzahl	31a	64b	95
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	40,8%	58,7%	51,4%
Gesamt		Anzahl	76	109	185
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem , 05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 54: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.11 - Vergleich nach Geschlecht8

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	6,927a	3	,074	,051		
Likelihood-Quotient	7,303	3	,063	,051		
Exakter Test nach Fisher	6,895			,050		
Zusammenhang linear-mit-linear	6,267b	1	,012	,015	,009	,004
Anzahl der gültigen Fälle	185					

a. 2 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,41.

b. Die standardisierte Statistik ist 2,503.

Table 55: Hypothesentests Frage 7.11 - Vergleich nach Geschlecht

Bildungsgrad

Zur höchsten absolvierten Ausbildung und Frage 7.11 haben 179 der 188 Teilnehmenden eine Antwort angegeben. Insgesamt zeigt sich zwischen den Gruppen unterschiedlichen Bildungsgrades ein signifikanter Unterschied ($p = 0{,}019$).

Beim Vergleich nach Bildungsgrad in der Kategorie "nicht so wichtig" zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0{,}05$) zwischen abgeschlossener sekundärer (4,1%) und tertiärer (20,8%) Ausbildung.

In der Kategorie "sehr wichtig" zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0{,}05$) zwischen Patientinnen und Patienten mit keiner oder abgeschlossener primärer und tertiärer Ausbildung (63,6% gegenüber 29,2%).

Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0a	1a	0a	1
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	,8%	0,0%	,6%
	Nicht so wichtig	Anzahl	3a, b	5b	5a	13
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	9,1%	4,1%	20,8%	7,3%
	Wichtig	Anzahl	9a	52a	12a	73
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	27,3%	42,6%	50,0%	40,8%
	Sehr wichtig	Anzahl	21a	64a, b	7b	92
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	63,6%	52,5%	29,2%	51,4%
Gesamt		Anzahl	33	122	24	179
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 56: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.11 - Vergleich nach Bildung

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	13,761a	6	,032	,032		
Likelihood-Quotient	12,829	6	,046	,037		
Exakter Test nach Fisher	13,619			,019		
Zusammenhang linear-mit-linear	6,103b	1	,013	,014	,009	,004
Anzahl der gültigen Fälle	179					

a. 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,13.

b. Die standardisierte Statistik ist -2,470.

Table 57: Hypothesentests Frage 7.11 - Vergleich nach Bildung

Alter

Zu Alter und Frage 7.11. antworteten 184 von 188 Patientinnen und Patienten. Hier zeigt sich weder insgesamt noch im Vergleich nach Altersgruppen bei gleicher Antwort ein signifikanter Unterschied (Likelihood-Quotient (p=0,215), Chi-Quadrat(p=0,089)).

Im Vergleich der Altersgruppen konnte auf mehreren Rechnern und in mehreren SPSS Versionen kein Fisher Exact Test durchgeführt werden. Es wurde angegeben, dass zu wenig Arbeitsspeicher zu Verfügung gestanden wäre, obwohl die Geräte nicht ausgelastet waren.

Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0a	0a	0a	1a	0a	0a	1
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	,5%
	Nicht so wichtig	Anzahl	2a	5a	1a	1a	1a	3a	13
		% innerhalb von Altercluster	8,0%	23,8%	2,9%	2,9%	3,1%	7,9%	7,1%
	Wichtig	Anzahl	9a	6a	13a	12a	20a	15a	75
		% innerhalb von Altercluster	36,0%	28,6%	38,2%	35,3%	62,5%	39,5%	40,8%
	Sehr wichtig	Anzahl	14a	10a	20a	20a	11a	20a	95
		% innerhalb von Altercluster	56,0%	47,6%	58,8%	58,8%	34,4%	52,6%	51,6%
Gesamt		Anzahl	25	21	34	34	32	38	184
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 58: Kreuztabelle Auswertung Frage 7.11 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	22,778a	15	,089	.b		
Likelihood-Quotient	18,979	15	,215	.b		
Exakter Test nach Fisher	.b			.b		
Zusammenhang linear-mit-linear	,024c	1	,876	,893	,452	,027
Anzahl der gültigen Fälle	184					

a. 12 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,11.

b. Kann nicht berechnet werden, da zuwenig Arbeitsspeicher vorhanden ist.

c. Die standardisierte Statistik ist -,156.

Table 59: Hypothesentests Frage 7.11 - Vergleich nach Alter

Frage 9.3: Nach dem Arztbesuch. Wie wichtig ist Ihnen, dass... der Arzt/die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist.

Diese Frage wurde von 187 der Patientinnen und Patienten beantwortet.

Kein Patient bezeichnet dies als "gar nicht wichtig" oder "nicht wichtig". Mit 30,5% (n=57) bewertet in etwa ein Drittel der Befragten dies als "wichtig" und die restlichen 69,5% (n=130) empfinden es als "sehr wichtig", dass die Ärztin oder der Arzt genau sagt, was bei Problemen zu tun ist.

Illustration 21: Häufigkeit der Antworten zu Frage 9.3

Vergleich der Untergruppen

Beim Vergleich nach Geschlecht (Angaben von 187 der 188) (p = 0,521), Bildungsgrad (181 von 188) (p = 0,088) und Alter (186 von 188) (p = 0,719) zeigt sich weder insgesamt noch im Vergleich bei gleicher Antwort ("wichtig" oder "sehr wichtig") ein signifikanter Unterschied.

Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kreuztabelle

			Geschlecht: Männlich oder weiblich?		
			Männlich	Weiblich	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	26a	31a	57
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	33,3%	28,4%	30,5%
	Sehr wichtig	Anzahl	52a	78a	130
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	66,7%	71,6%	69,5%
Gesamt		Anzahl	78	109	187
		% innerhalb von Geschlecht: Männlich oder weiblich?	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Geschlecht: Männlich oder weiblich? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 60: Kreuztabelle Auswertung Frage 9.3 - Vergleich nach Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests * Geschlecht: Männlich oder weiblich?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,514a	1	,474	,521	,289	
Kontinuitätskorrekturb	,309	1	,578			
Likelihood-Quotient	,512	1	,474	,521	,289	
Exakter Test nach Fisher				,521	,289	
Zusammenhang linear-mit-linear	,511c	1	,475	,521	,289	,099
Anzahl der gültigen Fälle	187					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 23,78.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist ,715.

Table 61: Hypothesentests Frage 9.3 - Vergleich nach Geschlecht

Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kreuztabelle

			Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?			
			Kein Abschluss, Hauptschulabschluss	Abgeschlossene Lehre, Matura (AHS, BHS)	Hochschulabschluss (Universität, FH)	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	15a	32a	9a	56
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	45,5%	26,0%	36,0%	30,9%
	Sehr wichtig	Anzahl	18a	91a	16a	125
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	54,5%	74,0%	64,0%	69,1%
Gesamt		Anzahl	33	123	25	181
		% innerhalb von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 62: Kreuztabelle Auswertung Frage 9.3 - Vergleich nach Bildung

Chi-Quadrat-Tests * Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	4,949a	2	,084	,080		
Likelihood-Quotient	4,779	2	,092	,095		
Exakter Test nach Fisher	4,938			,088		
Zusammenhang linear-mit-linear	1,003b	1	,317	,324	,195	,069
Anzahl der gültigen Fälle	181					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 7,73.

b. Die standardisierte Statistik ist 1,002.

Table 63: Hypothesentests Frage 9.3 - Vergleich nach Bildung

Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...) * Altercluster Kreuztabelle

			Altercluster						
			18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist Ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0	0	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	10a	7a	10a	7a	10a	13a	57
		% innerhalb von Altercluster	40,0%	31,8%	29,4%	20,6%	31,3%	33,3%	30,6%
	Sehr wichtig	Anzahl	15a	15a	24a	27a	22a	26a	129
		% innerhalb von Altercluster	60,0%	68,2%	70,6%	79,4%	68,8%	66,7%	69,4%
Gesamt		Anzahl	25	22	34	34	32	39	186
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 64: Kreuztabelle Auswertung Frage 9.3 - Vergleich nach Alter

Chi-Quadrat-Tests * Altercluster

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	2,824a	5	,727	,735		
Likelihood-Quotient	2,900	5	,715	,727		
Exakter Test nach Fisher	2,934			,719		
Zusammenhang linear-mit-linear	,207b	1	,649	,672	,341	,034
Anzahl der gültigen Fälle	186					

a. 0 Zellen (,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 6,74.

b. Die standardisierte Statistik ist ,455.

Table 65: Hypothesentests Frage 9.3 - Vergleich nach Alter

Zur Berechnung der Unterhypothese nach Altercluster:

Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist ihnen, dass...) * Vergleich: Alter 64 Jahre und jünger vs. 65 Jahre und älter - Kreuztabelle

			Altercluster		
			Bis 64	Ab 65	Gesamt
Der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (Wie wichtig ist ihnen, dass...)	Gar nicht wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%
	Nicht so wichtig	Anzahl	0	0	0
		% innerhalb von Altercluster	0,0%	0,0%	0,0%
	Wichtig	Anzahl	41a	16a	57
		% innerhalb von Altercluster	30,6%	30,8%	30,6%
	Sehr wichtig	Anzahl	93a	36a	129
		% innerhalb von Altercluster	69,4%	69,2%	69,4%
Gesamt		Anzahl	134	52	186
		% innerhalb von Altercluster	100,0%	100,0%	100,0%

Jeder tiefgestellte Buchstabe gibt eine Teilmenge von Altercluster Kategorien an, deren Spaltenanteile sich auf dem ,05-Niveau nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Table 66: Kreuztabelle - Überprüfung der Unterhypothese Frage 9.3

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,001[a]	1	,982	1,000	,557	
Kontinuitätskorrektur[b]	0,000	1	1,000			
Likelihood-Quotient	,001	1	,982	1,000	,557	
Exakter Test nach Fisher				1,000	,557	
Zusammenhang linear-mit-linear	,001[c]	1	,982	1,000	,557	,140
Anzahl der gültigen Fälle	186					

a. 0 Zellen (0,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 15,94.

b. Wird nur für eine 2x2-Tabelle berechnet

c. Die standardisierte Statistik ist -,023.

Table 67: Überprüfung der Unterhypothese - Hypothesentests Test Frage 9.3

10 Beantwortung der Forschungsfragen

10.1 "Wie wichtig sind Patientinnen und Patienten die unterschiedlichen Aspekte im Gespräch mit ihrer Allgemeinmedizinerin/ ihrem Allgemeinmediziner?"

In den Fragen 3.2 (… *dass Ihr Arzt/Ihre Ärztin höflich ist?*), 3.3 (… *dass Ihr Arzt/Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt?*) und 3.4 (… *dass Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen erklärt?*) wurden von keiner Teilnehmerin beziehungsweise keinem Teilnehmer „gar nicht wichtig" geantwortet. „Nicht so wichtig" wurde nur selten (0,5 -3,8%) angegeben.

Bei den Fragen 7.2 *(...dass der Arzt/die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört?),* 7.8 *(… dass der Arzt/die Ärztin die Sie ernst nimmt?)*, 7.9 *(… dass der Arzt/die Ärztin Sie versteht?)* und Frage 9.3 *(… dass der Arzt/die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist?)* wurde nur „wichtig" und „sehr wichtig" geantwortet. „Sehr wichtig" wurde dabei in 59,0-70,4% der Fälle angegeben.

Die Kategorie „sehr wichtig" war bei allen Fragen, außer 7.1 (… *dass der Arzt/die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?*) und 7.10 (… *dass der Arzt/die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?*) die häufigste Antwort (51,4 – 77,0%). Diese beiden Fragen sind auch die einzigen, in denen „sehr wichtig" weniger als die Hälfte der Antworten ausmachte, und nur bei Frage 7.1 („Augenkontakt") machten „sehr wichtig" und „wichtig" zusammen weniger als 90% der Antworten aus.

10.2 "Unterscheiden sich diese Wünsche im Hinblick auf Geschlecht, Bildungsgrad oder Alter der Patientinnen und Patienten?"

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden folgende Hypothesen aufgestellt.

10.2.1 Unterscheidung nach Geschlecht

Hypothese

Je nach Geschlecht ist Patientinnen und Patienten der in der jeweiligen Frage untersuchte Punkt unterschiedlich wichtig.

H_0: Patientinnen und Patienten stufen die überprüften Aspekte in der Kommunikation als gleich wichtig ein.

Diese Hypothese wurde für die Fragen

- 3.2 … dass Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist? (p = 0,001)
- 3.3 … dass Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (p = 0,014)
- 3.4 … dass Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (p = 0,038)
- 7.1. … dass der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält? (p = 0,003)

verworfen. Frauen und Männer stufen diese Punkte also signifikant unterschiedlich wichtig ein.

Für die restlichen Fragen

- 7.2 … dass der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (p = 0,073)
- 7.8 … dass der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (p = 0,626)
- 7.9 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (p = 0,211)
- 7.10 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben? (p = 0,103)

- 7.11 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben? (p = 0,05)
- 9.3 … dass der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (p = 0,521)

wurde sie beibehalten. Frauen und Männer stufen diese Fragen nicht als unterschiedlich wichtig ein.

Unterhypothese

Frauen ist der Augenkontakt wichtiger als Männern.

H_0: Frauen ist Augenkontakt gleich wichtig wie Männern.

Hierzu Frage 7.1: Insgesamt besteht zwischen diesen beiden Gruppen ein Unterschied (p = 0,003). Die Nullhypothese muss also verworfen werden. Bei genauer Betrachtung zeigt sich: Männer haben signifikant häufiger „nicht so wichtig" geantwortet, in den Kategorien „wichtig" beziehungsweise „sehr wichtig" findet sich allerdings kein statistisch signifikanter Unterschied.

10.2.2 Unterscheidung nach Bildungsgrad

Hypothese

Je nach Bildungsgrad ist Patientinnen und Patienten der in der jeweiligen Frage untersuchte Punkt unterschiedlich wichtig.

H_0: Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichem Ausbildungsgrad stufen die überprüften Aspekte in der Kommunikation als gleich wichtig ein.

Diese Hypothese musste für alle Fragen außer Frage 7.11 *(...dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?)* beibehalten werden.

Frage 7.11 Der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?

Bezüglich Bildungsgrad zeigen sich hier signifikante Unterschiede. Patientinnen und Patienten mit abgeschlossener sekundärer Ausbildung bewerteten dies in 4,1% der Fälle als „nicht so wichtig" hingegen 20,8% derer mit abgeschlossener tertiärer Ausbildung.

Weiters unterscheiden sich die Antworten der Probandinnen und Probanden mit oder ohne primären Bildungsabschluss von jenen mit tertiärem Bildungsgrad. Männer und Frauen ohne/mit primären Bildungsabschluss bezeichnen das Nachfragen ob alles verstanden wurde signifikant häufiger (63,6%) als „sehr wichtig" als jene mit tertiärem Abschluss (29,2%).

Unterhypothesen

H_0: Patientinnen und Patienten ohne oder mit primärem Bildungsgrad ist das Rückfragen durch die Ärztin/ den Arzt gleich häufig wichtig wie jenen mit sekundärem und tertiärem Abschluss.

H_0: Patientinnen und Patienten ohne oder mit primärem Bildungsgrad sind klare Anweisungen gleich häufig wichtig wie jenen mit sekundärem und tertiärem Abschluss.

Dazu die Fragen 7.11 und 9.3:

Frage 7.11 *(...dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?):* Dass die Ärztin beziehungsweise der Arzt nachfragt, ob die Patientinnen und Patienten alles verstanden hätten, ist Patientinnen und Patienten ohne oder mit primärem Abschluss gegenüber denjenigen mit tertiärem Abschluss signifikant häufiger „sehr wichtig", gegenüber dem sekundären Grad allerdings nicht.

Die Nullhypothese muss also verworfen werden.

Frage 9.3 *(… dass der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist?)*: Bezüglich klaren Anweisungen, was bei Problemen zu tun ist, wurde kein Unterschied zwischen den Bildungsschichten festgestellt.

Die Nullhypothese wurde beibehalten.

10.2.3 Unterscheidung nach Alter

Hypothese

Je nach Altersgruppe ist Patientinnen und Patienten der in der jeweiligen Frage untersuchte Punkt unterschiedlich wichtig.

H_0: Patientinnen und Patienten unterschiedlichen Alters stufen die überprüften Aspekte in

der Kommunikation als gleich wichtig ein.

Bei der Auswertung der Daten der Fragen

- 3.3 … dass Ihr Arzt/ Ihre Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt? (p = 0,685)
- 3.4 … dass Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt? (p = 0,984)
- 7.2 … dass der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört? (p = 0,904)
- 7.8 … dass der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt? (p = 0,933)
- 7.9 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie versteht? (p = 0,970)
- 9.3 … dass der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist? (p = 0,719)

konnte der Fisher Exact Test erfolgreich durchgeführt werden. Es zeigt sich weder insgesamt zwischen den verglichenen Gruppen noch in den einzelnen Antwortkategorien ein signifikanter Unterschied. Die Nullhypothese wurde für diesen Fragen beibehalten.

Die vier Fragen, die nicht mittels Fisher Exact Test ausgewertet werden konnten, zeigen folgendes Bild:

- 3.2 … dass Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist?
  - Nach dem Likelihood-Quotienten (p = 0,048) ist die Nullhypothese zu verwerfen. Nach dem Chi-Quadrat Test (p = 0,067) ist sie beizubehalten. Hierzu ist keine klare Aussage zu treffen.
- 7.1. … dass der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?
  - Sowohl nach dem Likelihood-Quotienten (p = 0,004) als auch nach dem Chi-Quadrat Test (p = 0,007) ist die Nullhypothese zu verwerfen. Es besteht also ein signifikanter Unterschied zwischen den Untergruppen.
- 7.10 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?
  - Sowohl nach dem Likelihood-Quotienten (p = 0,676) als auch nach dem Chi-Quadrat Test (p = 0,595) besteht kein signifikanter Unterschied.
- 7.11 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?
  - Sowohl nach dem Likelihood-Quotienten (p = 0,215) als auch nach dem Chi-Quadrat Test (p = 0,089) besteht kein signifikanter Unterschied.

Unterhypothese

Älteren Patientinnen und Patienten sind klare Anweisungen wichtiger.

H_0: Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren sind klare Anweisungen gleich häufig wichtig wie jüngeren Patientinnen und Patienten.

Auch hierzu Frage 9.3: Bezüglich der Altersgruppen wurde kein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt (p = 1,0). Die Nullhypothese wurde also beibehalten.

11 Diskussion

Das Geschlecht hat Einfluss auf die Prioritäten der Patientinnen und Patienten; Bildungsgrad und Alter spielen kaum eine Rolle. Dass die Ärztin beziehungsweise der Arzt aufmerksam zuhört, Patientinnen und Patienten versteht und ernst nimmt sowie genau erklärt, was bei Problemen zu tun ist, ist allen Patientinnen und Patienten gleich wichtig.

Die Beurteilung der Wichtigkeit in Österreich allgemein ist schwieriger. Da nur Patientinnen und Patienten von Ärztinnen und Ärzten, die auch auf die Anfragen geantwortet haben, teilgenommen haben, sind die Ergebnisse verzerrt. Probandinnen und Probanden von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, die man durch ihre Teilnahmen schon als „kommunikativer" als Nicht-Teilnehmende sehen kann, werden Kommunikation auch einen höheren Stellenwert einräumen. Angesichts dessen, sind die Fragen, denen eine geringere Priorität eingeräumt wurde, interessant. Denn sie zeigen Bereiche auf die sogar kommunikativen Patientinnen und Patienten nicht so wichtig sind: Augenkontakt (Frage 7.1) und das Fragen, ob noch weitere Fragen bestehen (7.10).

11.1 Auffällige Ergebnisse

Einige Resultate sind im Hinblick auf bisherige Daten besonders interessant. Deledda et al. (112) führten an, dass Anweisungen für Patientinnen und Patienten von geringer Bedeutung seien. Die Ergebnisse dieser Arbeit (Frage 9.3 *… dass der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist?*) zeigen ein anderes Bild: 69,5% der Antworten lauten „sehr wichtig", die restlichen 30,5% „wichtig"; „nicht so wichtig" oder „gar nicht wichtig" wurden nie als Antwort gewählt. Außerdem zeigen sich hier zwischen Geschlecht, Bildungsgrad und Alter keine signifikanten Unterschiede. Vor allem die Art, wie die Anweisung erfolgt, dürfte für Patientinnen und Patienten wichtig sein (145) und Einfluss auf deren Akzeptanz haben. Bei positiven Erfahrungen mit einer bereits länger betreuenden Ärztin beziehungsweise einem Arzt, werden konkrete Anordnungen eventuell eher akzeptiert und sind daher für Patientinnen und Patienten unserer Studie eventuell wichtiger.

Die Literatur schreibt nonverbalen Aspekten der Kommunikation, vor allem im Bereich der Patientinnen und Patienten-Zufriedenheit (80,105,112,153,193–195), überwiegend

große Wichtigkeit oder gar entscheidenden Charakter (96) zu. Comstock et al. (196) konnten jedoch keinen Zusammenhang zwischen nonverbalen Punkten und Zufriedenheit feststellen. Auch die Ergebnisse dieser Studie stehen im Einklang mit deren Arbeit. Frage 7.1. erhielt (*... dass der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?*) den geringsten Prozentsatz an „sehr wichtig" Antworten. Allerdings muss (nonverbale) Kommunikation adäquat sein (112), und ein in dieser Auswertung nicht berücksichtigter Punkt war das Geschlecht der Ärztin beziehungsweise des Arztes. Folglich wurde die Geschlechterkonstellation in den Paaren nicht miteinbezogen. „Geschlechterkongruentes stereotypes" Verhalten dürfte aber bei (nonverbaler) Kommunikation von Bedeutung sein und die Erwartungen der Patientinnen und Patienten beeinflussen (91,105,141,178,179,197–199). Ebenso sind das Ausmaß und der kulturelle Kontext zu beachten. So könnte zum Beispiel laut Ong et al. (80) „fortlaufender Augenkontakt" als zu intim angesehen werden oder Berührung – Ong et al. verweisen hier auf Scarpaci (200) - je nach Kultur unterschiedlich bewertet werden. Möglicherweise kann aber die Wichtigkeit nonverbalen Verhaltens, das häufig „unbewusst" abläuft (105), von den Teilnehmenden kaum „bewusst" bewertet werden.

Im Vergleich der Gruppen zeigen sich die meisten signifikanten Unterschiede bezüglich des Geschlechtes. Bei Vergleichen nach dem Alter beziehungsweise nach dem Bildungsgrad kam es seltener zu signifikanten Unterschieden als bei Frauen und Männern.

So ist es Patientinnen wichtiger, dass sie die Ärztin beziehungsweise den Arzt verstehen, und dass diese/dieser höflich ist, nach Beschwerden fragt und nachfragt ob das Erklärte verstanden wurde. Schmid Mast et al. (177) erwähnen, die Arbeiten von Hall et al. (201,202) zitierend, dass Frauen stärker nonverbal kommunizieren. In Frage 7.1. (*… dass der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?*) zeigte sich insgesamt ein signifikanter Unterschied (p=0,003). Blickkontakt war Frauen statistisch signifikant seltener „nicht so wichtig", jedoch haben sie nicht signifikant häufiger „wichtig" und „sehr wichtig" geantwortet. Zudem war Frage 7.1 auch die einzige Frage, auf die Frauen mit „gar nicht wichtig" geantwortet haben. Da die Geschlechterkonstellation nicht berücksichtigt wurde, ist über einen möglichen Einfluss des Geschlechtes der Ärztin beziehungsweise des Arztes keine Aussage zu treffen. Das Geschlecht der Versorgenden könnte aber - Bradley et al. (141) verweisen hier auf Roter und Hall (203) - eine wichtigere Rolle spielen, als das der Patientinnen und Patienten. Die vorhin erwähnte mögliche Problematik der bewussten Bewertung von großteils unbewusstem Verhalten könnte hier ebenfalls ausschlaggebend sein.

Frauen werden als kommunikativ „kompetenter“ angesehen (199). Die Unterschiede in den Fragen 3.2–3.4 (Frauen sind die angesprochenen Punkte wichtiger) kann man dahingehend interpretieren, dass Frauen ihnen wichtige Ziele im Gespräch stärker verfolgen und somit in der Kommunikation effizienter agieren.

Beim Vergleich der Geschlechter zu Frage 7.11 *(… dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?)* kam es zu unklaren Ergebnissen. So wird aufgrund des Fisher Exact Tests ($p = 0{,}050$) insgesamt kein Unterschied festgestellt. Likelihood-Quotient ($p = 0{,}051$) und Chi-Quadrat Test ($p = 0{,}051$) fallen nur knapp über dem Signifikanzniveau aus. Obwohl nach diesen Werten insgesamt kein Unterschied zwischen den Gruppen besteht, haben Frauen hier signifikant häufiger ($p < 0{,}05$) mit „sehr wichtig“ geantwortet.

Beim Vergleich nach Bildungsgrad zeigt sich bei Frage 7.11 *(… dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie alles verstanden haben?)*, dass Patientinnen und Patienten ohne oder mit abgeschlossener primärer Bildung gegenüber denjenigen mit tertiärem Bildungsgrad signifikant häufiger mit „sehr wichtig“ antworteten. Dies kann man dahingehend interpretieren, dass der Gruppe mit primärem Bildungsgrad eine Möglichkeit, noch Fragen zum Erklärten zu stellen, willkommen und daher wichtiger ist. Allerdings zeigen sich bei Frage 7.10 (*…dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?*) keine Unterschiede. Fühlen sich Angehörige des dritten Bildungsgrades durch die Frage nach dem Verständnis beleidigt? Ist es Angehörigen des ersten Bildungsgrades wichtig, dass die Ärztin oder der Arzt (tertiärer Bildungsgrad!) sich bei ihnen besonders um Verständnis der Inhalte bemüht? Um die Gründe für diesen Unterschied zu erforschen sind qualitative Methoden notwendig.

Ansonsten zeigten sich zwischen den unterschiedlichen Bildungsgraden keine signifikanten Differenzen. Angesichts bisheriger Ergebnisse (84,140,204–206), die (eher negatives) kommunikatives Verhalten von Ärztinnen und Ärzten mit einem niedrigeren Bildungsgrad von Patientinnen und Patienten in Verbindung brachten, muss man betonen, dass diese Patientengruppe die in dieser Arbeit befragten Punkte von AP-Gesprächen als nicht weniger wichtig bewertet haben als Angehörige des sekundären oder tertiären Bildungsgrades. Willems et al. (86) sprachen bereits von einem „Teufelskreis“, in den weniger gebildete Patientinnen und Patienten und ihre Ärztinnen beziehungsweise Ärzte kommen und der zum Teil auf der falschen Einschätzung der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten beruht. Auch diese Arbeit zeigt, dass sich unterschiedlich gebildete Menschen in den Präferenzen bezüglich der (hier untersuchten Bereiche der) AP-Kommunikation, kaum signifikant unterscheiden und dass bestehende Unterschiede in

der Kommunikation daher den Anliegen der Patientinnen und Patienten wohl nicht gerecht werden.

Beim Vergleich nach Alter zeigt sich nur bei Frage 7.1. (*… dass der Arzt/ die Ärztin mit Ihnen Blickkontakt hält?*) ein klarer signifikanter Unterschied, der angesichts der kleinen Gruppengrößen (Cluster) hier nicht weiter behandelt wird. Zu Frage 3.2 (*… dass Ihr Arzt/ Ihre Ärztin höflich ist?)* ist keine klare Aussage zu treffen. Laut Likelihood-Quotient besteht ein signifikanter Unterschied ($p = 0{,}048$), laut Chi-Quadrat Test ($p = 0{,}067$) aber nicht. In den restlichen Fragen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Bisherige Ergebnisse zeigten, dass ältere Patientinnen und Patienten einen patienten-zentrierten Stil weniger bevorzugen (141,184) und vor allem jüngeren Patientinnen und Patienten eine „gute" Kommunikation wichtig ist (207). Bei den von uns untersuchten Punkten zeigen sich aber (bis auf Frage 7.1) keine klaren Unterschiede. Sie waren allen Altersgruppen gleich wichtig.

Generell scheinen alle befragten Punkte Patientinnen und Patienten wichtig beziehungsweise sehr wichtig zu sein. Gemessen an der Häufigkeit der Angabe „sehr wichtig" sind die Fragen

- 3.4 *… dass Sie gut verstehen, was Ihr Arzt/ Ihre Ärztin Ihnen erklärt?* mit 77%
- 7.8 *… dass der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt?* mit 70,4%
- 3.3 *… dass der Arzt/die Ärztin nach Ihren Beschwerden fragt?* mit 69,6%

die drei allerwichtigsten Aspekte.

Bei den Fragen *„Wie wichtig ist Ihnen..."*:

- *7.2 … dass der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört?*
- *7.8 … dass der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt?*
- *7.9 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie versteht?*
- *7.10 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?*
- *9.3 … dass der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist?*

findet sich zwischen keiner der untersuchten Gruppen ein Unterschied.

Bei den Fragen *„Wie wichtig ist Ihnen..."*:

- *7.2 … dass der Arzt/ die Ärztin Ihnen aufmerksam zuhört?*

- *7.8 … dass der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt?*
- *7.9 … dass der Arzt/ die Ärztin Sie versteht?*
- *9.3 … dass der Arzt/ die Ärztin genau sagt, was bei Problemen zu tun ist?*

wurde nur mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“ geantwortet. Es handelt sich hier um Fragen, bei denen kein Unterschied zwischen den Subgruppen festegestellt wurde. Dies interpretiere ich so, dass dies Bereiche des AP-Gesprächs sind, die allen Patientinnen und Patienten ungeachtet des Alters, der Bildung oder des Geschlechts, wichtig sind.

In der Zusammenschau aus den Parametern „häufigste Angabe ‚sehr wichtig‘ “, „nur Angaben ‚wichtig‘ und ‚sehr wichtig‘ “ und „kein Unterschied zwischen den Gruppen“ sticht Frage 7.8 (*...dass der Arzt/ die Ärztin die Sie ernst nimmt?*) hervor. Ernst genommen zu werden ist also für alle Patientinnen und Patienten äußerst wichtig.

Die Prioritäten zu den Fragen 3.2-3.4, 7.2 und 7.8-7.10 stehen im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen. Höflichkeit und Freundlichkeit (38,112,164,208), aktives Fragen durch die Ärztin beziehungsweise den Arzt (112) sind Patientinnen und Patienten wichtig, und Ärztinnen und Ärzte, die Inhalte verständlich erklären, werden besonders geschätzt (208). Patientinnen und Patienten ist es wichtig, dass die Ärztin beziehungsweise der Arzt aufmerksam zuhört (38,112,208), sie ernst nimmt (38,164,208) und ihre Probleme versteht (112). Dies wird durch die Resultate dieser Arbeit ebenfalls untermauert. Wobei es gilt, die in der Einleitung von Kapitel 11 („Diskussion“) angesprochene Verzerrung zu beachten. Antworten auf Frage 7.10 (*...dass der Arzt/ die Ärztin Sie fragt, ob Sie weitere Fragen haben?*) unterstützen ebenfalls Ergebnisse von Leckie et al. (209), die zeigen, dass Patientinnen und Patienten Verhalten bevorzugen, das sie auffordert an der Kommunikation aktiv teilzunehmen und dazu beizutragen, zum Beispiel die Ermutigung Fragen zu stellen.

11.2 Stärken und Schwächen der Studie

Es besteht ein Selektionsbias, da weder alle kontaktierten Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner noch alle angesprochenen Patientinnen und Patienten an der Studie teilgenommen haben. Die Stichprobe war mit 188 Patientinnen und Patienten klein. So ergaben sich auch vor allem im Vergleich der Subgruppen bei gleicher Antwort oft sehr kleine Populationen.

Es standen zwar Fragebögen in deutscher und türkischer Sprache zur Verfügung, allerdings erfolgte die Aufklärung durch Fieldworkerinnen und Fieldworker nur auf

Deutsch. Versionen in weiteren üblichen Umgangssprachen Österreichs (siehe (210)) standen nicht zur Verfügung.

Das Design der Studie und die Auswertung der Daten lässt keinen Schluss auf Kausalitäten zu. Es erfolgte keine Bereinigung nach Confoundern wie Muttersprache oder Migrationshintergrund, um den Einfluss durch kulturell bedingte Unterschiede in der Kommunikation auszuschließen (211,212). Weiters wurden zugrunde liegende gesundheitliche Probleme nicht genau erhoben. Dementsprechend konnte deren möglicher Einfluss auf die Prioritäten der Teilnehmenden (164) nicht bereinigt werden.

Außerdem ist zu erwähnen, dass die Art der Befragung die Angaben der Patientinnen und Patienten beeinflussen kann (213). Im Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse ist auch der quantitative Charakter der Studie nochmals zu erwähnen, da die Art der Studie, qualitativ oder quantitativ, die Ergebnisse beeinflusst (112). Deledda et al. (112) führen dazu auch die Arbeiten von Kravitz und weiteren (214–219) an und betonen, wie wichtig eine exakte Definition von „Bedürfnissen“, „Wünschen“ und „Prioritäten“ ist.

Mit den Fragen wurden fast ausschließlich verbale Aspekte der Kommunikation angesprochen, obwohl für Zufriedenheit und andere Outcome-Parameter auch nonverbale Aspekte der AP-Kommunikation zu beachten sind. Ein Punkt, der im Disskussionsteil bereits erläutert wurde.

Stärken der Studie sind die Befragung von Patientinnen und Patienten sowohl in ländlichen als auch in städtischen Gebieten, und eine bezüglich Alter und Bildungsgrad weitgehende Vergleichbarkeit der Stichprobe gegenüber der Gesamtbevölkerung. Es wurde ein Fragebogen eingesetzt, der vor dem Einsatz in der Studie getestet und optimiert worden war. Die Befragung erfolgte im allgemeinmedizinischen Setting, um Ergebnisse direkt am Ort der Primärversorgung zu erheben.

12 Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse

Allen Teilnehmenden unabhängig von Geschlecht, Bildungsgrad oder Alter ist es besonders wichtig ernst genommen zu werden. Ähnliches gilt für „Aufmerksames Zuhören", „von der Ärztin beziehungsweise vom Arzt verstanden zu werden" und „klare Anweisungen für Problemsituationen". So könnte es sein, dass gewisse Aspekte im Gespräch für die Patientinnen und Patienten wichtig sind und zwar unabhängig davon, ob sie patientenzentrierte Kommunikation bevorzugen oder nicht (141,184,207). Die meisten Unterschiede zeigen sich beim Vergleich nach Geschlecht. Wobei die Geschlechterkonstellation im AP-Paar nicht berücksichtigt wurde. Im Vergleich nach Alter kam es zu einigen unklaren Ergebnissen. Bei Patientinnen und Patienten mit geringerem Bildungsgrad scheint es im Sinn dieser zu sein, explizit nachzufragen, ob das Besprochene verstanden wurde. Eine genauere Erforschung der unsicheren Unterschiede nach Alter sowie eine Auswertung inklusive der Beachtung des Geschlechts der versorgenden Ärztin beziehungsweise des Arztes könnten in zukünftigen Studien erfolgen.

13 Persönliche Bemerkungen und Bewertungen

Die im Rahmen dieser Studie erlangten Ergebnisse liefern eine erste Basis für die weitere Erforschung der Kommunikation in der Allgemeinmedizin in Österreich. Manche Resultate verlangen eine weitere Forschung, andere wiederum liefern meiner Meinung nach mögliche Empfehlungen für die Praxis. So dürften bei Patientinnen und Patienten unterschiedlichen Ausbildungsgrades kaum unterschiedliche Prioritäten vorliegen. Auch österreichische Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner sollten Acht geben, um nicht in den von Willems et al. (86) (siehe Kapitel *Beschreibung der auffälligen Ergebnisse*) erwähnten Teufelskreis zu gelangen.

Die Vorteile von guter Primärversorgung und guter Kommunikation wurden in dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Auch die Situation in Österreich und die hier doch ausgeprägten Defizite wurden erörtert (siehe Kapitel *Situation der Primärversorgung in Österreich*). Ich denke, man sollte und kann in dieser Notwendigkeit die Versorgung in Österreich umzustrukturieren, nicht nur eine schwierige Aufgabe sehen, sondern sie als Herausforderung und vor allem als Chance wahrnehmen, um eine bessere und

individuellere Behandlung zu etablieren.

Angesichts der nötigen und wichtigen Umbauprozesse in Österreich möchte ich Folgendes hervorheben: Patientinnen und Patienten müssen bei der Planung von Gesundheitssystemen berücksichtigt werden. Ihre Zufriedenheit mit dem System ist zu beachten. Gerade in der Allgemeinmedizin kann und muss die Kommunikation ihre Stärken ausspielen. Denn Zufriedenheit mit der Versorgung ist zu einem Großteil mit der Art und Weise der Primärversorgung, insbesondere der AP-Beziehung verbunden. Hier kann die Allgemeinmedizin, die den Mensch in seiner Individualität in den Mittelpunkt stellt (220), einen wichtigen Beitrag leisten. (3,29,35–38,165)

Die Forschung muss (nicht nur in der Medizin selbst (89)) weiterhin überprüfen, ob die Versorgung auch wirklich bei Patientinnen und Patienten ankommt. Hier halte ich Kommunikation für den Schlüssel zum Erfolg und sehe mich, angesichts der zuvor zitierten Arbeiten, mit dieser Meinung nicht alleine.

In der Medizin muss vor allem in der Ausbildung mehr Wert auf essentielle Aspekte wie die AP-Kommunikation und die AP-Beziehung gelegt werden (siehe auch (72,110)). Ich würde sogar Watzlawick (221) nach dem nicht zu kommunizieren unmöglich ist, auf folgende Art interpretieren: Ärztinnen und Ärzte kommunizieren auf jeden Fall und sollten daher darin gut ausgebildet sein.

Ich teile McWhinneys Meinung (220) stark, dass man Ärztinnen und Ärzte mit den richtigen Fähigkeiten ausstatten müsse, damit diese nicht das Gefühl bekommen, sich hinter technischen Gerätschaften „verstecken“ zu müssen, und keinen zerstörerischen Zynismus aufkommen lassen. Denn sie sollen die für die Patientinnen und Patienten bestmögliche Versorgung bieten. Es gibt eine solche Fähigkeit, die Engel (222) besonders hervorhebt: „ , *'the interview is the most powerful, ... sensitive and versatile instrument available to the physician …' '(p 115)“*. Der Umgang mit diesem Werkzeug will (wie bei allen Werkzeugen) erlernt sein und das ist auch möglich, wie Chin (133) mit Verweis auf Baile et al. (223) und Lin et al. (224) aufzeigt. Selbstreflektive Aspekte, also auch der entsprechende Umgang mit den eigenen Emotionen sind für jede Ärztin und jeden Arzt unerlässlich, und müssen in Lehre, Aus- und Weiterbildung (Vorbildwirkung!) Eingang finden. (88,102,110,139). Dies spricht der *„Kalamazoo II Report“* mit Verweis auf Lipkin et al. (225) und Westberg et al. (226) ebenfalls an.

Forschung und Versorgung in der Allgemeinmedizin müssen sich einander annähern und sich gegenseitig ergänzen. Ich glaube, dass ein Grund für die schwierige objektive Fassbarkeit in der subjektiven Natur von AP-Kommunikation und AP-Beziehung liegt.

Engel merkte an *"... to know and understand, obviously is a dimension of being scientific; ... to feel known and understood, is a dimension of caring and being cared for." p (125)* (222). „Objektive reproduzierbare Wissenschaft" in einem Feld, in dem das subjektive Erleben („das Gefühl") den entscheidenden Ausschlag gibt, stellt uns vor ein große Herausforderung, der wir uns zur Erreichung einer bestmöglichen Versorgung stellen müssen. Denn dieses „Gefühl guter Versorgung" zu bewirken ist essentiell oder wie ich es abschließend mit den Worten S. Terry Canales sagen möchte (227):

„Patients don't care how much you know until they know how much you care!"

14 Quellenverzeichnis

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank quarterly. 2005;83(3):457–502.

2. Defining Primary Care:An Interim Report [Internet]. The National Academies Press; 1994. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9153 [last date accessed: 2013-09-10]

3. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe; 2004.

4. Education C on M, Association) H (American M, Education CC on GM. The graduate education of physicians: the report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education. Council on Medical Education, American Medical Association; 1966.

5. A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study (1978) Institute of Medicine (IOM). http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9932&page=29 [last date accessed: 2013-09-10]

6. World Health Organization. Deklaration der Internationalen Konferenz zur Primären Gesundheitsversorgung, Alma-Ata 1978. 1978.

7. Molla S. Donaldson, Karl D. Yordy, Kathleen N. Lohr, Neal A. Vanselow, Editors; Committee on the Future of Primary Care I of M. Primary Care:America's Health in a New Era [Internet]. The National Academies Press; 1996. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=5152 [last date accessed: 2013-09-10]

8. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. Health Affairs. 1994 Nov 1;13(5):46–64.

9. Jones R. The future of General Practice. NZFP. 2001 Aug;28(4):229–31.

10. B. Starfield. Is primary care essential. Lancet. 1994 Oct;344(8930):1129–33.

11. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press; 1992.

12. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.

13. Donald F, Martin-Misener R, Bryant-Lukosius D, Kilpatrick K, Kaasalainen S, Carter N, et al. The primary healthcare nurse practitioner role in Canada. Nursing Leadership. 2010 Dec;23:88–113.

14. Redsell S, Stokes T, Jackson C, Hastings A, Baker R. Patients' accounts of the differences in nurses' and general practitioners' roles in primary care. Journal of Advanced Nursing. 2007 Jan;57(2):172–80.

15. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe - policy brief [Internet]. 2009 [cited 2013 Apr 28]. Available from: http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en [last date accessed: 2013-09-10]

16. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, et al. Definition GP 3rd ed 2011 with revised WONCA tree. 2011.

17. The Role Of The General Practitioner/Family Physician In Health Care Systems: A Statement From WONCA, 1991 [Internet]. 1991 [cited 2013 Apr 17]. Available from: http://medfamcom.files.wordpress.com/2009/10/wonca-statement-1991.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

18. Rogers WA, Veale BM, Australia. Dept. of Health and Aged Care. General Practice Branch, General Practice Evaluation Program. National Information Service. Primary health care and general practice: a scoping report. Bedford Park, S.A.: National Information Service of the General Practice Evaluation Program; 2000.

19. Van Weel C, Rosser WW. Improving health care globally: a critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. The Annals of Family Medicine. 2004;2(suppl 2):S5–S16.

20. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002;60(3):201–18.

21. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health services research. 2003;38(3):831–65.

22. F. Stigler. The Future of Primary Care in Austria MPH Dissertation Florian Stigler. School of Medicine, University of Manchester; 2010.

23. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van Der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC Health Services Research. 2010;10(1):65.

24. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC family practice. 2010;11(1):81.

25. The World Health Report 2008 Primary Health Care - Now More Than Ever [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC_The_World_Health_Report-2008.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

26. Hsiao CJ, Boult C. Effects of Quality on Outcomes in Primary Care: A Review of the Literature. American Journal of Medical Quality. 2008 Aug;23(4):302–10.

27. Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. International Journal of Health Services. 2007;37(1):111–26.

28. Starfield B. The Effects Of Specialist Supply On Populations' Health: Assessing The Evidence. Health Affairs [Internet]. 2005 Mar 15 [cited 2013 Apr 19]; Available from:

http://content.healthaffairs.org/cgi/doi/10.1377/hlthaff.w5.97 [last date accessed: 2013-09-10]

29. Sans-Corrales M. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. Family Practice. 2006 Feb 3;23(3):308–16.

30. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980–1995. The Journal of the American Board of Family Practice. 2003;16(5):412–22.

31. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. [Utrecht]: NIVEL; 2012.

32. Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. Health Affairs. 1998 Jul 1;17(4):7–25.

33. Starfield B. New paradigms for quality in primary care. The British Journal of General Practice. 2001;51(465):303.

34. Starfield B, Shi L. Commentary: Primary Care and Health Outcomes: A Health Services Research Challenge. Health Services Research. 2007 Dec;42(6p1):2252–6.

35. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. Patient expectations: what do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? Family practice. 1995;12(2):193–201.

36. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. The British Journal of General Practice. 1996;46(411):601.

37. Calnan M, Katsouyiannopoulos V, Ovcharov V, Prokhorskas R, Ramic H, WILLIMS S. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. Family practice. 1994;11(4):468–78.

38. Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What do people think is important about primary healthcare? Healthcare Policy. 2008;3(3):89.

39. Weiner JP, Starfield BH. Measurement of the primary care roles of office-based physicians. American journal of public health. 1983;73(6):666–71.

40. Saultz JW. Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. The Annals of Family Medicine. 2004 Sep 1;2(5):445–51.

41. O'Malley AS. Current evidence on the impact of continuity of care. Current Opinion in Pediatrics. 2004;16(6):693–9.

42. Baker R, Mainous Iii AG, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. Scandinavian journal of primary health care. 2003;21(1):27–32.

43. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ: British Medical Journal. 1992;304(6837):1287.

44. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. Fam Med.

2001;33(1):22–7.

45. De Maeseneer JM. Provider Continuity in Family Medicine: Does It Make a Difference for Total Health Care Costs? The Annals of Family Medicine. 2003 Sep 1;1(3):144–8.

46. Cabana MD, Jee SH, others. Does continuity of care improve patient outcomes. J Fam Pract. 2004;53(12):974–80.

47. Pandhi N, Saultz JW. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2006;19(4):390–7.

48. Safran DG, Montgomery JE, Chang H, Murphy J, Rogers WH, others. Switching doctors: predictors of voluntary disenrollment from a primary physician's practice. J Fam Pract. 2001;50(2):130–6.

49. Nutting PA. Continuity of Primary Care: To Whom Does It Matter and When? The Annals of Family Medicine. 2003 Sep 1;1(3):149–55.

50. Sweeney KG, Gray DP. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner–are they a vulnerable group? The British Journal of General Practice. 1995;45(392):133.

51. Parkerton PH, Smith DG, Straley HL. Primary care practice coordination versus physician continuity. Family Medicine. 2004 Jan;36(1):15–21.

52. O'Malley AS, Tynan A, Cohen GR, Kemper N, Davis MM, LTHPOLICY PC. Coordination of Care by Primary Care Practice: Strategies, Lessons and Implications. Center for Studying Health System Change Research Brief [Internet]. 2009 [cited 2012 Oct 19];No.12. Available from: http://www.hschange.org/CONTENT/1058/1058.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

53. O'Malley AS, Cunningham PJ. Patient Experiences with Coordination of Care: The Benefit of Continuity and Primary Care Physician as Referral Source. Journal of General Internal Medicine. 2008 Dec 19;24(2):170–7.

54. Schmalzer T, Neubauer M, Matzer M, Wenzel R, Hiller B. Die dritte Säule im Österreichischen Gesundheitssystem [Internet]. Graz: FH Joanneum; 2007 Jul. Available from: http://wko.at/wien/drittesauele.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

55. Sinha SK, McElhaney J, Rockwood K. Canada's coming of age: How demographic imperatives will force the redesign of acute care service delivery. [cited 2013 Apr 28]; Available from: http://www.bcmj.org/council-health-promotion/canada%E2%80%99s-coming-age-how-demographic-imperatives-will-force-redesign-acute-c [last date accessed: 2013-09-10]

56. Starfield B. Comorbidity and the Use of Primary Care and Specialist Care in the Elderly. The Annals of Family Medicine. 2005 May 1;3(3):215–22.

57. Das österreichische Gesundheitssystem [Internet]. Bundesministerium für Gesundheit; 2010 Jun. Available from: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/4/4/CH1066/CMS1291414949078/dasoesterreichischegesundheitssystem.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

58. Czasný I, Hagleitner J, Hlava A, Sagerschnig S, Stürzlinger H, Willinger M, et al. Ärztinnen

und Ärzte: Bedarf und Ausbildungsstellen 2010 bis 2030 Ergebnisbericht Wien, im Juni 2012 Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer_ÄrztInnen in Österreich2012. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2012 Jun.

59. Tacken M, Opstelten W, Vossen I, Smeele I, Calsbeek H, Jacobs J, et al. [Increased multimorbidity in patients in general practice in the period 2003-2009]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155(26):A3109.

60. World Health Organization. The world health report 2000 00: Health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

61. Björnberg A, Garrofé BC, Lindblad S. Euro health consumer index [Internet]. 2009. Available from: http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091001%20final%20with%20cover.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

62. Döring D, Dudenhöffer B, Herdt J. Europäische Gesundheitssysteme unter Globalisierungsdruck [Internet]. HA, Hessen-Agentur; 2005 [cited 2013 May 1]. Available from: http://www.dgvt.info/fileadmin/user_upload/Dokumente/Fachpolitik/Europaeaische_Gesundheitssysteme.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

63. Eurostat regional yearbook 2012 [Internet]. European Union; 2012. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-12-001/EN/KS-HA-12-001-EN.PDF [last date accessed: 2013-09-10]

64. Indicators O. Health at a Glance 2011 [Internet]. OECD Indicators. Available at http://dx. doi. org/10.1787/888932525590; 2011 [cited 2013 Apr 21]. Available from: http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

65. "Statistiken zur Gesundheitsversorgung" - Statistics Explained (2013/4/1). "Statistiken zur Gesundheitsversorgung" - Statistics Explained (2013/4/1) http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics/de#Gesundheitsausgaben [last date accessed: 2013-09-10]

66. Statistik Austria. Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009. 2009.

67. Hofmarcher M M, Rack H-M. Austria: Health system review. Health Systems in Transition. 2006 [cited 2012 Nov 2];8(3)

68. Tabernig E, Schnackenberg K. OVERVIEW OF HEALTHCARE SYSTEMS [Internet]. 2011 [cited 2013 Apr 28]. Available from: http://www.aer.eu/fileadmin/user_upload/MainIssues/Health/2011/HC-comparison-updated.pdf [last date accessed: 2013-09-10]

69. European Comission. Joint Report on Health Systems. Brussels: European Commission; 2010 Dec p. 186. Report No.: 74.

70. Hoffmann K, Stein KV, Maier M, Rieder A, Dorner TE. Access points to the different levels of health care. The European Journal of Public Health [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 May 31]; Available from: http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/eurpub/ckt008 [last date accessed: 2013-09-10]

71. Starfield B. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in “Case” Management. The Annals of Family Medicine. 2003 May 1;1(1):8–14.

72. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. Academic Medicine. 2004 Jun;79(6):495–507.

73. Of Medicine I. To Err Is Human: Building a Safer Health System. The National Academies Press, Washington; 1999.

74. Buetow SA. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. Social science & medicine. 1995;40(2):213–21.

75. Definition Kommunikation [Internet]. Available from: http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/54937/kommunikation-v7.html [last date accessed: 2013-09-10]

76. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C, The SCRN Communication Team. A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context. Psycho-Oncology. 2005 Oct;14(10):801–9.

77. Strohner H. Kommunikation: kognitive Grundlagen und praktische Anwendungen [Internet]. Vandenhoeck und Ruprecht; 2006. Available from: http://books.google.at/books?id=Vr9URw38viMC [last date accessed: 2013-09-10]

78. Kaplan S, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Medical care. 1989 Mar;27(3 Suppl).

79. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient–doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients’ perspectives. British Journal of General Practice. 2009 Apr 1;59(561):116–33.

80. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. Social science & medicine. 1995;40(7):903–18.

81. Wassermann RC. Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for future research. Medical Care. 1983;21(3):279–93.

82. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. Perm J. 1999;3(3):79–88.

83. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. The Ochsner Journal. 2010;10(1):38–43.

84. Street Jr RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. Medical care. 2005;43(10):960–9.

85. Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, et al. Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. Journal of general internal medicine. 2008;23(10):1581–8.

86. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? Patient education and counseling. 2005;56(2):139–46.

87. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ: Canadian Medical Association Journal. 1995;152(9):1423.

88. Smith R. Improving doctor-patient communication Not an option, but a necessity. BMJ: British Medical Journal. 1998;316(7149):1917.

89. Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. Patient Education and Counseling. 2003 May;50(1):27–32.

90. Street RL, Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Haidet P. Beliefs About Control in the Physician-patient Relationship. Journal of general internal medicine. 2003;18(8):609–16.

91. Cronauer CK, Schmid Mast M. Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt und Patient. Die Rehabilitation. 2010 Oct 20;49(05):308–14.

92. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. The Journal of the American Board of Family Practice. 2002;15(1):25–38.

93. Levinson W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. Journal of General Internal Medicine. 1993;8(6):318–24.

94. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient–physician relationship. Patient Education and Counseling. 2000 Jan;39(1):5–15.

95. De Haes H, Bensing J. Endpoints in medical communication research, proposing a framework of functions and outcomes. Patient Education and Counseling. 2009;74(3):287–94.

96. Friedman HS. Nonverbal Communication Between Patients and Medical Practitioners. Journal of Social Issues. 1979 Jan 1;35(1):82–99.

97. Makoul G, Krupat E, Chang C-H. Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. Patient Education and Counseling. 2007 Aug;67(3):333–42.

98. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General Competencies And Accreditation In Graduate Medical Education. Health Affairs. 2002 Sep 1;21(5):103–11.

99. Horowitz SD. Evaluation of clinical competencies: basic certification, subspecialty certification, and recertification. American journal of physical medicine & rehabilitation. 2000;79(5):478–80.

100. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Patient Education and Counseling. 1999 Jun;37(2):191–5.

101. Neo LF. Working toward the best doctor-patient communication. Singapore medical journal. 2011;52(10):720–5.

102. Hulsman RL. Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and

response formation. Patient education and counseling. 2009;74(3):302–8.

103. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. BMJ: British Medical Journal. 1991;303(6814):1385.

104. Banerjee A, Sanyal D. Dynamics of doctor patient relationship_ a cross sectional study on concordance trust and patient enablement. Journal of Family and Community Medicine. 2012 Apr;19(1):12–9.

105. Mast MS. On the importance of nonverbal communication in the physician-patient interaction. Patient education and counseling. 2007;67(3):315–8.

106. Berry LL, Parish JT, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman GR, Rayburn WL, et al. Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. The Annals of Family Medicine. 2008 Jan 1;6(1):6–13.

107. Mercer LM, Tanabe P, Pang PS, Gisondi MA, Courtney DM, Engel KG, et al. Patient perspectives on communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment tool-team (CAT-T). Patient education and counseling. 2008;73(2):220–3.

108. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. Journal of Clinical Epidemiology. 2012 Jan;65(1):10–5.

109. Bertakis KD, Azari R. Patient Gender and Physician Practice Style. Journal of Women's Health. 2007 Jul;16(6):859–68.

110. DiMatteo MR, Prince LM, Hays R. Nonverbal communication in the medical context: The physician-patient-relationship. Nonverbal communication in the clinical context. 1986;74–98.

111. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. The British Journal of General Practice. 2001;51(470):712.

112. Deledda G, Moretti F, Rimondini M, Zimmermann C. How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. Patient Education and Counseling. 2013 Mar;90(3):297–306.

113. Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. Medical care. 2007;45(4):340–9.

114. De Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. Patient Education and Counseling. 2006 Sep;62(3):291–8.

115. Ruiz-Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician–patient communication: A study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. Patient Education and Counseling. 2006 Dec;64(1-3):242–8.

116. Butalid L, Verhaak PF, Boeije HR, Bensing JM. Patients' views on changes in doctor-patient communication between 1982 and 2001: a mixed-methods study. BMC Family Practice.

2012;13(1):80.

117. Brammer LM, MacDonald G. The helping relationship. Allyn & Bacon; 1996.

118. L.Roter D, A.Hall J. Health education theory: an application to the process of patient - provider communication. Health Education Research. 1991 Jun 1;6(2):185–93.

119. Watzlawick P, Beavin JH, Don D.. Jackson, Mental research institute. Palo Alto. Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes, Paul Watzlawick,... Janet Helmick Beavin,... Don D. Jackson,.... WW Norton; 1967.

120. Tallis RC. Doctors in society medical professionalism in a changing world. Clinical Medicine. 2006 Feb;6(1):7–12.

121. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. Medical Care. 1988 Jul;26(7):657–75.

122. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Academic Medicine. 2001;76(4):390–3.

123. Egener B, Cole-Kelly K. Satisfying the patient, but failing the test. Academic Medicine. 2004;79(6):508–10.

124. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling. 2009 Mar;74(3):295–301.

125. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The Expression of Emotion Through Nonverbal Behavior in Medical Visits. Mechanisms and Outcomes. Journal of General Internal Medicine. 2006 Jan;21(S1):S28–S34.

126. Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Enhancing clinician communication skills in a large healthcare organization A longitudinal case study. Patient Education and Counseling. 2003 May;50(1):27–32.

127. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine. 2000 Oct 1;51(7):1087–110.

128. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. Social Science & Medicine. 2005 Oct;61(7):1516–28.

129. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centred medicine. Transforming the clinical method. 1995;

130. Rodriguez HP, Anastario MP, Frankel RM, Odigie EG, Rogers WH, Von Glahn T, et al. Can teaching agenda-setting skills to physicians improve clinical interaction quality? A controlled intervention. BMC medical education. 2008;8(1):3.

131. Bertakis KD, Franks P, Epstein RM. Patient-centered communication in primary care: physician and patient gender and gender concordance. Journal of Women's Health. 2009;18(4):539–45.

132. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M, et al. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. Bmj. 2000;320(7239):909–13.

133. Chin JJ. Doctor patient relationship: A covenant of trust. Singapore Med J. 2001;42(12):579–81.

134. Wilson J. Patients' wants versus patients' interests. Journal of medical ethics. 1986;12(3):127–32.

135. Heath I. Divided we fail. Clinical Medicine (London, England). 2011;11(6):576–86.

136. Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. Health policy. 1998;45(3):175–86.

137. Weng H-C, Chen H-C, Chen H-J, Lu K, Hung S-Y. Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. Medical Education. 2008 Jul;42(7):703–11.

138. DiMatteo MR. The role of the physician in the emerging health care environment. Western Journal of Medicine. 1998;168(5):328.

139. Laidlaw TS, Kaufman DM, Sargeant J, MacLeod H, Blake K, Simpson D. What makes a physician an exemplary communicator with patients. Patient Education and Counseling. 2007 Jul;68(2):153–60.

140. Street Jr RL. Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. Social Science & Medicine. 1991;32(5):541–8.

141. BRADLEY G, Sparks B, Nesdale D. Doctor communication style and patient outcomes: Gender and age as moderators. Journal of Applied Social Psychology. 2001;31(8):1749–73.

142. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1999;281(3):283–7.

143. Stewart M, Brown J, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. Cancer Prev Control. 1999 Feb;3(1):25–30.

144. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments:: 1986 to 1996 in review. Patient Education and Counseling. 1998 Nov 1;35(3):161–76.

145. Stott N, Pill R. "Advise Yes, Dictate No". Patients' Views on Health Promotion in the Consultation. Family Practice. 1990;7(2):125–31.

146. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication: The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. JAMA The Journal of the American Medical Association. 1997;277(7):553–9.

147. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self-management. Journal of General Internal Medicine. 2002;17(4):243–52.

148. Roter D. Which facets of communication have strong effects on outcome—a meta-analysis. Communication with medical patients Newbury Park, CA: Sage Publications. 1989;

149. Smith CK, Polis E, Hadac RR. Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. The Journal of family practice. 1981;12(2):283–8.

150. Stewart MA. What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. Social science & medicine. 1984;19(2):167–75.

151. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? Family Practice. 1990;7(1):28–33.

152. Oliveira VC, Refshauge KM, Ferreira ML, Pinto RZ, Beckenkamp PR, Negrao Filho RF, et al. Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review. Journal of Physiotherapy. 2012;58(4):215–29.

153. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Social Science & Medicine. 1991;32(11):1301–10.

154. Fogarty LA, Curbow BA, Wingard JR, McDonnell K, Somerfield MR. Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? Journal of Clinical Oncology. 1999;17(1):371–371.

155. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000 Sep;49(9):796–804.

156. Clack GB, Allen J, Cooper D, Head JO. Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. Medical Education. 2004;38(2):177–86.

157. Thijs GA. GP's consult & health behaviour change project: Developing a programme to train GPs in communication skills to achieve lifestyle improvements. Patient Education and Counseling. 2007 Aug;67(3):267–71.

158. Greenfield S, Ware Jr JE, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care. Journal of General Internal Medicine. 1988;3(5):448–57.

159. DiMatteo M. Health behaviors and care decisions: An overview of professional-patient communication. Handbook of health behavior research II: Provider determinants New York: Plenum. 1997;

160. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. Family practice. 1991;8(3):237–42.

161. Seibert JH, Strohmeyer JM, Carey RG. Evaluating the physician office visit in pursuit of a valid and reliable measure of qualtiy improvemnet efforts. Journal of Ambulatory Care Management. 1996;19(1):17–37.

162. Keating NL, Green DC, Kao AC, Wu VY, Cleary PD, Gazmararian JA. How are patients specific ambulatory care experiences related to trust satisfaction and considering changing physicians. Journal of General Internal Medicine. 2002 Jan;17(1):29–39.

163. Reinders ME, Ryan BL, Blankenstein AH, van der Horst HE, Stewart MA, van Marwijk

HWJ. The effect of patient feedback on physicians' consultation skills: a systematic review. Academic Medicine. 2011;86(11):1426.

164. Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, et al. What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients' Priorities. The Annals of Family Medicine. 2008 Mar 1;6(2):107–15.

165. Gottlieb K, Sylvester I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. Family Practice Management. 2008;15:32–8.

166. \vSvab I. Changing research culture. The Annals of Family Medicine. 2004;2(suppl 2):S30–S34.

167. Del Mar C, Askew D. Building family/general practice research capacity. The Annals of Family Medicine. 2004;2(suppl 2):S35–S40.

168. De Maeseneer JM, De Sutter A. Why research in family medicine? A superfluous question. The Annals of Family Medicine. 2004;2(suppl 2):S17–S22.

169. Green LA. The research domain of family medicine. The Annals of Family Medicine. 2004;2(suppl 2):S23–S29.

170. Bentzen N. Family medicine research: implications for Wonca. The Annals of Family Medicine. 2004;2(suppl 2):S45–S49.

171. Beach MC, Roter D, Rubin H, Frankel R, Levinson W, Ford DE. Is Physician Self-disclosure Related to Patient Evaluation of Office Visits? Journal of general internal medicine. 2004;19(9):905–10.

172. Roter DL, Hall JA. Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. Annual Review of Public Health. 2004 Apr;25(1):497–519.

173. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians?: A meta-analytic review. Patient education and counseling. 2002;48(3):217–24.

174. Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, et al. Important elements of outpatient care: a comparison of patients' and physicians' opinions. Annals of Internal Medicine. 1996;125(8):640–5.

175. Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. Family practice. 2000;17(1):21–9.

176. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, Kenten C, et al. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technology Assessment. 2012;16(30):1366–5278.

177. Schmid Mast M, Hall JA, Roter DL. Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. Patient Education and Counseling. 2007 Sep;68(1):16–22.

178. Mast MS, Hall JA, Köckner C, Choi E. Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction. Medical care. 2008;46(12):1212–8.

179. Bertakis KD. The influence of gender on the doctor–patient interaction. Patient Education and Counseling. 2009 Sep;76(3):356–60.

180. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Gender in Medical Encounters - An Analysis of Physician and Patient Communication in a Primarary Care Setting. Health Psychology. 1994;13(5):384–92.

181. Liu H, Hummer RA. Are Educational Differences in U.S. Self-Rated Health Increasing?: An Examination by Gender and Race. Social Science & Medicine. 2008 Dec;67(11):1898–906.

182. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts JJ, Crialesi R, Grötvedt L, Helmert U, et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 western European countries. Journal of Epidemiology and Community Health. 1998;52(4):219–27.

183. Guralnik JM, Land KC, Blazer D, Fillenbaum GG, Branch LG. Educational status and active life expectancy among older blacks and whites. New England Journal of Medicine. 1993;329(2):110–6.

184. Swenson SL, Buell S, Zettler P, White M, Ruston DC, Lo B. Patient-centered Communication. Journal of General Internal Medicine. 2004;19(11):1069–79.

185. Braveman P, Tarimo E. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. Social science & medicine. 2002;54(11):1621–35.

186. Meara ER, Richards S, Cutler DM. The Gap Gets Bigger: Changes In Mortality And Life Expectancy, By Education, 1981-2000. Health Affairs. 2008 Mar 1;27(2):350–60.

187. Kunst AE, Mackenbach JP. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. American journal of public health. 1994;84(6):932–7.

188. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. Journal of clinical epidemiology. 1998;51(5):367–75.

189. Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH. Patients' health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits: a synthesis of four studies. Medical Care. 1996;34(12):1205–18.

190. Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, De Maeseneer J, Greß S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC family practice. 2011;12(1):115.

191. Statistik Austria. Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht, breiten Altersklassen und Staatsangehörigkeit. 2012.

192. Statistik Austria. Bildungsstand der Bevölkerung ab 15 Jahren 2010 nach Altersgruppen und Geschlecht. 2012.

193. Griffith CH, Wilson JF, Langer S, Haist SA. House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. Journal of General Internal Medicine. 2003;18(3):170–4.

194. Henry SG, Fuhrel-Forbis A, Rogers MAM, Eggly S. Association between nonverbal

communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review and meta-analysis. Patient Education and Counseling. 2012 Mar;86(3):297–315.

195. DiMatteo RM, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians nonverbal communication skills. Medical Care. 1980;18(4):376–87.

196. Comstock LM, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS. Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. Academic Medicine. 1982;57(2):105–12.

197. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. Satisfaction gender and communication in medical visits. Medical Care. 1994 Dec;32(12):1216–31.

198. Nicolai J, Demmel R. The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners' communication skills: An experimental study using transcripts of physician–patient encounters. Patient Education and Counseling. 2007 Oct;69(1-3):2005–5.

199. Weisman CS, Teitelbaum MA. Women and health care communication. Patient Education and Counseling. 1989 Apr;13(2):183–99.

200. Scarpaci JL. Help-seeking behavior, use, and satisfaction among frequent primary care users in Santiago de Chile. Journal of Health and social Behavior. 1988;199–213.

201. Hall JA. How big are nonverbal sex differences? The case of smiling and sensitivity to nonverbal cues. 1998;

202. Hall JA. Nonverbal sex differences: Accuracy of communication and expressive style. Johns Hopkins University Press; 1990.

203. Roter DL, Hall JA. Gender differences in patient–physician communication. 1997;

204. Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH. Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: Disparities in information-giving and affective behaviors. Patient Education and Counseling. 2006 Sep;62(3):355–60.

205. Street RL, Voigt B, Geyer C, Manning T, Swanson GP. Increasing patient involvement in choosing treatment for early breast cancer. Cancer. 1995;76(11):2275–85.

206. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. Medical care. 1990;28(1):19–28.

207. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. Bmj. 2001;322(7284):468.

208. Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. Journal of Medical Practice Management. 2007 Apr;22(5):255–61.

209. Leckie J, Bull R, Vrij A. The development of a scale to discover outpatients' perceptions of the relative desirability of different elements of doctors' communication behaviours. Patient Education and Counseling. 2006 Jan;64(1-3):69–77.

210. Bevölkerung mit österreichischer Staatsbürgerschaft nach Umgangssprache seit 1971.

211. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: A review of the literature. Patient Education and Counseling. 2006;64:21–34.

212. Moore M. What does patient-centred communication mean in Nepal? Medical Education. 2007 Nov 28;42(1):18–26.

213. Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. International Journal for Quality in Health. 2001 Aug;13(4):317–23.

214. Kravitz RL. Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. Medical Care Research and Review. 1996;53(1):3–27.

215. Janzen JA, Silvius J, Jacobs S, Slaughter S, Dalziel W, Drummond N. What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. Health Expectations. 2006;9(1):37–48.

216. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. Social science & medicine. 1998;47(9):1351–9.

217. Uhlmann RF, Inui TS, Carter WB. Patient requests and expectations: definitions and clinical applications. Medical care. 1984;22(7):681–5.

218. Thorsen H, Witt K, Hollnagel H, Malterud K. The purpose of the general practice consultation from the patient's perspective—theoretical aspects. Family practice. 2001;18(6):638–43.

219. Teas RK. Expectations, performance evaluation, and consumers' perceptions of quality. The journal of marketing. 1993;18–34.

220. McWhinney I. Being a general practitioner: what it means. European Journal of General Practice. 2000;Vol. 6(No. 4):135–9.

221. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien. H. Huber; 2000.

222. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White KL, editor. The task of medicine: dialog at Wickenburg. Menlo Park (CA): Henry J. Kaiser Family Foundation; 1988:133-77. (Conference on the Biopsychosocial Concept of Illness and Disease, 1987, Wickenburg, Ariz.) Zit.n.: Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. Perm J. 1999;3(3):79–88.

223. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. The oncologist. 2000;5(4):302–11.

224. Lin C-T, Barley GE, Cifuentes M. Personalized remedial intensive training of one medical student in communication and interview skills. Teaching and learning in medicine. 2001;13(4):232–9.

225. Lipkin Jr M, Kaplan C, Clark W, Novack DH. Teaching medical interviewing: the Lipkin model. The Medical Interview. Springer; 1995. p. 422–35.

226. Westberg J, Jason H. Collaborative clinical education: the foundation of effective health care. Springer Publishing Company; 1993.

227. Canale ST. Falling in Love Again*. The Journal of Bone & Joint Surgery. 2000;82(5):739–739.