Michael Siewert
Anja Schweitzer
Christina Sattel

Individuelles Erleben von Krankenhausaufenthalten – Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten

Abstract

Psychologische Aspekte eines Krankenhausaufenthaltes sind entscheidende Bestandteile der Krankenhauswahl. Die qualitativ-psychologische Studie der psychonomics AG beleuchtet diese Thematik aus Patientensicht. Sechs Erlebensdimensionen bilden im Ergebnis Teile eines komplexen und teils in sich widersprüchlichen Motivgefüges. Der ganzheitliche Charakter des Motivgefüges führt dazu, dass eine einseitige Motivansprache zu ungeahnten Nebenwirkungen führen kann. Die Ergebnisse sind nicht nur Schlüssel zu einem erfolgreichen Krankenhausmarketing, welches in Zeiten steigender finanzieller Herausforderungen und zunehmender patientenseitiger Eigenverantwortung vermehrt an Bedeutung gewinnt. Damit verbunden, gewährleistet ihre Nutzung eine optimierte Versorgung der Patienten.

Schlüsselbegriffe

Versorgungsqualität; Krankenhauserleben; Stationäre Versorgung; Patientenorientierung

Die einschneidenden Reformen im deutschen Gesundheitswesen gehen auch an stationären Versorgungseinrichtungen nicht unbemerkt vorbei. Die zunehmende finanzielle Belastung der einzelnen Einrichtungen geht so weit, dass sie sich in stetig schrumpfenden Krankenhauszahlen niederschlägt.

>> Seit 2000 hat sich die Zahl stationärer Versorgungseinrichtungen in Deutschland um über 200 Häuser reduziert (Statistisches Bundesamt).

Gleichzeitig konnte Bleses aufzeigen, dass Patienten unausgesprochene Erwartungen an die Versorgungsqualität in einem Krankenhaus haben. Verantwortlich sind im Wesentlichen die zunehmende Eigenverantwortung sowie die bessere gesundheitliche Information und Beratung, die eine Mitsprache und -entscheidung der Patienten immer stärker fördern (Bleses, 2005).

Die erlebte Versorgungsqualität der Patienten entscheidet so nicht nur über das medizinische Outcome, sondern wird auch zu einem Faktor, der über Patientenzahlen eines Krankenhauses entscheidet, um nur einmal an einen Aspekt wie die Wahl eines Krankenhauses zu denken. Allerdings zeigt eine Eigenstudie der psychonomics AG (unterstützt von der Heraeus Medical GmbH), dass die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten bislang häufig noch unerfüllt bleiben (psychonomics, 2008). Um Patienten gezielt anzusprechen und eine optimale Versorgung bieten zu können, muss jedoch zunächst die Frage geklärt sein, welche Aspekte den Patienten bei der Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus wichtig sind. Diese Lücke wird in der Studie „Patientenmarketing – Anforderungen und Potenziale in der stationären Versorgung“ auf Basis von 32 psychologischen Tiefeninterviews mit Patienten geschlossen.

Anlassbezogene Auseinandersetzung mit Krankenhäusern

Ein erstes, wenig überraschendes Ergebnis der Studie ist die Ausblendung des Themas aus dem allgemeinen Alltagsgeschehen. Solange der Gesundheitszustand es zulässt, wird eine Auseinandersetzung mit dem Thema Krankenhaus und den assoziativ verbundenen Themen Krankheit, körperlicher Verfall und Tod vermieden. Stattdessen erfolgt eine Beschäftigung mit Krankenhäusern in der Regel anlassbezogen. Die Wahl des behandelnden Krankenhauses wird letztlich von zwei Faktoren bestimmt.

1. Empfehlung des einweisenden Arztes: Trotz zunehmender Eigenverantwortung der Patienten ist die Rolle des einweisenden Arztes noch relativ stark ausgeprägt. Aufgrund einer grundsätzlichen Scheu in der Auseinandersetzung mit dem Thema Krankenhaus und einem Gefühl fehlender medizinischer Kompetenz wird eine Entscheidung gern an den „Fachmann“ abgegeben.

2. Nähe des Krankenhauses: In einer quantitativen Untersuchung der Kriterien bei der Krankenhauswahl zeigen Braun und Grüneberg, dass für 16,4 % der Patienten die Lage und Erreichbarkeit des Krankenhauses von größter Bedeutung ist (Braun-Grüneberg/Wagner, 2008). In der psychonomics-Studie wird darüber hinaus deutlich, dass neben der räumlichen Nähe des Krankenhauses insbesondere auch die emotionale Nähe eines Krankenhauses für Patienten von Relevanz ist. Diesen Effekt können bekanntes Krankenhauspersonal, aber auch eigene Krankenhausaufenthalte oder die von Freunden und Bekannten herstellen.

Individuelles Erleben ist relevanter Ansatzpunkt für optimierte Versorgungsqualität

Vor diesem Hintergrund wird das persönliche Erleben eines Krankenhausaufenthaltes zum relevanten psychologischen Ansatzpunkt für eine optimale Versorgung. Das Image und die erlebte Versorgungsleistung eines Krankenhauses werden wesentlich davon beeinflusst, wie der Patient den einzelnen Krankenhausaufenthalt erlebt und wie er diese Erfahrungen entsprechend an Bekannte und Verwandte weiter trägt. Braun und Grüneberg zeigen in ihrer Untersuchung, dass 48,9 % der Patienten eine behandelnde Klinik auf Grund von Empfehlungen und eigenen Erfahrungen auswählen (Braun-Grüneberg/Wagner 2008).

Im Rahmen der psychonomics-Studie konnten auf Basis der Tiefeninterviews sechs Dimensionen des Krankenhauserlebens identifiziert

werden. Jede dieser Dimensionen beschreibt einzelne Erlebensprozesse, welche direkte Handlungswünsche nach sich ziehen. Die einzelnen psychologischen Erlebensdimensionen formen sich zu einem komplexen, zusammenhängenden Motivgefüge. Dabei kann es innerhalb des ganzheitlichen Gefüges zu spannungsgeladenen Widersprüchen, gegenseitigen Ergänzungen und Abhängigkeiten kommen, die sich unmittelbar im Erleben der Patienten und im daraus resultierenden Verhalten niederschlagen. Durch das ganzheitliche Gefüge bedingt, kann eine einzelne Motivdimension sich nicht in ihrer Gänze entfalten, da sie durch andere Motivdimensionen begrenzt wird. Wohl kann sie aber ein spezifisches Gewicht entfalten.

Über so entstehende Schwerpunkte bildet sich das Image eines Krankenhauses heraus. Vor diesem Hintergrund sollte die Optimierung des Versorgungsangebots eines Krankenhauses kein eindimensionaler Prozess sein, sondern der Komplexität des Motivgefüges Genüge tun und stets alle sechs Erlebensdimensionen ansprechen. Dabei ergeben sich Möglichkeiten und teils sogar krankenhausindividuelle Notwendigkeiten der individuellen Schwerpunktlegung und Imagebildung.

Die Erlebensdimensionen

1. Im Zentrum der Heilkraft genesen

Wahrgenommen als fast schon religiös-spirituelles Zentrum der Heilkraft, haben Patienten in dieser Erlebensdimension ein hohes (Ur)-Vertrauen in ein Krankenhaus und seine Fähigkeiten. Krankenhäuser erlebt man als letzte helfende Instanz in der Not, die scheinbar gänzlich auf das Heilen und Wiederherstellen ausgerichtet ist.

Psychologisch gesehen, ist dieses Bild für Patienten sehr bedeutsam. Die mit der Diagnose und Erkrankung einhergehende körperliche Bedrohung ist für Patienten oft nur schwer fassbar und erschwert so einen Umgang mit der Krankheit. Die Vorstellung eines Alles heilenden Krankenhauses wie auch der mit einem Krankenhausaufenthalt konkret absehbare Eingriff geben der Krankheit vielfach eine vorstellbare Gestalt. Diese macht es möglich, dem mit der Erkrankung einhergehenden Schicksal gefasster begegnen zu können.

Dieses Bild der „heilen" Krankenhauswelt wird von den Patienten nach außen, aber auch vor sich selbst aufrechterhalten. Allgemeine Kritik oder Behandlungsfehler werden ausgeblendet, nivelliert oder auf weniger relevante Bereiche der Institution projiziert. Bedingt durch das hohe Vertrauen in die Instanz, wird Anordnungen des Krankenhauspersonals meist unhinterfragt Folge geleistet.

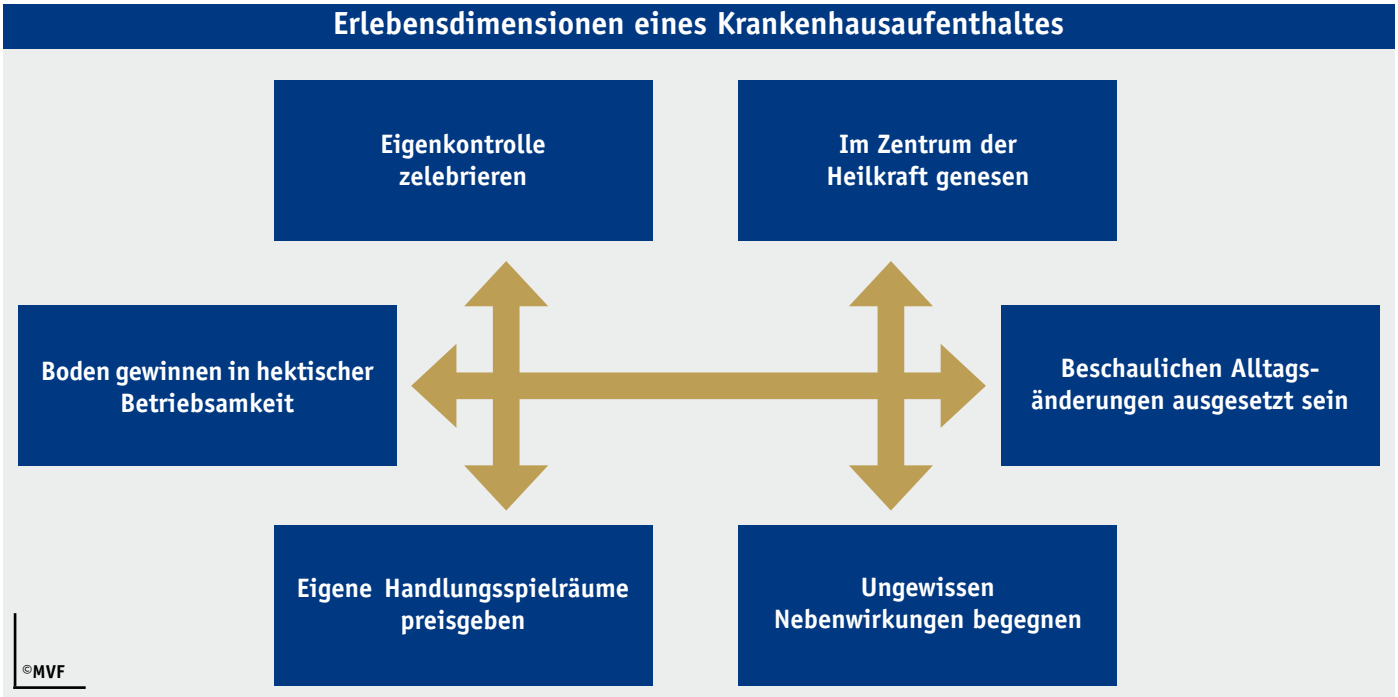
Maßnahmen zur wirkungsvollen Ansprache dieser Erlebensdimension sind ein medizinisch-spezialisierter, technisch-steriler Charakter. Zudem sollte der Auftritt von einer gewissen Unnahbarkeit geprägt sein, beispielsweise durch souverän-distanziertes Arztverhalten. Eine andere Möglichkeit stellt die Schaffung einer religiös-spirituellen Atmosphäre dar.

2. Ungewissen Nebenwirkungen begegnen

Durch fortlaufende Konfrontationen mit den realen Gegebenheiten wird das Bild des Krankenhauses als ‚Zentrum der Heilkraft' jedoch immer wieder aufgebrochen. Einerseits spielt hier das Bewusstsein mit, dass zur Wiederherstellung körperlicher Leistungsfähigkeit paradoxerweise schwerwiegende und risikobehaftete Verletzungen des Körpers notwendig sind. Andererseits verunsichern aber auch Ansteckungsgefahren über Mitpatienten. Und auch die aktuellen Sparzwänge im Gesundheitswesen lassen Patienten glauben, der Erfolg oder Misserfolg einer Operation sei schicksalsgeleitet und nicht mehr kontrollier- und beeinflussbar. In der Folge kommt es zu seelischen Haltlosigkeiten.

Daher sind Patienten in dieser Erlebensdimension bemüht, Aspekte der Ungewissheit zu verdrängen und medizinisch geprägtes Krankenhauserleben zu vermeiden.

Abb.1: Erlebensdimensionen eines Krankenhausaufenthaltes



Um sich in dieser Erlebensdimension zu profilieren, sollte ein Krankenhaus eine möglichst alltagsnahe, wohnliche Atmosphäre schaffen. Hotelähnliche Einrichtungen, beispielsweise mit polsterartigen Sitzgelegenheiten, warmen Farben und ein Verbergen medizinischer Gerätschaften stellen mögliche Beispiele dar.

3. Boden gewinnen in hektischer Betriebsamkeit

Ein Krankenhaus wird von Patienten auch als unbekannte, alltagsferne und hektische Welt erlebt. Diese Fremdheit hat zur Folge, dass Patienten sich zunächst orientierungslos und oft auch überfordert und abgestoßen fühlen. Gleichzeitig sind es jedoch gerade auch die hektischen und fremden Betriebsabläufe, die den Patienten in dieser Situation Zuversicht verleihen. Das schnelle und erkennbar zielgerichtete Ineinandergreifen von Arbeitsprozessen birgt das Versprechen, dass das Krankenhaus „funktioniert". Daher möchte man sich dieser Welt nicht entziehen, sondern Teil der Krankenhauswelt werden. Zum einen wird aktiv versucht, das Regelwerk des Krankenhauses zu erlernen und so Sicherheit zu erlangen. Zudem möchte man sich aber auch emotional einbinden, indem man beispielsweise versucht, sich mit Zimmernachbarn oder dem Pflegepersonal anzufreunden.

Informationsmaterialien schon vor dem Krankenhausaufenthalt, eine umfassende persönliche Einführung zu Beginn des Aufenthaltes, aber auch alternative-vertraute räumliche Gliederungen wie z.B. der Aufbau eines Krankenhauses nach dem Vorbild einer Stadt mit Zentrum und Peripherie bilden Ansatzmöglichkeiten, diese Erlebensdimension anzusprechen.

4. Beschaulichen Alltagsänderungen ausgesetzt sein

Die mit Krankenhausaufenthalt verbundenen körperlichen und räumlichen Einschränkungen führen zu Aufhebungen gewohnter Alltagsstrukturen, die durchaus willkommen sind. So wird der Krankenhausaufenthalt als willkommene Befreiung von alltäglichen Anforderungen und Pflichten erlebt. Vor diesem Hintergrund bekommt das Krankenhaus einen entspannend-erholsamen Charakter und bietet Raum für (ruhige) Tätigkeiten, die im Alltag zu kurz kommen. Die Entbindung von Alltagspflichten kann in diesem Zusammenhang allerdings auch einen lähmenden Charakter bekommen. Der „draußen" fortschreitende Alltag und immer dringlichere Aufgaben führen im Verein mit dem eigenen „planlosen" Dasein dazu, dass eingeschränkte Möglichkeiten der Einflussnahme insbesondere von berufstätigen Patienten als latenter Druck erlebt werden. Als Folge entsteht eine Tendenz zum Einbringen und Aufrechterhalten eigener Alltagsroutinen in den Krankenhausbetrieb.

Neben dem Angebot verbindlicher zeitlicher Freiräume für die (begrenzte) Bearbeitung von Alltagserfordernissen sollte daher darauf geachtet werden, dass eine strukturierte Beschäftigung der Patienten erfolgt. Kleine Pflichten können das Gefühl des „Leerlaufs" verringern. Dabei sollte jedoch die ruhige und Erholung spendende Grundatmosphäre nicht gefährdet werden.

5. Eigene Handlungsspielräume preisgeben

In dieser Dimension steht der mit einem Krankenhausaufenthalt verbundene Kontrollverlust im Fokus des Erlebens. Statt gewohnter erwachsener Selbstständigkeit erleben Patienten eine geradezu infantile Abhängigkeit vom Krankenhauspersonal. Eine Steigerung erfährt diese Tendenz in der Wahrnehmung, alle Versorgungsleistungen seien auf die Krankheit ausgerichtet und nicht auf die eigene Person. Diese Verschiebung führt dazu, dass man sich mehr oder weniger stark in einer Opferrolle sieht und mit dem Krankenhausaufenthalt ausgesprochen negative Qualitäten verbindet. Erst in Situationen vollkommener Hilflosigkeit und Leids werden die eingeschränkten Handlungsspielräume von den Patienten in ihrer Gänze akzeptiert und Hilfe ohne Einschränkung dankend angenommen.

In dieser Erlebensdimension kann ein Krankenhaus gegensteuern, indem es einen Schein von Selbstbestimmtheit schafft, etwa indem die Freiwilligkeit der Preisgabe von Handlungsspielräumen betont und gegebenenfalls sogar ausdrücklich bewundert wird. Zudem kann die Zuweisung kleinerer Tätigkeiten das Gefühl von Selbstständigkeit aufrechterhalten.

6. Eigenkontrolle zelebrieren

Die vorangegangene Erlebensdimension hat zur Folge, dass kämpferisch-aufrührerische Demonstrationen der Eigenkontrolle an den Tag gelegt werden. Dabei nutzt man die alltagsferne Kultur des Krankenhauses und die körperliche Schwäche als Rechtfertigung für Verhaltensweisen, die teils aggressiv eine Zentrierung auf die eigene Person sicherstellen sollen. Die eigene Handlungsfähigkeit wird sowohl gegenüber dem Krankenhauspersonal, den eigenen Angehörigen wie auch anderen Erkrankten zur Schau gestellt, etwa indem die Rolle des Arztes und seine Therapieempfehlungen hinterfragt werden. Im Zuge der Demonstration eigener Handlungsräume möchte man auch eigene Einflussbereiche vergrößern.

So wird versucht, sich beispielsweise im Zimmer abzugrenzen und ein eigenes „Revier" zu markieren. Hier kann ein Krankenhaus ansetzen, indem räumliche und gestalterische Vorkehrungen für Rückzugsmöglichkeiten geschaffen werden. Auch ein besonders dienstleistungsbezogenes Auftreten des Krankenhauspersonals ist Merkmal einer erfolgreichen Ansprache.

Literatur

Bleses, H. (2005): Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal. In: http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/bleses-helma-2005-01-24/PDF/Bleses.pdf (18.08.08).

Braun-Grüneberg, S./Wagner, K. (2008): Unterschiede im Informationsverhalten und in der Entscheidungsfindung von Patienten bei der Auswahl von Kliniken. In: Roski, R. (Hrsg.) (2008).

psychonomics AG (2008): Patientenmarketing – Anforderungen und Potenziale in der stationären Versorgung. Köln: Eigenverlag

Roski, R. (Hrsg.): Zielgruppenorientierte Gesundheitskommunikation. Akteure - Audience Segmentation - Anwendungsfelder, 2008, VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. Im Druck Statistisches Bundesamt (2008): http://www.gbebund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=9065&suchstring=&query_id=&sprache=D&fund_typ=TAB&methode=&vt=&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_lfd_nr=3&p_news=&p_aid=57574402&hlp_nr=1&p_janein=J#T2 (18.06.08).

Fazit, Weiterführung und Ausblick

Das Image und damit die erlebte Versorgungsleistung eines Krankenhauses ist für die zunehmend eigenverantwortlichen Patienten heute relevante Entscheidungsgrundlage bei der Therapie- und Arztwahl. Zentrale Erkenntnis der Studie ist das Vorhandensein eines ganzheitlichen Motivgefüges, in dem einzelne Erlebensdimensionen zueinander in Beziehung stehen und auch gemeinsam angesprochen werden sollten. Diese Ganzheitlichkeit hat zur Folge, dass die einseitige Ansprache einer Erlebensdimension zu ungeahnten „Nebenwirkungen" führen kann.

So kann etwa die zunehmende „Hotelisierung" von Kliniken nach sich ziehen, dass die medizinische Versorgungskompetenz aus dem Blickfeld gerät und das Vertrauen der Patienten in die „Heilkraft" der Institution untergraben wird. Umgekehrt kann eine Überbetonung medizinischer Aspekte vorhandene Ängste bezüglich der Gefahren von Erkrankungen unnötig schüren. Auch die Lockerung von Regeln und Strukturen im Krankenhausbetrieb (bspw. die völlige Freigabe von Besuchszeiten) bietet nicht nur Vorteile. Sie kann im Gegenteil ein Gefühl der Überforderung und Orientierungslosigkeit der Patienten während eines Klinikaufenthalts auslösen. Eine zu starke Regulierung führt hingegen dazu, dass die Patienten ihre Alltagsgewohnheiten über Maßen stark aufgeben müssen, erzeugt so Konfliktherde und begünstigt reaktantes Verhalten. Schließlich kann eine Überbetonung der „Serviceorientierung" des Krankenhauspersonals zu einer Steigerung des erlebten Verlusts an Handlungsspielräumen führen. Wird der Patient hingegen zu stark in die Abläufe einbezogen, fühlt er sich unter Umständen nicht mehr angemessen versorgt. Eine erfolgreiche Strategie kann somit zwar Schwerpunkte legen, sollte jedoch in vermindertem Maße auch andere Erlebensdimensionen berücksichtigen.

Diese Zusammenhänge machen deutlich, dass die Anwendung der Studienergebnisse die Versorgungsqualität von Krankenhäusern steigern hilft, da die Patienten und deren Bedürfnisse konsequent in den Mittelpunkt gestellt werden. <<

Individual Experience of Hospital Stays - Needs and Expectations of Patients

Psychological aspects of hospital stays have a decisive influence on patients' choice of hospital. The qualitative psychological study conducted by psychonomics AG sheds light on this issue from patients' point of view. In the findings of the study, six experiential dimensions form a complex and partly contradictory motive framework. As this motive framework has a holistic character, addressing motives one-sidely can lead to unforeseen side effects. The findings not only hold the key to successful hospital marketing (which is becoming more and more important in times of growing financial challenges and increasing responsibility on the part of patients), but their usage ensures also optimized patient care.

Keywords

Quality of medical care; Hospital experience; Clinical care; Patient focus

Michael Siewert

Senior Project Manager, Healthcare Forschung, psychonomics AG / Jahrgang 1972

Diplom-Geograph. Studium der Wirtschaftsgeographie, BWL und Psychologie in Osnabrück und Porto (Portugal). Zusatzstudium in qualitativer Markt- und Medienpsychologie. Erfahrungen als Junior Consultant bei der I+G Nürnberg (heute GfK Healthcare) sowie als Freiberufler. Seit 2004 bei der psychonomics AG tätig. Als Senior Project Manager Leitung qualitativ-psychologische Studien im Healthcare-Bereich (national und international). Kontakt: michael.siewert@psychonomics.de



Anja Schweitzer

Senior Manager, Head of Healthcare Research, psychonomics AG / Jahrgang 1968

Diplom-Volkswirtin. Studium der Volkswirtschaftslehre an der Universität zu Köln. 1996 Einstieg bei psychonomics. 2001 bis 2004 Leitung des Ressorts Zielgruppenforschung. Seit 2005 Leitung der Healthcare Forschung der psychonomics AG. Seit Mai 2007 Senior Managerin und Leitung der neuen Niederlassung in Berlin. Kontakt: anja.schweitzer@psychonomics.de



Christina Sattel

Junior Project Manager, Healthcare Forschung, psychonomics AG / Jahrgang 1977

Soziologin M.A. Magisterstudium in den Fächern Soziologie, Politik und Volkswirtschaftslehre an der Universität Konstanz. Seit 2006 für die psychonomics AG tätig. Betreuung qualitativ-psychologischer Projekte in der Healthcare Forschung, insbesondere qualitativer Grundlagenstudien. Begleitung nationaler wie auch internationaler Projekte zu verschiedensten Themen des Gesundheitsmarktes.
Kontakt: christina.sattel@psychonomics.de

