

report



Verstehen wir den Patienten/die Patientin?

Eine Annäherung an einen bedürfnisgerechten Ansatz in der Patient/innenkommunikation,
der die Lebenswelt berücksichtigt

Inhalt

1	Zum Einstieg	3
2	Executive Summary	4
3	Die Sinus-Milieus® in Österreich	6
4	Was Gesundheitsbewusstsein und Prävention beeinflusst	10
5	Wie man an Gesundheitsinformationen kommt	16
6	Zur Beziehung zwischen Ärzt/in und Patient/in	18
7	Shared Decision Making und Adhärenz	22
8	Sinus-Milieus®, Krankheitsbilder – und der Versuch einer konkreten Annäherung	23
9	Wo die Reise hingeh	30

1 Zum Einstieg



Der Begriff der „personalisierten Medizin“ – ein derzeit viel zitierter – suggeriert, dass wir in naher Zukunft wesentlich individueller auf den einzelnen Patienten eingehen und gleichsam Therapien auf sie oder ihn maßschneidern werden. Was dabei allerdings nicht vergessen werden darf: Es genügt nicht, nur die physiologische Konstitution eines Menschen oder seine genetische Disposition zu berücksichtigen. Für langfristige Therapieerfolge braucht es einen Blick auf den ganzen Menschen, seine psychische Grundverfassung genauso wie sein soziales und familiäres Umfeld, seine Werte und Lebensumstände. Wir müssen beginnen, verstärkt „jenseits der Tablette“, beyond the pill, zu denken. Das stellt uns alle, die wir im Gesundheitswesen tätig sind, vor Herausforderungen. Es bricht mit einem Verständnis, auf dem wir jahrzehntelang unsere medizinischen Erfolge aufgebaut haben: nämlich den Patienten als Massenphänomen und nicht als Einzelwesen zu betrachten. Dieser Paradigmenwechsel führt uns aus unserer Komfortzone heraus, weil er uns in unbekanntes Terrain bringt.

Die gar nicht einfach zu beantwortende Frage lautet: Wer ist der Patient/die Patientin? Was alles braucht er oder sie für einen verbesserten Therapieerfolg? Wenn wir – wie wir es heute schon tun – anspruchsvolle und hochentwickelte Therapeutika anbieten, deren Wirksamkeit sich aufgrund mangelnder Adhärenz nicht entfalten kann, dann sind Forschung und Investitionen dahinter weniger sinnvoll. Hier kommen auch Aspekte der „Health Literacy“ und des sozialen Ungleichgewichts ins Spiel. In Österreich sind wir EU-weit bei der Gesundheitskompetenz, die der einzelne benötigt, um mündige Entscheidungen bezüglich seiner Gesundheit zu treffen, eines der Schlusslichter. Wie also können wir Patientengruppen besser unterstützen, die diese „Gesundheitskompetenz“ nur in geringem Ausmaß haben? Wie können wir mit unserem Patienten-Gegenüber besser in Beziehung treten, seine Bedürfnisse besser einschätzen, zu erfolgreicher Kommunikation kommen?

Mit dem 2012 ins Leben gerufenen Janssen Forum möchten wir Impulse für eine nachhaltige Verbesserung von Therapieerfolgen und Lebensqualität von Patient/innen setzen. Derzeit befassen wir uns im Speziellen mit der Frage, wie bedürfnisgerechte Kommunikation mit Patienten gelingen kann. Wir stehen hier noch am Anfang unserer Suche nach Antworten und möglichen Modellen, die in der Medizin funktionieren oder sich auf die Medizin übertragen lassen. Wir suchen dabei auch in völlig anderen Disziplinen. Unser Ziel ist es, mit Expert/innen diese Modelle zu diskutieren und zu evaluieren, Pilotprojekte zu initiieren und den Erfahrungsaustausch zwischen unterschiedlichen Stakeholdern aus dem Gesundheitsbereich zu diesem Thema zu unterstützen.

Wir haben unsere Entdeckungsreise mit folgender Frage begonnen: Gibt es Patiententypologien, die unterschiedliche Lebenswelten von Menschen zeitgemäß widerspiegeln? Was bedeuten diese Lebenswelten für die Einstellung zu Gesundheitsthemen? Einer der möglichen Zugänge sind die sogenannten Sinus-Milieus®. Diese gruppieren Menschen nach ihren Werten, ihren Lebensweisen, ihrer Alltagswirklichkeit – über soziodemografische Merkmale hinaus – in Segmente und werden seit etwa 30 Jahren beforscht. In einer ersten Erhebung hat Integral-Marktforschung für uns die Einstellung der Österreicher/innen zur Gesundheit nach dieser Methode repräsentativ für Österreich untersucht und mit eigenen Forschungsergebnissen der letzten Jahre verknüpft.

Aus dieser Umfrage gibt es spannende Erkenntnisse, die wir in diesem Report mit Ihnen teilen möchten: als „Gedankenfutter“ zum weiteren Nachdenken und Weiterentwickeln erster bedürfnisgerechter Ansätze.

Ich wünsche Ihnen auf alle Fälle eine gute Lektüre.

Dr. Erich Eibensteiner

Geschäftsführer Janssen Österreich und Initiator des Janssen Forums

Executive Summary

Wer ist der „Patient“/die „Patientin“ und was braucht es, um ihn oder sie bedürfnisgerecht betreuen zu können? Gibt es Patiententypologien, die unterschiedliche Lebenswelten von Menschen zeitgemäß widerspiegeln und Grundlagen für einen bedürfnisgerechten Zugang liefern? Erste Antworten auf diese Fragen sucht das Janssen Forum in seinem aktuellen Projekt. Als erstes mögliches Modell hat sich das Janssen Forum dabei mit den Sinus-Milieus® des Sinus-Instituts befasst. Integral Markt- und Meinungsforschung, zu dem das Sinus-Institut zählt, hat im Auftrag des Janssen Forums auf Basis der Sinus-Milieus® in einer repräsentativen Umfrage 1.000 Österreicher/innen zu Gesundheitsthemen befragt.

Die Sinus-Milieus® gruppieren Menschen nach ihren Werten, ihren Lebensweisen, ihrer Alltagswirklichkeit – weit über soziodemografische Merkmale hinaus – in Segmente und werden seit etwa 30 Jahren beforscht, auch in Österreich. Aktuell gibt es in Österreich zehn Sinus-Milieus®, die wie folgt zusammengefasst werden (Angaben in Prozent der Gesamtbevölkerung):

Traditionelle Milieus

(Konservative 6 %, Traditionelle 15 %)

Moderne Unterschicht

(Konsumorientierte Basis 9 %, Hedonisten 11 %)

Neue Mitte

(Bürgerliche Mitte 15 %, Adaptiv-Pragmatische 10 %)

Gehobene Milieus

(Performer 9 %, Postmaterielle 9 %, Etablierte 9 %, Digitale Individualisten 7 %)

Bei Gesundheitsfragen haben diese Milieus höchst unterschiedliche Zugänge. Ob Einstellung zu Gesundheit, Eigenverantwortung, Arzt-Patientenbeziehung oder Vorsorge – kaum ein Bereich, in dem sie nicht unterschiedlich ticken.

Kaum ein Bereich, in dem die Milieus nicht unterschiedlich ticken

Vorsorge – Ein Viertel der Traditionellen nimmt Vorsorgeuntersuchungen nicht wahr, ebenso Angehörige der Konsumorientierten Basis, deren Einstellung häufig durch Resignation geprägt ist. Performer sind jenes Milieu, welches am häufigsten an Vorsorgeuntersuchungen teilnimmt. 43 % lassen sich zumindest jährlich durchchecken. Hohes Alter – Zufall? – 37 % der Hedonisten – der jungen, modernen Unterschicht – beantworten die Frage, ob ein hohes Lebensalter Zufall ist, mit „Ja“ und liegen damit weit über dem Durchschnitt. Die Hedonisten sind sich ihres ungesunden Lebensstils bewusst, sind aber auch mit gehörigem Fatalismus ausgestattet. Bei den Konservativen – einem Milieu mit hoher Verantwortungsethik – stimmen nur 15 % dieser These zu.

Therapietreue – Nur 51 % sind therapietreu – „Adhärenz“ (Therapietreue) ist insbesondere für den Krankheitsverlauf chronisch Kranker sehr oft entscheidend. Im Durchschnitt aller Milieus sind allerdings nur 51 % therapietreu. Bei den traditionellen Milieus ist die Therapietreue mit 65 % überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Die Hedonisten („Verweigerer“) hingegen sind mit 32 % Adhärenz – wenig überraschend – Schlusslicht unter den Milieus.

Gesundheitskompetenz – Die Konsumorientierte Basis zeigt sich häufig überfordert bei Gesundheitsfragen, ist resignativ und zeigt ein geringes Körper- und Gesundheitsbewusstsein. Auch ein großer Teil der „Bürgerlichen Mitte“ zeigt Zeichen der Überforderung bei Gesundheitsfragen und geringe Kompetenz bei der Informationsbeschaffung.

Arztbeziehung – Milieu hat Auswirkungen auf die Erwartungen an Ärzte – Während die traditionellen Milieus noch eher autoritätsgläubig sind, treten die Performer gegenüber Ärzten selbstbewusst auf, sind aber weniger kritisch als z.B. die Postmateriellen, denen bei Ärzten die Soft Skills besonders wichtig sind. Die größte Herausforderung jedoch stellen die Digitalen Individualisten dar: Für sie ist der Arzt keine Respektsperson, sie hegen hohe Erwartungen, stellen Diagnosen schnell in Frage und sind auch schnell einmal bereit, Arzt/Ärztin zu wechseln.

Gesundheitsbewusstsein nach Sinus-Milieus®



Quelle: APA/INTEGRAL Sinus-Milieus® in Österreich

Unterschiedliche Appelle für unterschiedliche Lebenswelten

Bei der Betrachtung der Milieus ergeben sich viele Fragen. Haben Ärzte überhaupt die zeitlichen Ressourcen, um auf Patienten individueller einzugehen? Wie begegnet man den kritischen, fatalistischen Milieus, die kaum Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen wollen? Wie kann man Appelle an gewisse Milieus so formulieren, dass sie tatsächlich etwas bewirken, z.B. in Sachen Adhärenz oder Vorsorge?

Der vorliegende Report kann dazu selbstverständlich keine finalen Antworten liefern. Was er aber leisten möchte,

ist eine mögliche Annäherungsweise an das Thema aufzuzeigen und erste Ansätze und Anregungen zur Diskussion zu bieten. Dieser Report will vor allem Bewusstsein dafür schaffen, dass die unterschiedlichen Lebenswelten von Patient/innen Auswirkungen auf seine/ihre Zugänge zum Thema Gesundheit haben – und im Gesundheitswesen berücksichtigt werden müssen, um die Kommunikation und damit auch Therapieerfolge prinzipiell zu fördern und zu verbessern.

Die Sinus-Milieus® in Österreich

Woher stammt das Konzept der Sinus-Milieus® und wie sehen diese Milieus speziell in Österreich aus? Das folgende Kapitel liefert einige Grundlagen zum besseren Verständnis des Konzepts und seiner Anwendungsmöglichkeiten.

Der Begriff der sozialen Milieus hat eine lange sozialwissenschaftliche Tradition und ist auch in unsere Alltagssprache eingegangen. Milieus sind Gruppen Gleichgesinnter mit ähnlichen Grundwerten und Prinzipien der Lebensführung, die sich durch erhöhte Binnenkommunikation und Abgrenzung gegenüber anderen Gruppen auszeichnen.

Seit den 1980er Jahren erlangte der Milieubegriff eine besondere Relevanz für die Sozialforschung, speziell für die Ungleichheitsforschung. Die Einteilung der Gesellschaft in Sozialschichten (über Beruf, Einkommen, Bildung) verlor zunehmend an Erklärungskraft und Trennschärfe. Die Prozesse der Modernisierung, die Befriedigung der Grundbedürfnisse sowie insgesamt steigendes Einkommen in den industrialisierten Gesellschaften erweiterten die Möglichkeitsräume der Menschen drastisch. Parallel dazu führte die beschleunigte Individualisierung zu einer Schwächung traditioneller Bindungen sowie zur Notwendigkeit, neue Zugehörigkeiten zu finden. Soziale Milieus stellen diese neue Art der mehr oder weniger selbst gewählten und freiwilligen Vergemeinschaftung dar.

Was sind die Sinus-Milieus®?

Die Sinus-Milieus® sind das Ergebnis von mehr als drei Jahrzehnten sozialwissenschaftlicher Forschung zum Wertewandel und zu den Lebenswelten von Menschen, mittlerweile in weltweit 20 Ländern. Der Milieubegriff der Sinus-Milieus® orientiert sich an der Lebensweltanalyse von Gesellschaften. Im Rahmen der Sinus-Milieuforschung werden alle wichtigen Erlebnisbereiche empirisch untersucht, mit denen Menschen täglich zu tun haben. Entsprechend gruppieren die Sinus-Milieus® Menschen, die sich in ihrer Lebensauffassung und Lebensweise ähneln. Grundlegende Wertorientierungen werden dabei ebenso berücksichtigt wie AlltagsEinstellungen (zu Arbeit, Familie, Freizeit, Konsum, Medien etc.) und die soziale Lage. Die Sinus-Milieus® rücken also den Men-

schen und das Bezugssystem seiner Lebenswelt ganzheitlich ins Blickfeld.

Erkenntnistheoretische Prämisse der Lebenswelt- und Milieuforschung des Sinus-Instituts ist die Überzeugung, dass eine Rekonstruktion der sozialen Wirklichkeit – die sich nicht objektiv messen lässt – nur über die Erfassung des Alltagsbewusstseins der Menschen gelingen kann. Forschungsgegenstand ist somit die Lebenswelt, d.h. das insgesamt subjektiver Wirklichkeit eines Individuums.

Sinus-Milieumodelle werden in einem ersten Forschungsschritt immer auf der Basis qualitativer Lebenswelt-Interviews (im jeweiligen Land) entwickelt. Das aus dem differenzierten Erzählmateriale resultierende hypothetische Milieumodell fasst dann Menschen zusammen, die sich in ihren Werten und ihrer grundsätzlichen Lebenseinstellung und Lebensweise ähnlich sind. Erst danach erfolgt die quantitative Überprüfung und repräsentative Verallgemeinerung des Modells – im Wechselschritt zwischen Theorie und Empirie.

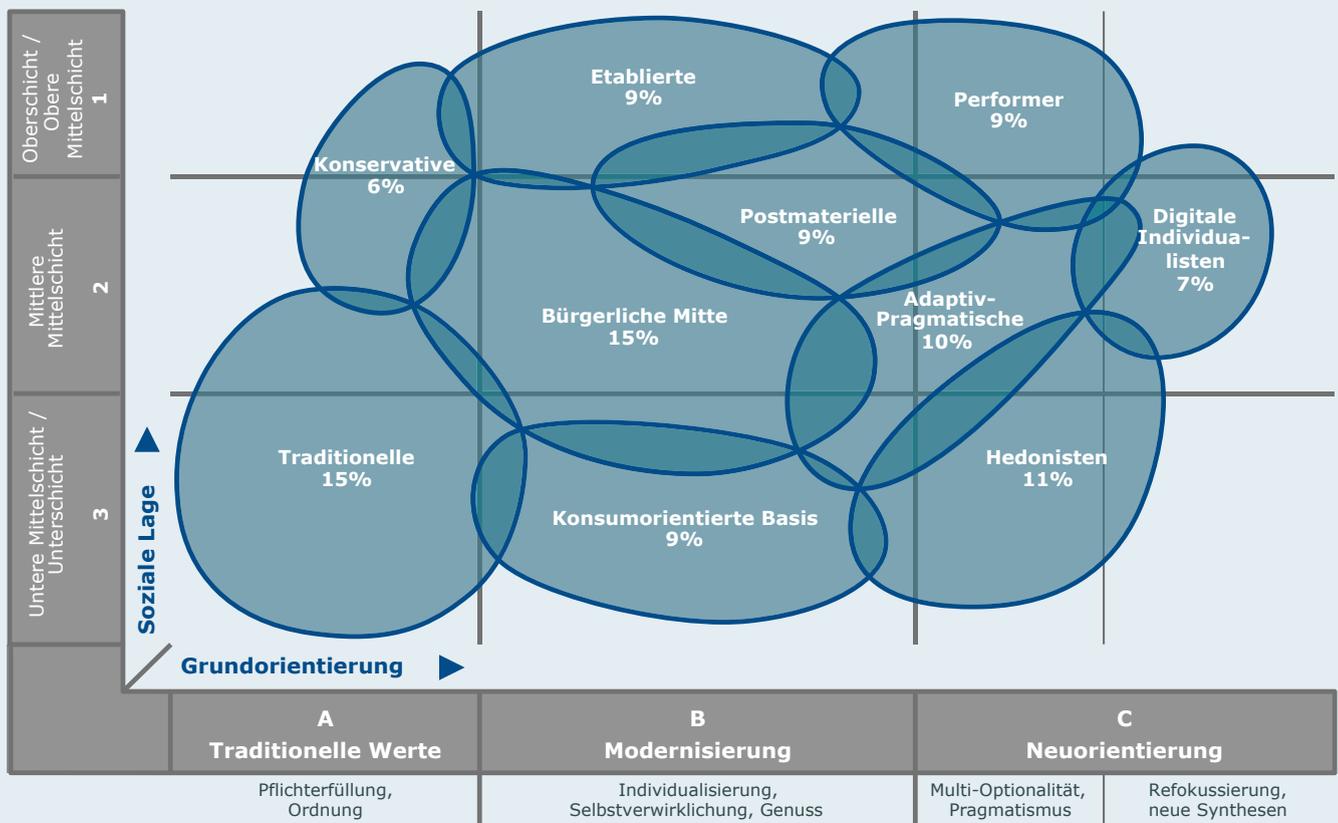
Die Sinus-Milieus® in Österreich

Die Sinus-Milieus® wurden in Österreich erstmals 2001 definiert. Der gesellschaftliche Wandel machte eine grundlegende Überarbeitung nötig, die im September 2011 vorgestellt wurde. Das aktuelle Milieu-Modell ist wie rechts abgebildet definiert.

Die Grafik zeigt die aktuelle Milieu-Landschaft und die Position der verschiedenen Milieus in der österreichischen Gesellschaft nach sozialer Lage und Grundorientierung. Je höher ein bestimmtes Milieu in dieser Grafik angesiedelt ist, desto gehobener sind Bildung, Einkommen und Berufsgruppe; je weiter es sich nach rechts erstreckt, desto aktueller („moderner“) ist die Grundorientierung des jeweiligen Milieus.

Was die Grafik auch zeigt: Die Grenzen zwischen den Milieus sind fließend; Lebenswelten sind nicht so (scheinbar) exakt eingrenzbar wie soziale Schichten. SINUS nennt das die „Unschärfe-Relation der Alltagswirklichkeit“.

Die Sinus-Milieus® in Österreich



Quelle: INTEGRAL

Die Sinus-Milieus® im Einzelnen

Eine Kurzbeschreibung der zehn österreichischen Milieus wird im Folgenden angeführt (wobei zu beachten ist, dass die unvermeidliche Zuspitzung der Formulierungen der Vielschichtigkeit der Alltagswelten natürlich nicht gerecht werden kann).

Traditionelle Milieus

Konservative

Leitmilieu im traditionellen Bereich mit einer hohen Verantwortungsethik

- stark von christlichen Wertvorstellungen geprägt
- hohe Wertschätzung von Bildung und Kultur
- Kritisch gegenüber aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen

Traditionelle

Die auf Sicherheit und Stabilität Wert legende Kriegs- und Nachkriegsgeneration

- verwurzelt in der alten, kleinbürgerlichen Welt bzw. in der traditionellen Arbeiterkultur

Gehobene Milieus

Etablierte

Die leistungsbewusste Elite mit starker traditioneller Erdung

- nimmt die Herausforderung der Globalisierung und der digitalen Welt an
- strebt aber gleichzeitig nach Harmonie und Balance
- hohe Statusorientierung

Postmaterielle

Weltoffene Gesellschaftskritiker

- gebildetes, vielfältig kulturinteressiertes Milieu
- kosmopolitisch orientiert
- aber kritisch gegenüber Globalisierung

Performer

Die flexible und global orientierte Leistungselite

- individuelle Leistung
- Effizienz und Erfolg haben oberste Priorität
- feste Verankerung in der digitalen Welt

Digitale Individualisten

Die individualistische, vernetzte, digitale Avantgarde

- mental und geografisch weltweit mobil
- online und offline vernetzt
- ständig auf der Suche nach neuen Erfahrungen

Die neue Mitte

Bürgerliche Mitte

Der leistungs- und anpassungsbereite Mainstream

- Streben nach
 - beruflicher und sozialer Etablierung
 - gesicherten und harmonischen Verhältnissen
 - Halt und Orientierung
 - Ruhe und Entschleunigung

Adaptiv-Pragmatische

Die junge, pragmatische Mitte

- ausgeprägter Lebenspragmatismus
- Streben nach
 - Verankerung
 - Zugehörigkeit
 - Sicherheit
- starke Leistungsorientierung
- aber auch Wunsch nach Spaß und Unterhaltung

Moderne Unterschicht

Konsumorientierte Basis

Die materialistisch geprägte, resignierte Unterschicht

- ausgeprägte Zukunftsängste und Ressentiments
- bemüht, Anschluss an die Konsumstandards der Mitte zu halten

Hedonisten

Die momentbezogene, erlebnishungrige, moderne, untere Mittelschicht

- Suche nach Spaß und Unterhaltung
- Ablehnung von Leistungsgedanken und traditionellen Normen und Konventionen

Anwendungsmöglichkeiten der Sinus-Milieus®

Die Sinus-Milieus® differenzieren eine Vielzahl von Einstellungen und Verhaltensweisen aus. Es gibt kaum einen Gesellschaftsbereich oder eine Marktkategorie, für welche die Sinus-Milieus® nicht schon angewendet wurden. Abgesehen von wissenschaftlichen und/oder strategischen Anwendungen gibt es auch den ganz praktischen Einsatz der Sinus-Milieus®, der anhand von ein paar veröffentlichten Beispielen veranschaulicht werden soll:

Bestimmung von „Problemmilieus“ und Konzeption konkreter Maßnahmen zur Verhaltensänderung (z.B. für die ARA Altstoff Recycling Austria: Identifikation und Ansprache der Milieus mit der geringsten Neigung zum getrennten Sammeln von Müll haben)

Ausarbeitung und Umsetzung von Kommunikationsmaßnahmen für Zielmilieus (z.B. Konzeption der Werbekampagnen der Österreich-Werbung)

Verbesserung des Verständnisses für die Vielfalt der Lebenswelten und Optimierung der interpersonalen Kommunikation (z.B. im Rahmen der milieusensiblen Pastoreale der katholischen Kirche)

Konzeption milieusensibler Weiterbildungskurse und Kursinhalte (z.B. für die deutschen Volkshochschulen und andere Bildungseinrichtungen für Erwachsene)



Dr. Bertram Barth

Geschäftsführer von INTEGRAL SINUS, der Dachgesellschaft von INTEGRAL Markt- und Meinungsforschung (Wien) und SINUS Markt- und Sozialforschung (Heidelberg und Berlin)

Literatur zur Vertiefung

Barth, B und Flaig, BB (2013) Was sind die Sinus-Milieus®? Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Fundierung und Praxisrelevanz eines Gesellschaftsmodells. In: Thomas, PM und Calmbach, M (Hrsg.), Jugendliche Lebenswelten. Perspektiven für Politik, Pädagogik und Gesellschaft, S. 11-32

Beck U (1983) Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheit, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und das Entstehen neuer sozialer Formationen und Identitäten. In: Kreckel R, Hrsg.: Soziale Ungleichheiten, Schwartz, Göttingen, S.35-74

Flaig BB, Meyer T, Ueltzhöffer J (1997) Alltagsästhetik und politische Kultur. Zur ästhetischen Dimension politischer Bildung und politischer Kommunikation. Verlag J.H.W.Dietz Nachf., 3. Auflage, Bonn

Flaig, BB und Barth, B (2014) Die Sinus-Milieus® 3.0. Hintergründe und Fakten zum aktuellen Sinus-Milieu-Modell. In: Halfmann, M (Hrsg.): Zielgruppen im Konsumentenmarketing. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 105-120

Hradil S (2006) Soziale Milieus - eine praxisorientierte Forschungsperspektive. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 44-45/2006, S.3-10

Tippelt R et al. (2008) Weiterbildung und soziale Milieus in Deutschland, Band 3: Milieumarketing implementieren, W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld

Tockner A (2009) "Urlaub in Österreich" – Die subtile und gekonnte Weiterentwicklung einer Marke. In: Transfer 3/2009

Schulze G (1992) Die Erlebnisgesellschaft. Frankfurt a. M. (Campus)

4 Was Gesundheitsbewusstsein und Prävention beeinflusst

4.1. Wer bereit ist, Verantwortung zu übernehmen

Therapeutischer Erfolg hängt von vielen, vornehmlich medizinischen Faktoren ab. Eine Voraussetzung dafür bilden aber auch Wunsch, Wille und Bereitschaft, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen und in gewissem Maße Verantwortung dafür zu übernehmen. Bereits hier zeigen sich aber gemäß der vorliegenden Untersuchung beträchtliche milieuspezifische Unterschiede.

Vor allem Konservative, Etablierte und Postmaterielle zeigen Bereitschaft, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Diese Milieus streben nach einem ganzheitlich gesunden Lebensstil, der auf den beiden Säulen Ernährung und Bewegung basiert. Auch Performer übernehmen Verantwortung für ihre Gesundheit – setzen hierbei jedoch stärker auf Sport als auf gesunde Ernährung.

Bei den Milieus der neuen Mitte – der traditionelleren Bürgerlichen Mitte und den moderneren Adaptiv-Pragmatischen – sind Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz

weniger stark ausgeprägt. Sie zeigen jedoch durchaus Bereitschaft, etablierte und sozial erwünschte Gesundheitstrends zu übernehmen.

Das jüngste Milieu – die Digitalen Individualisten – übernimmt nur zum Teil Verantwortung für die persönliche Gesundheit. Die Digitalen Individualisten pflegen einen relativ ungesunden Lebensstil mit eher ungesunder Ernährung – betreiben jedoch regelmäßig Sport.

4.2. Milieus mit kritischem Gesundheitsbewusstsein

Traditionelle und Konsumorientierte Basis übernehmen in Sachen eigener Gesundheit oder Gesundheitsvorsorge wenig Verantwortung. Dies betrifft sowohl Lebensstil als auch Ernährung und geht auch mit Bewegungsmangel einher. Diese beiden Milieus setzen verstärkt auf „Reparaturmedizin“.

Unterdurchschnittlich motiviert zeigen sich zudem Hedonisten. Eine gesunde Lebensweise hat für das moderne Mittel- und Unterschicht-Milieu kaum Relevanz.



Gesundheitliche Aspekte der Lebensführung



Quelle: INTEGRAL Eigenforschung

4.3. (Vor-)Sorge und Fatalismus

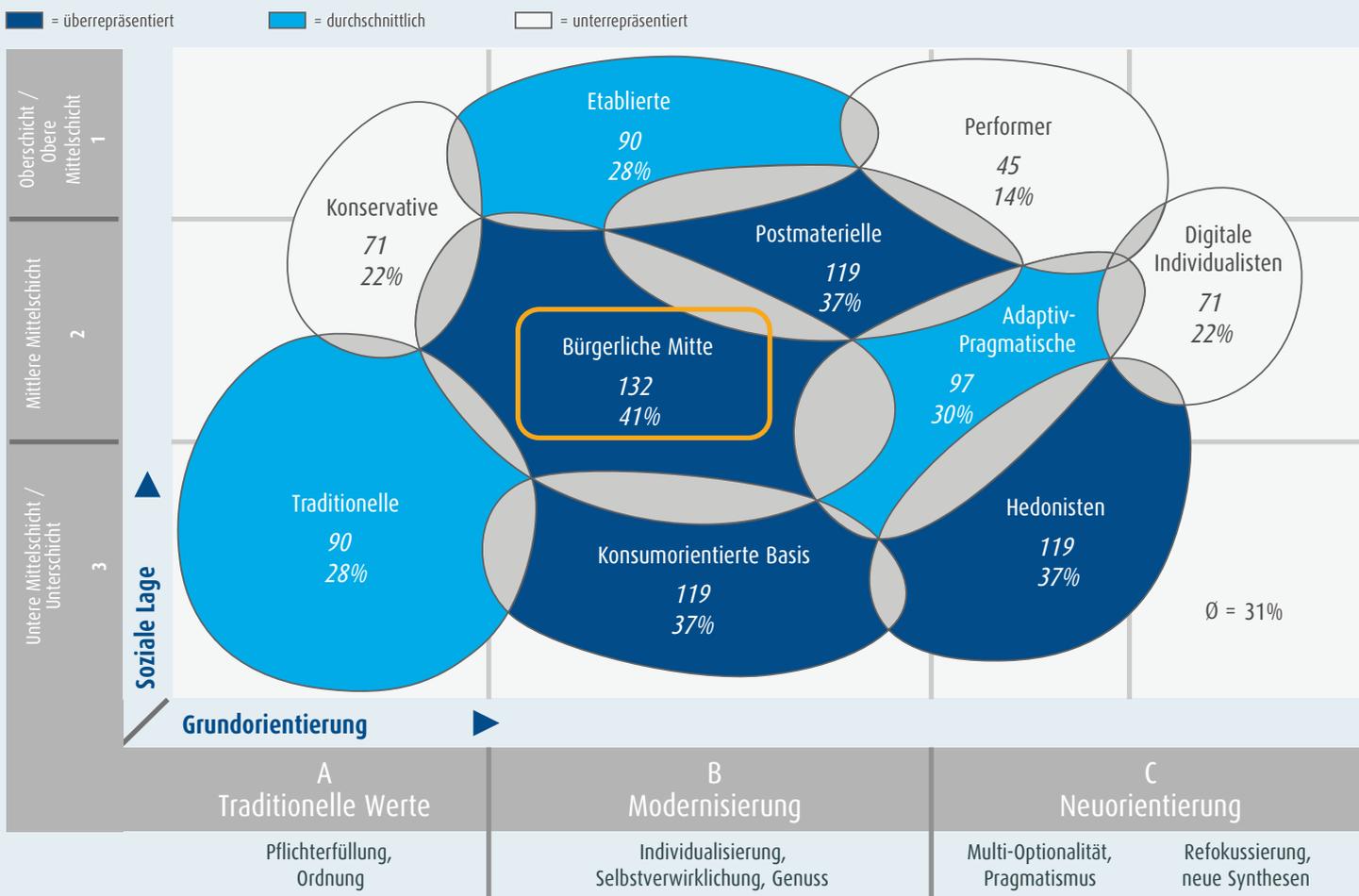
Nur drei von zehn Österreicher/innen (31%) sorgen sich sehr oder eher um ihre Gesundheit. Überdurchschnittlich besorgt zeigt sich die Bürgerliche Mitte (41%). Diese Sorge dürfte u.a. im Zusammenhang mit dem Alter stehen: In der Lebensmitte treten das erste Mal altersbedingte Krankheiten auf. Man denkt vielleicht auch erstmals über die Endlichkeit des eigenen Daseins nach und stellt sich Fragen hinsichtlich der (gesundheitlichen) Zukunft und der Möglichkeit, für die Angehörigen weiterhin in ausreichendem Maße da sein zu können.

Überdurchschnittlich besorgt zeigen sich zudem Postmaterielle, die Konsumorientierte Basis und Hedonisten (je 37%). Die Gründe dafür sind jedoch unterschiedlich und milieuspezifisch: Postmaterielle sind stark selbstreflektiert, beschäftigen sich intensiv mit ihrer persönlichen Befindlichkeit und dürften eine höhere Neigung zur Hypochondrie aufweisen.

Die Konsumorientierte Basis hat aufgrund ihrer schwierigen Lebensumstände eine eher pessimistische Sichtweise und sieht sich zudem mit gesundheitlichen Defiziten konfrontiert. Hedonisten weisen eine gewisse Neigung zu „Verschwörungstheorien“ auf. Negative Auswirkungen unterschiedlicher Umweltfaktoren auf die persönliche Gesundheit werden daher eher als Ursachen in Betracht gezogen als die eigene ungesunde Lebensweise.

Wenig besorgt zeigen sich die optimistischen Performer (14%) sowie die Digitalen Individualisten (22%). Auch Konservative belastet die persönliche Gesundheit relativ gesehen wenig (22%) – obwohl diese altersbedingt überdurchschnittlich von Krankheiten betroffen sind. Als mögliche Ursachen dürften hierbei die zur Verfügung stehenden Mittel sowie ein gewisses Gottvertrauen eine Rolle spielen.

Sorgen sich sehr/eher um ihre Gesundheit



Passiert ein hohes Lebensalter zufällig?

Wie sehr glauben die Österreicher/innen daran, selbst Einfluss auf die eigene Gesundheit nehmen zu können? Um Einschätzungen über das Ausmaß von Eigenverantwortung bzw. Fatalismus zu erhalten, haben wir die provokante Frage gestellt, ob ein hohes Lebensalter Zufall ist. Immerhin jeder/jede Vierte (26 %) geht davon aus, dass ein hohes Lebensalter zufällig passiert. Diesen Fatalismus legen vor allem Hedonisten (37 %) an den Tag, aber auch Adaptiv-Pragmatische (32 %) und Digitale Individualisten (31 %) sehen in geringerem Ausmaß einen Zusammenhang zwischen Lebensweise und Lebenserwartung.

Wie gehen wir mit Milieus um, die so fatalistisch denken und damit den Einfluss auf den eigenen Gesundheitsverlauf so gering einstufen?

Quelle: INTEGRAL Eigenforschung

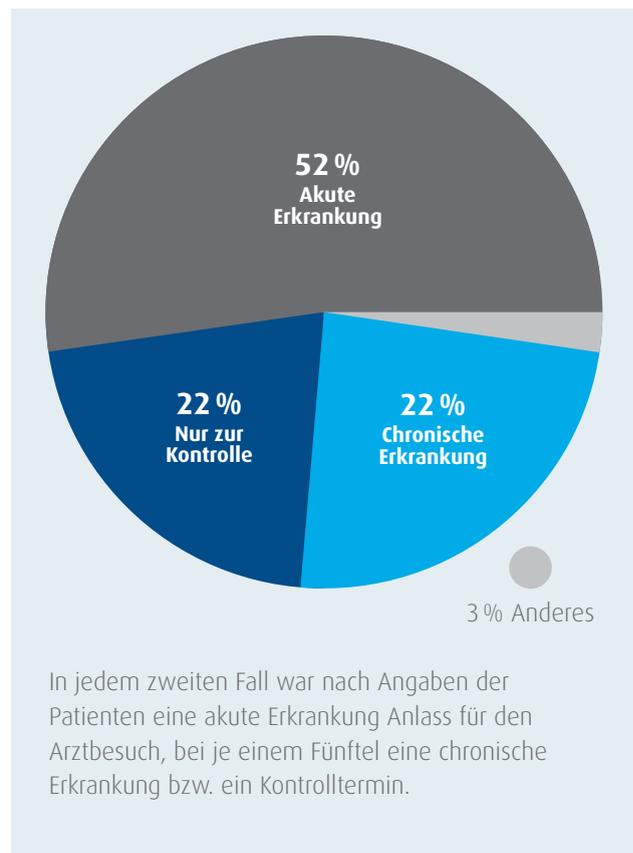
4.4. Wer für die Vorsorge erreichbar ist

Ähnlich zur grundlegenden Besorgnis um die eigene Gesundheit zeigt sich das Verhalten der Milieus im Zusammenhang mit Vorsorge. Hier sind es vorwiegend Vertreter der „jüngeren“ Milieus, die angeben, nur dann einen (Fach-) Arzt aufzusuchen, wenn sie Krankheitssymptome an sich bemerken. Dies betrifft insbesondere Digitale Individualisten (63 % vs. 43 % Gesamtbevölkerung), gefolgt von Hedonisten (55 %) und Adaptiv-Pragmatischen (51 %). Aber auch jeder vierte Angehörige der (resignierten) Konsumorientierten Basis (25 %) und Traditionellen (23 %) – („Leiden gehört dazu“) – erweist sich für Vorsorgeuntersuchungen als nicht erreichbar. Gut erreichbar für regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich das erfolgs- und leistungsorientierte Segment der Performer (43 % vs. 36 % Gesamtbevölkerung). Hierfür dürften einerseits der Erhalt der Leistungsfähigkeit („Gesundheit als Ressource um weiter „performen“ zu können“) und andererseits die aktive Freizeitgestaltung (hohe Sportaffinität) ausschlaggebende Motive sein. Ein Viertel der modernen Unterschicht hingegen, nämlich des Milieus der Konsumorientierten Basis, geht gar nicht zur Vorsorge.

4.5. Der letzte Arztbesuch

Ein Blick auf die Gründe des letzten Arztbesuchs zeigt einmal mehr interessante milieuspezifische Unterschiede: Digitale Individualisten haben in deutlich stärkerem Maße aufgrund akuter Erkrankungen einen Arzt aufgesucht (70 % vs. 52 % Gesamtbevölkerung). Bei der Konsumorientierten Basis (28 % vs. 22 %) sowie Postmateriellen (26 %) lag als Grund für den Arztbesuchs häufiger eine chronische Erkrankung vor. Bei Performern (28 % vs. 22 %) und Bürgerlicher Mitte (26 %) erfolgte der Arztbesuch tendenziell häufiger zu Kontrollzwecken.

Grund des letzten Arztbesuchs



Quelle: Der Patient im Mittelpunkt

Kommunikationsprobleme und Missverständnisse



Der Jurist Dr. Gerald Bachinger ist NÖ Patientenanwalt und Sprecher der österreichischen Patientenanwälte. Er leitet die NÖ Patienten- und Pflegetherienwaltschaft unabhängig und weisungsfrei. Bachinger ist Vorstandsmitglied der Plattform Patientensicherheit und Mitglied der Bundesgesundheitskommission.

Frage

Sie sind seit vielen Jahren als Patientenanwalt tätig und profunder Kenner sowohl des Gesundheitssystems als auch der Anliegen der Patienten/Menschen, die sich in diesem System bewegen. Warum fühlen sich diese Patienten/Menschen trotz der international anerkannten hervorragenden medizinischen Versorgung in Österreich häufig mit ihren Gesundheitsproblemen allein gelassen?

Hauptsächlich geht es um Kommunikationsprobleme und Missverständnisse und das Gefühl, dass die individuellen Bedürfnisse nicht ausreichend wahrgenommen werden. Es gibt nicht "den Patienten" oder "die Patientin", sondern es gibt sehr unterschiedliche Ausgangslagen, unterschiedliche Werteordnungen und unterschiedliche Erwartungen.

Frage

Mit welchen Wünschen an dieses System werden Sie von Patientenseite am häufigsten konfrontiert?

Der Kernbereich betrifft natürlich eine möglichst hochwertige Behandlungsqualität, die aus der fachlichen Komponente und der emotionalen, zwischenmenschlichen Komponente besteht. Im Laufe der Jahre können wir ein kontinuierliches Ansteigen der Erwartungen an das Gesundheitssystem und an das Gesundheitspersonal feststellen. Dies wird weder von der Gesundheitspolitik noch von den Gesundheitsberufen in ausreichender Weise erkannt und auch nicht darauf reagiert.

Frage

Was würden Sie Menschen raten, die Probleme haben, sich im Gesundheits-Dschungel zurechtzufinden?

Es ist derzeit sehr schwierig, fachlich kompetente Stellen zu nennen, die eine umfassende Beratung anbieten können. In der Gesundheitsreform sind erstmals telefon- und web-basierte Erstkontakt- und Beratungsstellen (TEWEB) vorgesehen, die eine wesentliche Verbesserung erwarten lassen. Mitte 2015 werden Pilotprojekte in den Bundesländern Niederösterreich, Wien und Vorarlberg starten.

Frage

Was wäre im Zusammenhang mit dem Thema Patientenkommunikation Ihr persönlich größter Wunsch?

Im Rahmen der Ausbildung und Fortbildung der Gesundheitsberufe müssten wesentlich mehr Ressourcen für die Thematik der bedürfnisgerechten Kommunikation vorgesehen werden.

Frage

Sie sprechen von einem bedürfnisgerechten Ansatz in der Patientenkommunikation. Was verstehen Sie darunter?

Einen individualistisch orientierten Ansatz, der auf die Besonderheiten, Anforderungen und Werteordnung der Patient/innen Rücksicht nimmt.

Frage

Warum ist aus Ihrer Sicht dieser Ansatz so wichtig?

Zielgruppenspezifische Kommunikation und Aufbereitung der Kommunikationsthemen ist die Voraussetzung für Verständnis und Adhärenz der Patient/innen. Patient/innen sollen Koproduzenten ihrer Gesundheit sein, das erfordert aber ein striktes Eingehen auf ihre individuelle Ausgangslage.

Frage

Wo sehen Sie heute bereits die Verwirklichung eines bedürfnisgerechten Ansatzes? Was ist ein aus Ihrer Sicht augenfälliges Beispiel, wo Patientenkommunikation nicht funktionierte, weil sie die Patient/innen zu pauschal adressierte? Was wäre ein Beispiel funktionierender Patientenkommunikation?

Ich sehe vor allem Beispiele, wo dieser Ansatz nicht verwirklicht wurde. Etwa in der Kommunikation und im Akzeptanzmanagement bei den Themen ELGA und Brustkrebsscreening. Ein weiteres Beispiel sind die vorgefertigten Formulare zu der Thematik "Aufklärung". Ein Beispiel funktionierender Patientenkommunikation wäre das Diabetesprojekt der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB).

Frage

Sie sprechen davon, dass Patient/innen von der Gesundheitsreform einen umfassenden Qualitätsschub erwarten können. Wie sehen Sie den Zusammenhang zwischen der Gesundheitsreform und einem individuelleren Zugehen auf den Patienten, die Patientin?

In der laufenden Gesundheitsreform sind große Bemühungen feststellbar, die Bedürfnisse der Patient/innen bestmöglich zu wahren und einzubinden. Beispiele dafür sind die Projekte zur Neuausrichtung des niedergelassenen Bereiches, Primary Health Care (PHC), die Bestrebungen endlich eine bessere Qualitätstransparenz zu erzielen und die oben bereits genannten TEWEB Projekte.

5 Wie man an Gesundheits- informationen kommt

5.1. Vertrauen in die persönliche Kompetenz

„Health Literacy“ ist derzeit ein vielgebrauchter Schlüsselbegriff und Indikator für die Effizienz der Leistungen eines Gesundheitssystems. Er umfasst die Fähigkeit eines Menschen, selbständig grundlegende Gesundheitsinformationen zu finden, zu verarbeiten und verstehen zu können, um auf deren Basis gesundheitsrelevante Entscheidungen treffen zu können. Rund vier von zehn Österreicher/innen (36 %) sind zwar laut der aktuellen Umfrage der Ansicht, im Bedarfsfall sehr leicht an Gesundheitsinformationen heranzukommen. Diese theoretische Kompetenz zur Informationsbeschaffung wird von den Milieus aber recht unterschiedlich eingestuft. Informationskompetenz steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der persönlichen sozialen Lage:

- > So stufen die gehobenen Milieus erwartungsgemäß ihre persönliche Kompetenz als überdurchschnittlich hoch ein. Knapp vorne liegen die Performer (47 %). Konservative, Etablierte und Digitale Individualisten (je 45 %) stehen dem kaum nach.
- > Die selbstkritischen Postmateriellen, die generell stärker hinterfragen, betrachten ihre Kompetenz etwas differenzierter (41 %).
- > Adaptiv-Pragmatische aber auch Hedonisten betrachten ihre persönliche Informationskompetenz eher skeptisch (je 27 %).
- > Am kritischsten zeigen sich die Milieus der Traditionellen und Bürgerlichen Mitte: 33 % bzw. 31 % glauben, im Anlassfall eher nicht oder überhaupt nicht leicht an Informationen heranzukommen.
- > Das wenig gesundheitsaffine Milieu der Konsumorientierten Basis hat zwar im Vergleich zur Gesamtbevölkerung durchschnittliches Vertrauen in die eigene Kompetenz zur Informationsbeschaffung – dürfte tatsächlich jedoch im Anlassfall überfordert sein.

5.2. Ärzte nicht mehr bei allen Informationsquelle Nummer eins

In Gesundheitsbelangen stellen Ärzte zwar (nach wie vor) die mit Abstand relevanteste Informationsquelle der österreichischen Bevölkerung dar – knapp acht von zehn (77 %) würden sich mit Gesundheitsfragen sicher an einen Arzt wenden – dies gilt jedoch nicht mehr für alle Milieus.

- > Bei den Digitalen Individualisten und den Hedonisten hat das Internet den Arzt als wichtigste Informationsquelle bereits abgelöst und auf Platz zwei verdrängt. Bei den ebenfalls stark internetaffinen Adaptiv-Pragmatischen liegen Arzt und Internet Kopf an Kopf. Auch für Performer kommt dem Internet ein überdurchschnittlich hoher Stellenwert zu.
- > Für Traditionelle haben Medien eine stark überdurchschnittliche Relevanz (auch Konservative und Konsumorientierte Basis zeigen hier eine – wenn auch nicht ganz so stark ausgeprägte – Affinität).
- > Bei den Konservativen stellt der Apotheker die zweitwichtigste Informationsquelle dar. Auch die Bürgerliche Mitte setzt überdurchschnittlich stark auf dessen Kompetenz.
- > Bücher bzw. Gesundheitsratgeber haben für die offline-affinen Milieus der Traditionellen, Konservativen und Bürgerlichen Mitte eine stärkere Bedeutung in Sachen Gesundheitsinformationsgewinnung. Auch das Krankenhauspersonal hat für diese Milieus bei der Informationsbeschaffung einen überdurchschnittlich wichtigen Stellenwert.



Wir müssen unseren milieuspezifischen blinden Fleck ausgleichen



Entsprechend dem biopsychosozialen Konzept wendet der Internist, Onkologe und Psychotherapeut Univ. Prof. Dr. Alexander Gaiger an der Hämatologischen Ambulanz der Universitätsklinik für Innere Medizin 1 am AKH Wien bereits seit Jahren einen integrativen Ansatz an, in dem Erkenntnisse der Patiententypologie berücksichtigt werden. Dabei werden im Rahmen einer psychoonkologischen Basisdiagnostik körperliche, seelische und soziale Einflussfaktoren auf Krankheitsverlauf und Arzt-Patient Kommunikation sowie besondere Patienten Anliegen erhoben, die dann als Ausgangspunkt der Beratungsgespräche dienen.

Warum ist aus Sicht des Mediziners und Psychotherapeuten die Befassung mit unterschiedlichen Patiententypologien wichtig?

Während wir heute in praktisch allen Gebieten der Medizin evidenzbasiert arbeiten, verwenden wir in der ärztlichen Gesprächsführung nach wie vor das berühmte "learning by doing", bei dem sich der Arzt intuitiv auf die Bedürfnisse seines Gegenübers einstellt (oder eben auch nicht). Die Beschäftigung mit Patiententypologien erweitert die Handlungsoptionen.

Wie lange gibt es solche Typologien schon?

Versuche, durch den Einsatz von Patiententypologien besser auf die Bedürfnisse der Patienten eingehen zu können, finden sich in der Medizin bereits seit der Antike. Die Einteilung in Persönlichkeitstypen wie Sanguiniker oder Cholерiker diente schon damals Ärzten als Orientierungshilfe für einen individuelleren Zugang im Umgang mit Patienten. Sie gilt aber heute als wissenschaftlich überholt. Wir brauchen daher neue Zugänge.

Was sieht ein mehr auf den/die einzelne/n Patient/in zentrierter Zugang aus?

Unsere Erfahrung zeigt, dass neben Persönlichkeitsmerkmalen besonders Armut, Bildungsmangel, negative Rollenmodelle (Fragilität) und traumatische Erfahrungen (psychische Vulnerabilität) das Vermögen, schwierige Situationen zu bewältigen – man spricht hier von Resilienz – beeinträchtigen. Eine individuelle, patientenzentrierte Herangehensweise, die körperliche, seelische und soziale Aspekte unseres Lebens integriert, ist gerade bei lebensbedrohenden Erkrankungen von entscheidender Bedeutung.

Warum gerade bei lebensbedrohenden Krankheiten?

In der evidenzbasierten Medizin wird aus der Vielzahl an Daten, die vorhanden sind, so manches als Evidenz gar nicht wahrgenommen: Es gibt Daten, die belegen, dass der soziökonomische Status das Gesamtüberleben bei Krebspatienten beeinflusst. Es zeigt sich etwa eine um 60% höhere Sterblichkeit bei Lymphompatienten mit geringer Bildung im Vergleich zu solchen mit hoher Bildung, selbst wenn alle etablierten Risikofaktoren in die statistische Auswertung einbezogen werden und beide Gruppen eine idente Therapie erhalten. Es gibt auch einen belegten Einfluss psychologischer Faktoren, wie psychiatrischer Begleiterkrankungen oder Depressivität. Oder einen Einfluss von Sport bzw. körperlicher Trainingstherapie auf das Gesamtüberleben, vor allem bei kolorektalen Karzinomen, Brust- oder Prostatakrebs.

Sie sprechen von der Problematik, dass wir genetisch eher auf die Bewältigung von Akutsituationen getrimmt sind. Was meinen Sie damit?

Wir haben von Natur aus keine genetischen Instrumentarien für die Bewältigung chronischer Erkrankungen entwickelt, stattdessen sind wir auf akute Situationen programmiert: Ein Pferd, das lahmt, überlebt nicht lange. Das heißt, wir haben ein „schwarzes“ Loch in unserer Wahrnehmung, medizinisches Personal wie Patienten gleichermaßen. Wir vermeiden Bereiche, die wir nicht können oder kennen und die in unserem genetischen Programm nicht vorgesehen sind. Es bedarf eines anstrengenden Denkprozesses, um das Problem überhaupt wahrzunehmen, Evidenz zur Bewältigung zu schaffen, unser Verhalten zu ändern. Das ist ein privilegiertes Problem, bleibt aber trotzdem ein Problem, insbesondere bei teuren Erhaltungstherapien.

Wie versuchen Sie bereits heute mit Ihren Teams, Patient/innen über soziodemografische Merkmale hinaus ganzheitlicher zu erfassen?

Wir beziehen Faktoren wie Bildung, Einkommen, Familienstand, soziale Netzwerke, Kinder unter/über 18 Jahren im Familienverband, Ängstlichkeit, Depressivität, Distress, posttraumatische Belastungsreaktionen, Religiosität und Spiritualität, Temperamente, Nikotin oder Alkoholgebrauch oder den Body-Mass-Index in die Betrachtung mit ein.

Was wäre ein aus Ihrer Sicht optimales Modell?

In unserem Modell fehlt derzeit eine Betrachtung der milieuspezifischen Kultur, des milieuspezifischen Kommunikationsverhaltens, die es uns erlauben würde, Patienten dort abzuholen, wo sie sind. Es geht quasi um eine Korrektur unseres milieuspezifischen „blinden Flecks“. Wir gleichen unseren blinden Fleck derzeit durch das Bild unserer Umgebung aus, durch unser eigenes Herkunftsmilieu und durch ein Herangehen, wie es eine akute Situation erfordern würde, so sind wir genetisch geprägt. Wir brauchen „Krü-

cken“, die es uns ermöglichen, Patienten besser mit ihren Bedürfnissen, ihren Vorerfahrungen wahrzunehmen und unser Kommunikationsverhalten dann entsprechend anzupassen. Wir müssen uns eingestehen, dass wir verschiedenen Menschentypen – oft gar nicht bewusst – unterschiedlich gegenüber treten, unter anderem je nachdem, wie weit sie von unserer eigenen Lebenswelt entfernt sind. Ich müsste als Arzt/Ärztin – wenn ich Adhärenz fördern will – mit jemandem, der aufgrund seiner Lebenswelt genaue Vorgaben braucht, anders kommunizieren als mit jemandem, der tendenziell gegenüber „Vorgaben von oben“ misstrauisch ist.

Zur Beziehung zwischen Ärzt/in und Patient/in

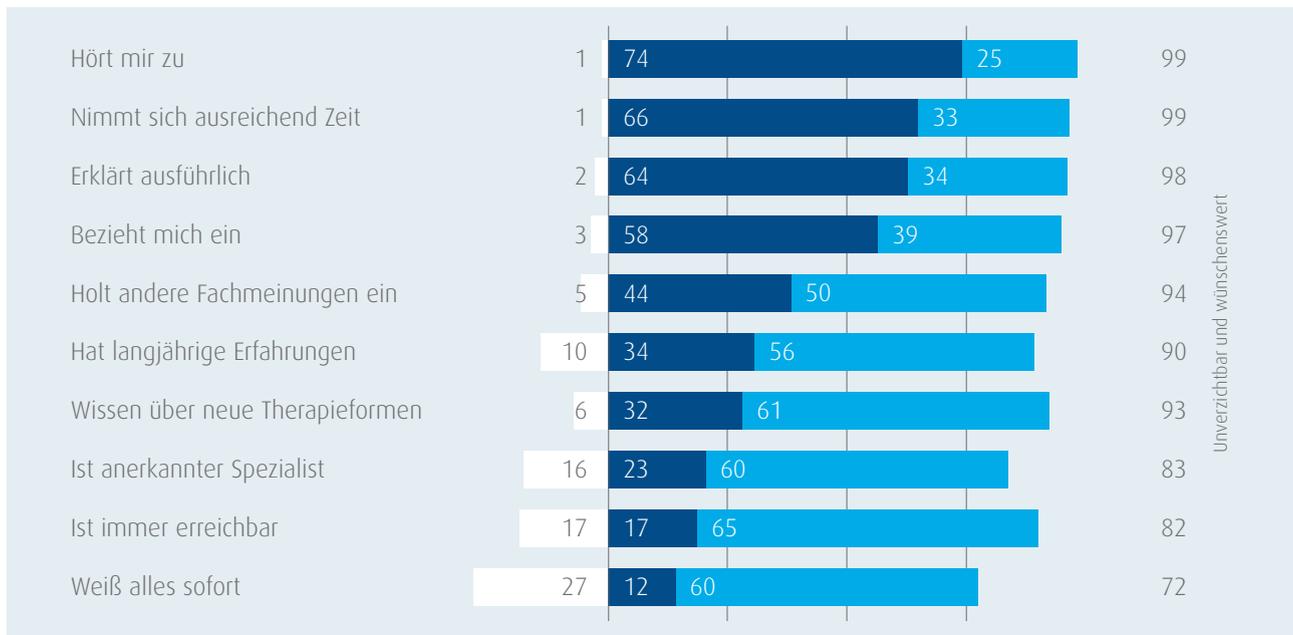
6.1. Vor allem Soft Skills sind erwünscht

Die Beziehung zwischen Ärzten und ihren Patienten ist durch den Generationenwechsel, den damit einhergehenden Wertewandel und die wachsende Bedeutung des Internets grundlegenden Veränderungen unterworfen. Der Glaube an Autoritäten sinkt, das Internet, das auf alle Fragen Antworten parat zu haben scheint, hat in gewissen Milieus eine neue Form der Mündigkeit verstärkt. Wie beeinflusst dies Arzt-Patientenbeziehungen?

Die österreichischen Patienten und Patientinnen wünschen sich gemäß der vorliegenden Umfrage von ihren Ärzten

vor allem „Soft Skills“. Als wichtigste Eigenschaft wird das Zuhören eingestuft (74% unverzichtbar), gefolgt von sich ausreichend Zeit nehmen (66%), ausreichend erklären (64%) und dem Einbeziehen des Patienten (58%). Fachspezifische Fähigkeiten – wie langjährige Erfahrungen (34%) oder das Wissen über neue Therapieformen (32%) – rangieren in diesem Zusammenhang zwar lediglich im Mittelfeld. Dies darf jedoch keinesfalls dahingehend interpretiert werden, dass für die heimischen Patienten ärztliches Fachwissen nur wenig relevant ist. Die ständige Erreichbarkeit (17%) oder das Wissen auf Abruf („Weiß alles sofort“ 12%) rangieren auf den hinteren Plätzen.

Wichtige Eigenschaften eines Arztes



Quelle: Der Patient im Mittelpunkt

Im Milieuvvergleich fordern vor allem die Postmateriellen das Zuhören mit Nachdruck ein. Die stark sicherheitsorientierten Milieus der Bürgerlichen Mitte und Adaptiv-Pragmatischen hingegen haben ein besonders starkes Bedürfnis, dass sich der Arzt ausreichend Zeit nimmt. Für die Bürgerliche Mitte ist zudem Rückversicherung mittels Spezialistentum und langjähriger Erfahrung überdurchschnittlich relevant. Etablierte wiederum haben – entsprechend ihres „Premium-Anspruchs“ – ein hohes Qualitätsbewusstsein. Sie legen Wert auf das Einholen anderer Fachmeinungen und State of the Art-Wissen.

Traditionellen wiederum ist die ständige Erreichbarkeit des Arztes überdurchschnittlich wichtig. Dies erklärt sich aus der starken Betroffenheit altersbedingter Erkrankungen mit unter Umständen akutem Verlauf. Auch den Digitalen Individualisten und Hedonisten ist die ständige Erreichbarkeit wichtiger als anderen Milieus. Noch wichtiger allerdings ist für diese beiden Milieus, dass der Arzt „alles sofort weiß“. Die Anforderungen beider Milieus an den Arzt sind stark durch das Internet geprägt (etwa die „Always-on“-Mentalität, die dieses Medium suggeriert).

6.2. Wie man den „richtigen“ Arzt findet

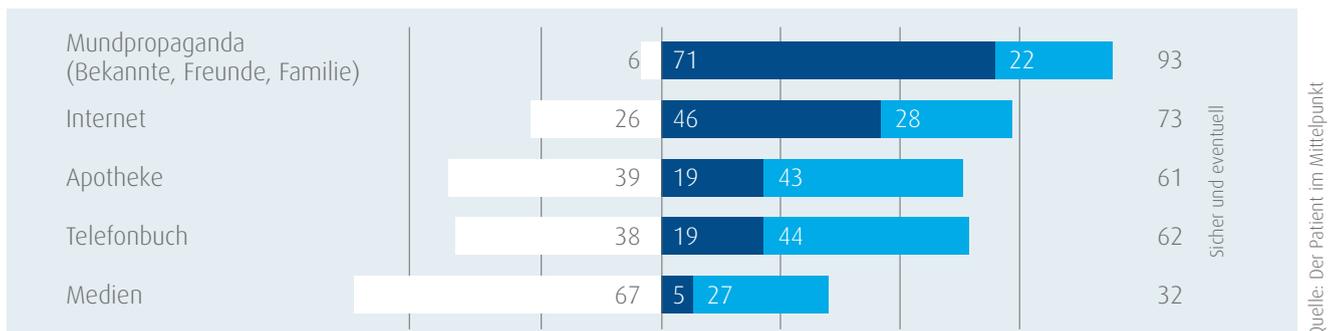
Im Falle einer erforderlichen Suche nach einem Arzt würden die Österreicher vor allem auf Mundpropaganda setzen (71%), gefolgt vom Internet (46%). Apotheke, Telefonbuch (je 19%) und Medien (5%) spielen bei der Arztsuche eine deutlich weniger wichtige Rolle.

Die Mundpropaganda stellt – mit Ausnahme der Hedonisten – im Zusammenhang mit einer möglichen Arztsuche nach

wie vor die wichtigste Informationsquelle dar. Bei Hedonisten rangiert das Internet knapp vorne.

Stark internetaffin zeigen sich hierbei außerdem Digitale Individualisten und Performer. Konservative und Etablierte ziehen überdurchschnittlich häufig in Erwägung, sich im Fall der Fälle in einer Apotheke nach Arztoptionen zu erkundigen.

Quellen für (hypothetische) Arztsuche



6.3. Wer aktiv den Arzt wechselt und wer treu bleibt

Sechs von zehn Österreichern haben zumindest bereits einmal bewusst einen Arztwechsel vollzogen (58%), 18% sagen, das mehrmals getan zu haben. Besonders wechselfreudig zeigen sich Digitale Individualisten (35% mehrmals vs. 18% Gesamtbewölkerung). Aber auch die Konsumorientierte Basis weist eine überdurchschnittliche Wechselbereitschaft auf (32%). 42% der Österreicher haben noch nie bewusst einen Arzt gewechselt. Und hier sind es vor allem die Traditionellen, die ihren Ärzten treu bleiben (53% nie gewechselt).

Jeder dritte Österreicher (33%) hat nach eigenen Angaben bereits einmal einen Arzt gewechselt, weil dieser als nicht kompetent genug empfunden wurde. Knapp dahinter rangieren als Gründe Zeitmangel (30%), gefolgt von einer als mangelhaft empfundenen Adäquanz der Behandlung (21%).

Der Faktor Wartezeit – sei es in der Praxis (21%) oder auf einen Termin (17%) – hat immerhin jeden fünften Patienten dazu veranlasst, einen anderen Arzt zu konsultieren. Knapp jeder Zehnte (7%) erhielt die gewünschte Therapie nicht und sah sich dadurch veranlasst, den Arzt zu wechseln.

Insbesondere Digitale Individualisten – das Milieu mit der höchsten Wechselrate – sind schnell zu einem Wechsel bereit, wenn die persönlichen Erwartungen an Kompetenz und Diagnose sowie gewünschte Therapie nicht erfüllt werden. Ein weiterer starker Treiber für einen Wechsel sind lange Wartezeiten auf einen Termin. Hier sind die Anforderungen an den Arzt besonders hoch.

Adaptiv-Pragmatische lassen sich überdurchschnittlich stark von langen Wartezeiten in der Praxis abschrecken. Dies gilt auch für Hedonisten, die zudem doppelt so häufig als der Bevölkerungsdurchschnitt als Wechselgrund die Nichtverordnung gewünschter Therapien oder Medikamente nannten.

Gründe für einen aktiven Arztwechsel



7 Shared Decision Making und Adhärenz

Die modernsten Therapeutika verfehlen ihr Ziel, wenn sie nicht entsprechend der jeweiligen Erfordernisse eingenommen werden oder wenn Patienten ihren Lebensstil nicht ändern. Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben im Durchschnitt nur 50 % der Patienten eine gute Adhärenz. (Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003)

Was beeinflusst Adhärenz, was fördert sie? Welche Patientengruppen wollen heute bei der Therapiewahl stärker miteinbezogen werden – und wer hinterfragt mehr als andere?

7.1. Wer mitentscheiden will – und wer interveniert

Acht von zehn Patienten (83 %) haben während der letzten Konsultation Fragen an den Arzt gerichtet. Etwa jeder Zehnte (13 %) hat dies nicht getan. Erneut zeigt sich – wie auch schon bei der Informationskompetenz – ein unmittelbarer Zusammenhang mit der persönlichen sozialen Lage. Milieus der unteren Mittelschicht – und hier insbesondere die Traditionellen und die Konsumorientierte Basis – haben Hemmungen, Fragen zu stellen. Bei den Hedonisten dürfte die unterdurchschnittliche Nachfrage in der generellen Distanz zum Thema begründet liegen. Anders als für die beiden anderen Milieus ist der Arzt für Hedonisten keine Respektsperson.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten hat beim letzten Arztbesuch nicht proaktiv interveniert. Aber immerhin ein knappes Fünftel (16 %) hat den Arzt ersucht bzw. aufgefordert, ein spezielles Medikament zu verordnen. Jeder Zehnte hat den Arzt gebeten bzw. aufgefordert, die vorgesehene Behandlung zu modifizieren (9 %) oder die Diagnose in Frage gestellt (8 %).

In diesem Zusammenhang fallen erneut zwei „moderne“ Milieus auf: Digitale Individualisten, die dreimal so häufig wie der Bevölkerungsschnitt die Diagnose des Arztes in Frage gestellt haben, und Hedonisten, bei denen dieser Wert immerhin doppelt so hoch ausfällt. Hedonisten setzten den Arzt im Milieuvvergleich auch häufiger unter Druck, ihre Medikamentenwünsche zu erfüllen.

Überdurchschnittlich fordernd im Hinblick auf die Verschreibung bevorzugter Medikamente zeigen sich außerdem Adaptiv-Pragmatische. Die Konsumorientierte Basis ist jenes Milieu, welches sich am stärksten Abänderungen der vom

Arzt vorgesehenen Behandlung wünschte. Ein Hinweis darauf, dass insbesondere dieses Milieu einen hohen Erklärungsbedarf im Zusammenhang mit Therapien hat.

7.2. Was Adhärenz beeinflusst

Jeder zweite Befragte (51 %) gab in unserer Studie an, sich stets strikt an verordnete Therapien zu halten. Ein überdurchschnittlich starkes Commitment zeigen erwartungsgemäß die regeltreuen Milieus der Traditionellen (65 %) sowie der Konservativen (64 %). Auch die Bürgerliche Mitte weist nach eigenen Angaben eine hohe Therapiedisziplin auf. Als kritische Geister erweisen sich Postmaterielle (39 %), die mitunter nach persönlichem Gutdünken – etwa aufgrund von beschriebenen Nebenwirkungen – eine Therapie selbstständig abändern. Die geringste Adhärenz zeigen Hedonisten: unter anderem aufgrund ihrer stark ablehnenden Haltung Anweisungen und Vorschriften gegenüber liegt die Therapietreue bei lediglich 32 %.

Mehr als jeder Zweite (56 %) studiert vor der Einnahme von Medikamenten den Beipackzettel. Insbesondere für Konservative, Postmaterielle (je 68 %), Traditionelle (66 %) und Etablierte (65 %) stellt er ein wichtiges Informationsmedium dar. Vergleichsweise ignorant zeigen sich Digitale Individualisten (40 %), Adaptiv-Pragmatische (36 %) und – wenig überraschend – Hedonisten (25 %).

Wer schon einmal geflunkert hat

Hedonisten sind jenes Milieu, das am unumwundensten zugibt, zumindest einmal einen Arzt über die korrekte Einhaltung einer Therapie oder Medikamenteneinnahme angeflunkert zu haben (27 % vs. 11 % Gesamtbevölkerung).

Für Konservative stellt Flunkern gegenüber dem Arzt ein klares No-Go dar (2 % „Flunkerrate“). Auch die Bürgerliche Mitte hat diesbezüglich überdurchschnittlich starke Vorbehalte (5 %).

Echte Begegnung braucht Raum für Gefühle



Mag. Irene Kernthaler-Moser ist Organisationsberaterin und Teamentwicklerin sowie künstlerisch als Fotografin tätig. Als ehemalige Krebspatientin ist ihr die Frage, wie eine echte Begegnung zwischen Patient/in und Ärzt/in gelingen kann, ein besonderes Anliegen. In ihrem 2014 erschienenen Buch „Vom kleinen Glück dazwischen. Innenansichten in Wort und Bild oder Wie ich durch Brustkrebs übte mich zu lieben“, gedacht als Reiseführer durch die Landschaft einer Brustkrebsbetroffenen, hat sie sich gedanklich und fotografisch damit auseinandergesetzt.

Die zentrale Frage dieses Reports lautet: Wie kann die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in so gestaltet werden, dass nachher mehr Raum für eine bessere gesundheitliche Entwicklung der Patient/innen ist? Als ehemalige Krebspatientin möchte ich die Aufmerksamkeit auf einen bisher wenig beleuchteten Aspekt lenken: auf die schwankende Welt der Gefühle. Je schwerer die Erkrankung ist, umso mehr spielen Emotionen eine Rolle, so unwissenschaftlich das auch klingen mag. Damit echte Begegnung und damit Auseinandersetzung möglich wird, brauchen diese Gefühle einen angemessenen kommunikativen Raum. Dieser Raum der Begegnung kann aktiv von den Ärzt/innen und anderen Playern im Gesundheitsfeld gestaltet werden, setzt allerdings einen Punkt voraus: Dass auch Ärzt/innen und alle anderen Beteiligten, die professionell im Gesundheitswesen tätig sind, bereit sind, Teile ihrer Gefühlswelt im Gespräch zuzulassen, denn sonst wird Begegnung nicht möglich.

Medizinmänner und Medizinfrauen

Beim Thema Krankheit landet man schnell bei der Frage nach geeigneten Ärzt/innen. Das ist ein schwieriges Kapitel: Ich bin durchaus zufrieden mit meiner Bildung, aber fachlich kann ich bei keinem Mediziner entscheiden, ob er oder sie kompetent ist. Ich kann nur beurteilen, wie ich mich von jemandem angesprochen, ob ich mich verstanden und gut aufgehoben fühle. Ich habe aber nicht das notwendige medizinische Wissen, um die fachliche Kompetenz eines Arztes zu beurteilen. Ich beschloss daher recht schnell, nicht ein halbes Biochemiestudium zu absolvieren um zu verstehen, wovon der oder die Mediziner/in redet. Ich verlasse mich auf die Kompetenzen, die ich habe, und die sind bei mir in erster Linie kommunikativer und sozialer Natur.

Ich habe mir anfangs einen emotionalen Einklang mit meinen Ärzten erwartet, aber bald festgestellt, dass meine Erwartung zu hoch gesetzt war. Mediziner sind üblicherweise nicht in der Lage, mit mir einen Einklang herzustellen, so dass ich mich rundherum wohlfühle. Das hat wahrscheinlich zwei Seiten: Meinerseits brauche ich sehr viel Zeit, um mich sicher zu fühlen – das geht oft nicht einmal in einer Privatordination. Und auf der Seite der Mediziner/innen lautet meine These: Zu viel Nähe halten sie für unprofessionell. Ein Mediziner ist gewohnt, als jemand zu reden, der Recht hat und der im Besitz der Weisheit ist. Er oder sie will Informationen abliefern und im Gegenzug dafür vielleicht etwas Dankbarkeit, aber an einer echten persönlichen Auseinandersetzung sind sie nicht interessiert. Das entspricht nicht ihrem Berufsbild. Mir wurde mit der Zeit eines klar: Ich kann vielschichtiger und umfassender kommunizieren als die meisten Ärzte, die mir gegenüber sitzen. Ich sollte mich also von Menschen behandeln lassen, die an einem der Punkte, wo ich sie fachlich beurteilen kann, mir meist unterlegen waren. Mit dieser Haltung komme ich nicht weit, habe ich mir gedacht. Also beschloss ich: Ich darf meine Ärzte nicht überfordern.

Ich lebe mit meinem ganzen Körper

Mein Körper ist eine Einheit. Es gibt ein Zusammenspiel verschiedenster Teile, Organe und Funktionen. Durch die Evolution hindurch ist dieses Zusammenspiel sehr fein aufeinander abgestimmt – ungefähr so wie beim Motor eines wirklich teuren Autos, der leise vor sich hin schnurrt.

Ärzt/innen haben – meiner Erfahrung nach – sehr viel Respekt und Achtung vor diesem Feintuning meines Körpers, fachlich verstehen sie aber nur von einem kleinen Ausschnitt etwas. Für mich als Patientin bedeutet das, dass ich die unterschiedlichen Informationen, die ich von den Ärzt/innen erhalte, für mich wieder so zusammensetze, dass sie ein ganzes Bild ergeben. Ich setze das natürlich nicht zusammen auf Basis medizinischer und naturwissenschaftlicher Erkenntnisse, sondern verlasse mich auf meine Kompetenzen und auf mein Gefühl. Und dieses Gefühl ist meiner Erfahrung nach erstaunlich treffsicher.

Eine eindrucksvolle Begegnung

Ich ging, nachdem ich die Diagnose bekommen hatte, noch zu einem anderen Professor, der ebenfalls ein ausgewiesener Experte für Brustkrebs ist. Das war eine sehr eindrucksvolle Begegnung. Er hat auch viel von sich persönlich hergegeben, aber er hat mir mit seiner Dominanz und Selbstherrlichkeit eine derartige Angst eingejagt, dass ich mich nach einem langen Gespräch mit meinem Mann dafür entschieden habe, bei meinem ersten Arzt zu bleiben. Ich war einerseits sehr beeindruckt von dieser Begegnung – hat mir mein Kopf gesagt. Aus meinem Erfahrungswissen konnte ich sagen, dass dieser Professor es versteht, mächtig aufzutreten, seine Kompetenzen deutlich zu zeigen. Aber in meinem Magen hatte ich ein flaes Gefühl. Meine Schultern waren leicht hochgezogen und ich hatte so etwas wie einen Tunnelblick auf diesen Herrn Professor. Im Gespräch war ich so auf ihn fixiert, dass ich rundherum alles weitgehend vergaß – auch mich selber. Es brauchte das Gespräch mit meinem Mann, um diese unterschiedlichen Eindrücke zu verarbeiten. Ich hatte dann das Gefühl, dass in dieser Situation die Angst und die Ohnmacht überwogen hatten. Und das ist für mich nicht die geeignete Umgebung. Es geht für mich also gerade und besonders im Umgang mit Ärzten um eine gute Beobachtung meiner selbst und dann um eine liebevolle Interpretation, worauf dieses Gefühl hindeuten könnte. Die Interpretation hängt für mich mit dem Kopf zusammen und der tickt oft anders als mein Bauch oder mein Unterbewusstsein.

Ich bin kompetent

Auf die Kommunikationsstruktur zwischen Ärzt/innen und Patient/innen möchte ich noch einmal zurückkommen.

Seit sicherlich 40 Jahren befassen sich Sprachwissenschaftler/innen mit dieser spezifischen Kommunikationsstruktur. Mir ist da schon während meines Studiums einiges an Literatur in die Hände gefallen. Umso spannender war es für mich, die Kommunikationssituation live zu erleben. Da ich schon eine Krebserkrankung hinter mir hatte, hatte ich schon ein gewisses Vortraining im Umgang mit Ärzt/innen. Trotzdem, mit der Schieflage in der Kommunikation – hier der wissende Arzt, da die unwissende Patientin – kann ich mich immer weniger anfreunden. Ich habe daher eine ganz blöde Angewohnheit entwickelt: Ich schütze die Ärzte im Gespräch. Ich erkundige mich, wie es ihnen geht, ich will sie verstehen, ich will auf sie eingehen. Also alles, was ich mir von ihnen wünsche, biete ich ihnen emotional einmal an. Die Reaktionen darauf sind unterschiedlich und letzten Endes auch unerheblich. Denn das Ergebnis ist, dass ich ausgelaugt bin und das Gefühl habe, nicht auf meine Rechnung gekommen zu sein. Ich bereite mich mittlerweile auf meine Arzttermine so vor, dass ich mir die Punkte aufschreibe, die mir wichtig sind. Mit diesem Spickzettel und meiner ebenfalls niedergeschriebenen Krankengeschichte ausgestattet, betrete ich dann das Sprechzimmer und suche Verständigung.

Ich bin eine sehr große Anhängerin einer Kommunikation der Ebenbürtigkeit. Ärzte neigen aber dazu, mir zu erklären, wie meine Welt ist. Dabei verstehen sie nur von einem Ausschnitt meiner Welt etwas. Dieser Blickwinkel ist zugegebenermaßen in der Situation einer schweren Krankheit sehr wesentlich. Ärzte wissen etwas über Krankheitsverläufe, über empirische Wahrscheinlichkeiten, Operationsmethoden, Bedeutung von bestimmten Wirkstoffen etc. Aber sie wissen nicht, wie die Krankheit bei mir verlaufen wird und sie können auch nicht sagen, wie mein Körper auf bestimmte Wirkstoffe reagieren wird. Wie sich mein Körper anfühlt, weiß ich am besten selber. Die vielen kleinen Signale meines Körpers, ein Zwicken da, ein Reißen dort, ein Wohlgefühl da, das kann nur ich wahrnehmen. Krebspatient/innen haben ein Recht auf ihre Sichtweise. Unsere Umwelt hat oft andere Prioritäten und damit andere Blickwinkel. Ich übe mich darin, es ihnen nicht übel zu nehmen. Und nicht aus lauter Harmoniesucht meine Sichtweise unter den Tisch fallen zu lassen. Beide Übungen fallen mir nicht leicht.

Sinus-Milieus[®], Krankheitsbilder – und der Versuch einer konkreten Annäherung

Das folgende Kapitel möchte einen Diskussionsbeitrag einbringen, wie das Wissen um milieuspezifische Unterschiede in gewissen Krankheitsbereichen – hier anhand des Beispiels Adipositas – berücksichtigt werden könnte. Das betrifft sowohl die Erforschung der Gründe für das vermehrte Auftreten einzelner Krankheiten in gewissen Patientengruppen, wie auch die Entwicklung milieuspezifischer Kommunikation.

Eine Studie der OECD geht von einem starken Anstieg von Übergewicht und Fettleibigkeit (Adipositas) in den Ländern der OECD aus. Setzt sich der Trend fort – so die Prognose – werden im OECD Raum bereits im Jahr 2020 zwei Drittel der Menschen zu dick sein.

(Obesity and the Economics of Prevention – Fit not Fat. OECD, 2010)

Drei Sinus-Milieus[®] sind in diesem Zusammenhang besonders erwähnenswert: Traditionelle, Konsumorientierte Basis sowie die Bürgerliche Mitte. Die Ursachen für Übergewicht und Fettleibigkeit erweisen sich dabei durchaus milieuspezifisch.

8.1. „Der Teller wird leergegessen“ – eine Suche nach Gründen

Traditionelle

„Der Teller wird leer gegessen“

- Traditionelle Ernährungsgewohnheiten
- Deftige Hausmannskost, zu einer Mahlzeit gehören Fleisch und Wurst
- Hobbys mit geringer körperlicher Aktivität, wenig Sport

Aufgewachsen unter schwierigen wirtschaftlichen und finanziellen Bedingungen haben **Traditionelle** gelernt, mit dem Wenigen auszukommen, das ihnen zur Verfügung steht. Lebensmittel wegzwerfen widerstrebt diesem sparsamen Milieu. Traditionelle leben häufig noch nach dem Leitspruch „Der Teller wird leergegessen!“ – ungeachtet, ob sich ein Sättigungsgefühl bereits eingestellt hat oder nicht. Bevorzugt wird deftige Hausmannskost. Fleisch und Wurst gehören zu einem „ordentlichen Essen“ dazu. Diese kalorienreiche Kost gepaart mit (oft gesundheitsbedingt) wenig Bewegung

resultiert rasch in einer Gewichtszunahme, die wiederum aufgrund wachsender gesundheitlicher Probleme zu weiterer Inaktivität führt. Ein Teufelskreis.

Bürgerliche Mitte

„Essen hält die Familie zusammen“

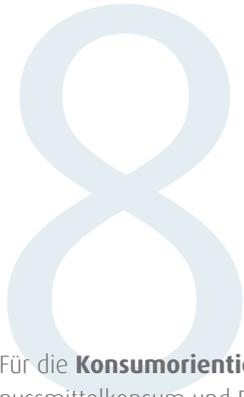
- Klassische Mahlzeitenfolge
- Essen ist zentrale Familienaktivität
- Trotz gewissen Problembewusstseins eher klassische österreichische und ungesunde Kost, auch aufgrund geringer Ernährungskompetenz
- Aber eine gewisse Bereitschaft zur Übernahme gängiger Gesundheitstrends

Zu den Risiko-Milieus zählt zudem die **Bürgerliche Mitte**. Essen hat für das Milieu eine wichtige soziale Komponente: Es hält die Familie zusammen und stellt eine zentrale Familienaktivität dar. Seine Lieben (reichlich) zu bekochen und zu bewirten gilt als Zeichen starker emotionaler Bindung und persönlicher Wertschätzung. Oft wird die klassische Mahlzeitenfolge eingehalten, die sich aus Vorspeise, Hauptspeise und Nachspeise zusammensetzt und am Wochenende gerne auch mit einer Kaffeejause abgerundet wird. Obwohl die Bürgerliche Mitte in Ernährungsangelegenheiten ein gewisses Maß an Problembewusstsein an den Tag legt, setzt sie eher auf klassische und somit letztlich ungesunde Kost, da die Ernährungskompetenz noch relativ gering ausgeprägt ist. Anders als die beiden anderen Problem-Milieus zeigt die Bürgerliche Mitte jedoch eine gewisse Bereitschaft, gängige Gesundheitstrends zu übernehmen.

Konsumorientierte Basis

Die prototypischen „Couch-Potatoes“

- Genussmittelkonsum und Essen als Seelentröster
- Fehlende Esskultur
- Fehlende Ernährungskompetenz
- Dominanz von Convenience-Food
- Ein Desinteresse und Gleichgültigkeit bezüglich Gesundheit, als Schutz und Abwehrstrategie um sich emotional und sozial nicht berühren zu lassen



Für die **Konsumorientierte Basis** wiederum kommt Genussmittelkonsum und Essen die Funktion eines Seelen-trösters zu. Aufgrund der meist angespannten finanziellen Lage und der daraus resultierenden Einschränkungen bei Freizeitgestaltung und Unterhaltung bleiben oft nur das Essen und Fernsehen als – zudem einfach zu reproduzierende – Freuden (Milieu-Angehörige sind die prototypischen „Couch-Potatoes“). Fehlende Esskultur und Ernährungskompetenz lassen das Milieu regelmäßig zur gesundheitlich problematischen Fertignahrung greifen. Ein Credo des Milieus ist das Sich-emotional-und-sozial nicht-berühren-lassen. D.h. das zum Teil demonstrative Desinteresse und die an den Tag gelegte Gleichgültigkeit hinsichtlich der persönlichen Gesundheit dienen als Schutz und Abwehrstrategie.

Das klar unterdurchschnittlich ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein und die Vielzahl (insbesondere lebensstilbedingter gesundheitlicher) Probleme machen die Konsumorientierte Basis zum problematischsten Milieu im Zusammenhang mit Übergewicht und Adipositas.

Ungesunde Lebensweise

Es zählt die momentane Befriedigung, die Abwegung von Langzeitfolgen ist sekundär

Geringes Körperbewusstsein

Körperliche Symptome werden als Teil des allgemeinen Unbehagens und der generellen Benachteiligung interpretiert

Geringes Gesundheitsbewusstsein

- Kampf um das Überleben im Alltag
- Starke Neigung zur Dissimulation
- Gesundheitswissen wird oft erst im Anlassfall, bei akuten Problemen erworben

8.2. Wie Kommunikation gelingen könnte

Milieusensible Argumentation zur Gesundheitsförderung am Beispiel Konsumorientierte Basis

Eine milieusensible Gesundheitsaufklärung muss Verständnis für die spezifischen Milieu-Logiken entwickeln, um auf dieser Basis relevant und überzeugend argumentieren zu können. Grundsätzlich ist dafür noch weitere Forschung erforderlich – idealerweise differenziert für verschiedene Krankheitsbilder. Im Folgenden soll anhand des Milieus der Konsumorientierten Basis beispielhaft ein mögliches Vorgehen skizziert werden.

Wie könnte das wenig gesundheitsaffine Milieu der Konsumorientierten Basis adäquat adressiert und stärker motiviert werden, sinnvolle und erforderliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu ergreifen und Adhärenz zu verbessern? Eine bessere Compliance liegt im Interesse aller Beteiligten, insbesondere jedoch der Betroffenen selbst. Schließlich gilt es, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und Therapieerfolge zu steigern.

Für viele Entscheider im Gesundheitsbereich (Gesundheitspolitiker, Ärzte) ist das Milieu der Konsumorientierten Basis relativ fern. Angehörige der Konsumorientierten Basis haben in der Regel ausgeprägte (und realistische!) Zukunftsängste. Ihre wirtschaftliche Lage ist meist angespannt und bietet wenig bis kaum Aussicht auf Verbesserung.

Die Konsumorientierte Basis ist bemüht, Anschluss zu halten an die Konsumstandards der (Bürgerlichen) Mitte. Daher könnte die Argumentation zur Gesundheitsförderung auf die Leitlinien und die Standards der Bürgerlichen Mitte Bezug nehmen. Dies gilt selbstverständlich auch im Hinblick auf die Erläuterung von Gesundheitstrends.

Unerlässlich ist hierbei jedoch eine positive (also keinesfalls negative) Argumentation. Mit Gesundheitsgefährdung zu drohen hätte beim Milieu der Konsumorientierten Basis gegenteilige Effekte. Propagiert werden sollte vielmehr der soziale Nutzen einer vorsichtigen Lebensstiländerung.

Dies könnte etwa durch die Beschreibung vorbildhafter Rollenmodelle erfolgen, die persönliche Identifikationsmöglichkeiten bieten. Wichtig ist zudem das Setzen erreichbarer und daher realistischer (!) Ziele – Schritt für Schritt.

Eine besonders wichtige Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang einmal mehr einer vertrauensvollen und wertschätzenden Arzt-Patientenbeziehung zu.

Um diese Skizze wirklich anwendbar zu machen, sollten die Wahrnehmungs- und Interpretationsweisen der Konsumorientierten Basis – etwa in Hinblick auf Diabetes – aus ihrer Sicht heraus konkret nachvollzogen werden. Dazu könnte ethnographische Forschung eingesetzt werden, die uns ein tieferes Milieuverständnis ermöglicht, um schließlich jedes Milieu dort abholen zu können, wo es gerade steht.

Wichtiges Motiv: Anerkannt werden wollen, an die Standards der Mitte anschließen, dazugehören

Wichtiges Leitmilieu: Bürgerliche Mitte

Argumentation zur Gesundheitsförderung

könnte auf die Leitlinie der Bürgerlichen Mitte Bezug nehmen, d.h. „alles mit Maß und Ziel“

- In diesem Zusammenhang Förderung von gesünderer Ernährung, Bewegung, mäßigem Alkoholkonsum ... als Standard der Mitte
- Erläuterung von aktuellen Gesundheitstrends

Positive, nicht negative Argumentation!

- Nicht mit Gesundheitsgefährdung drohen
- Sondern die sozialen Benefits einer vorsichtigen Lebensstiländerung propagieren



Die Mitarbeitsmotivation der Patient/innen besser erfassen



Mag. Elvira Schrottmeyer-Stockinger ist nach 17-jähriger Tätigkeit in der Gesundheits- und Krankenpflege als Pflegewissenschaftlerin in der Ausbildung von Pflegepersonal in Niederösterreich und zeitweise in Universitätslehrgängen sowie in der Ausbildung im mittleren Management von Pflegepersonal tätig. Sie ist Mitglied der Steuerungsgruppe der Gesellschaft für Pflegewissenschaft im ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband).

Motivation und Mitarbeit der Patient/innen sind auch ein zentrales Thema für die Gesundheits- und Krankenpflege. Ein wesentliches Problem stellt mangelnde Motivation der Patient/innen zur Mitarbeit dar. Die Pflegewissenschaft befasst sich daher in ihren Pflegemodellen und -konzepten mit diesen Themen.

In der Gesundheits- und Krankenpflege wird unter anderem auf Menschenbilder rekurriert, die sich aus sozialem Umfeld, Berufsumfeld, Erziehung, Familie, Erfahrungen, Umwelt (Sozialisation) etc. zusammensetzen. Dies bedeutet für die Pflege, dass etwa im Rahmen eines Erstgesprächs Aspekte dieser Themen abgefragt und in die Pflegeplanung miteinbezogen werden. Wir orientieren uns dabei auch an kommunikationstheoretischen Grundlagen. Dies reicht beispielsweise vom Erkennen, auf welcher sprachlichen Ebene (Sach-, Emotionsebene, etc.) sich der Patient/die Patientin momentan befindet, bis zum Einsetzen unterschiedlicher Methoden – wie etwa Zusammenfassungen, Spiegeln, Paraphrasieren.

Bei diesem Prozess bedarf es aber auch der Reflexion der Pflegeperson selbst und der Auseinandersetzung mit deren eigenem Menschenbild. Bei den Pflegehandlungen zählt jedoch vorwiegend das Menschenbild der zu pflegenden Person.

Nach der Anamnese sind im Pflegeprozess Pflegediagnosen, also das Erkennen des Pflegebedarfs, zu erstellen. Dies bedeutet, dass Pflegephänomene und Pflegeprobleme sowie deren Ätiologie (siehe Beispiel) und weitere Risikofaktoren beschrieben werden, die beispielsweise bei der Genesung und dem Selbstpflegevermögen (Bewältigung der aktuellen gesundheitsbezogenen Lebenssituation) des/der Patienten/in hinderlich sind. Auch die Symptome des Pflegeproblems und die Ressourcen des/der Patienten/in, unter anderem auch aus deren Umfeld – die in den Pflegeprozess einfließen sollten – sind zu beschreiben. Anschließend werden aufgrund der Pflegeprobleme die Ziele formuliert und die Maßnahmen, um diese Ziele erreichen zu können, genau geplant.

Es wäre vorstellbar, dass Ärzte/innen und Pflegenden analog zu diesem Vorgehen beispielsweise „Motivationsdiagnosen“ oder den „Grad der Adhärenz“ erstellen könnten. Ein dafür entwickeltes Assessment-Instrument zur Einschätzung der „Motivation zur Mitarbeit“ wäre für Mitarbeiter/innen der Gesundheitsberufe hilfreich. In ein solches Instrument sollten unterschiedliche Aspekte wie etwa Menschenbilder, kommunikationstheoretische Grundlagen, die Krankheitsgeschichte eines Patienten, Sinus Milieus® u.v.m. einfließen. Wichtig sind vor allem auch die Beachtung und Betrachtung der Ganzheitlichkeit und Individualität des Menschen.

Da Patient/innen sich meinen Erfahrungen gemäß oft um den neuesten Stand der Medizin und Pflege erkundigen, sollte auf die Patienteninformation in diesem Prozess besonderes Augenmerk gelegt werden. Je autonomer ein Patient entscheiden und mitarbeiten kann, umso mehr Verantwortung wird er bei pflegerisch-medizinischen Belangen übernehmen, davon bin ich überzeugt. In Studien zu Empowerment und Selbstmanagement chronisch kranker Menschen wird das auch sehr deutlich gezeigt.

Ein Beispiel: Ätiologie der Pflegediagnose 80312

Behandlungsempfehlungen Handhabung beeinträchtigt

Definition:

Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch beeinträchtigt ist, ein pflegerisches, medizinisches und/oder therapeutisches Behandlungsprogramm und dessen Auswirkungen in den Alltag zu integrieren

Ätiologie

Körperliche/funktionelle Ursachen

- Beeinträchtigte Fertigkeiten für die Umsetzung erforderlicher Maßnahmen (spezifizieren)
- Beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten (spezifizieren)
- Beeinträchtigte Kommunikation (spezifizieren)
- Beeinträchtigte Beweglichkeit (spezifizieren)
- Beeinträchtigte Feinmotorik (spezifizieren)
- Beeinträchtigte Fähigkeit den Alltag zu organisieren (spezifizieren)
- Beeinträchtigte Orientierung (spezifizieren)
- Erlerntes Verhaltensmuster in Bezug auf die Gesundheitspflege (spezifizieren)

Psychische Ursachen

- Mangelnde Akzeptanz der veränderten Gesundheitssituation
- Entscheidungskonflikt
- Wahrgenommene Hindernisse für eine Integration der Behandlung in das tägliche Leben

Lebenseinstellung

- Wahrgenommene geringe Behandlungschancen, Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Machtlosigkeit (spezifizieren)
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit
- Beeinträchtigte Motivation (spezifizieren)
- Misstrauen gegenüber den Behandlungsempfehlungen
- Behandlungsempfehlungen werden als zu komplex wahrgenommen
- Gesundheitssystem wird als zu komplex wahrgenommen
- Fehlende wahrgenommene Auswahlmöglichkeiten zum Handeln
- Mangelnde Wahrnehmung der Ernsthaftigkeit der Erkrankung und deren Spätfolgen
- Mangelndes Wissen (spezifizieren)

Sozial/umgebungsbedingte Ursachen

- Familiäre Konflikte
- Mangelnde finanzielle Mittel
- Übermäßige Anforderungen
- Fehlendes soziales Netzwerk
- Mangelnde Unterstützung durch das soziale Umfeld (spezifizieren)
- Tagesstruktur, welche die Einhaltung der Behandlungsempfehlungen erschwert
- Räumliches Umfeld, welches die Einhaltung der Behandlungsempfehlungen erschwert
- Mangelnder Zugang zu Informationen (spezifizieren)
- Mangelnder Zugang zu Selbsthilfegruppen/-organisationen

Aus: Stefan, Allmer, Schalak, Eberl, Hansmann, Jedelsky, Pandzic, Tomacek, Vencour, 2013, POP Praxisorientierte Pflegediagnostik

9 Wo die Reise hingehet

Wie eingangs festgehalten – wir stehen, was das Entwickeln bedürfnisgerechterer oder auch milieuspezifischerer Zugänge zu unterschiedlichen Patientengruppen anlangt, in der Medizin noch am Anfang. Unsere Reise hat eigentlich soeben erst begonnen. Wir haben zwar ein Ziel vor Augen, doch es gilt, die unterschiedlichen Routen dorthin zu erforschen und zu hinterfragen. Mit der Erfassung der unterschiedlichen Lebenswelten anhand der Sinus-Milieus® haben wir eine erste Möglichkeit/Variante einer weniger pauschalen Betrachtung unseres Patienten-Gegenübers betrachtet. Wir haben dabei einiges über die unterschiedlichen Zugänge der verschiedenen Milieus zu Gesundheitsthemen, Gesundheitsbewusstsein und -kompetenz in Erfahrung gebracht.

Daraus ergeben sich einige grundlegende Folgefragen:

- Wie kann die Arzt-Patientenbeziehung milieusensibel gestaltet werden und wie würden milieuausgereichte Informationsangebote und -materialien aussehen?
- Wie kann man Appelle an gewisse Milieus so formulieren, dass sie etwas bewirken, z.B. in Sachen Adhärenz oder Vorsorge?
- Können (Kassen-)Ärzt/innen auf Patienten tatsächlich bei der wenigen zur Verfügung stehenden Zeit individueller eingehen? Wie kann man sein Patienten-Gegenüber in der gegebenen Zeit „einordnen“, um zu verstehen, welche Botschaften er/sie braucht?
- Wie kann man jenen Milieus, die nicht von sich aus reden und damit auch nicht gehört werden, mehr Augenmerk schenken?
- Wie begegnet man den kritischen, fatalistischen Milieus, die keine Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen wollen?
- Was bedeutet ein solcher Zugang für eine zielführendere gesundheitspolitische Kommunikation?

Mit diesen Fragestellungen werden wir uns im Janssen Forum in den nächsten Jahren eingehender beschäftigen. Auch möchten wir neben den Sinus-Milieus® noch weitere Modelle zur Einordnung von Patient/innen in Gruppen als Grundlage für eine bedürfnisgerechtere Patientenkommunikation für uns erproben.

Unser vorrangiger Wunsch ist aber, der Beschäftigung mit diesen Fragen nicht hinter verschlossener Tür nachzugehen. Wir wollen unsere Erkenntnisse und Diskussionsbeiträge allen Stakeholdern im Gesundheitsbereich zur Verfügung stellen. Nur wenn unterschiedlichste „Player“ den Gedanken des bedürfnisgerechteren Zugangs zu den Patient/innen aufgreifen, werden wir für die Patient/innen etwas bewegen können. In diesem Sinne laden wir Sie ein, sich unserer Reise anzuschließen.

Das Janssen Forum

Das Janssen Forum wurde 2012 gegründet. Es versteht sich als Netzwerk engagierter Expert/innen aus dem österreichischen Gesundheitswesen und will Impulse zur stärkeren Zusammenarbeit rund um die Bedürfnisse der Patient/innen geben. Dabei geht es um Bereiche, die über die medikamentöse Therapie hinausgehen, z.B. Beziehung und Kommunikation zwischen Ärzteschaft, Pflegenden, Patient/innen und Angehörigen. Mit Umfragen und Studien will das Janssen Forum Grundlagen für die öffentliche Diskussion liefern, mit der Auswahl und Förderung von Pilotprojekten will es Anregungen oder Starthilfe geben.

Impressum

Janssen-Cilag Pharma GmbH

Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien

Telefon: +43 1 610 30 – 0, Fax: +43 1 616 12 41

Wir danken Dr. Betram Barth und Mag. Petra Schiesser von INTEGRAL für ihre Mitarbeit an dem vorliegenden Report.

Quellen: INTEGRAL, Eigenforschung, Online-Befragung, rep. Österreich, Personen zwischen 20 und 74 Jahre, n=1.778, Q1/2013.
INTEGRAL, Der Patient im Mittelpunkt; Online- & Telefonbefragung, rep. Österreich, Personen ab 18 Jahre, n=1.000, Dez. 2013/Jän. 2014.

