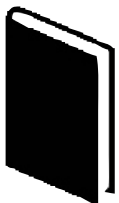


# Patientenintegration in der medizinischen Versorgung

Eine empirische Analyse der Einflussfaktoren

**Corinna Lorenz**

Hrsg. von Martin Bierbaum und Anke Rahmel



Jacobs Verlag

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	9
Tabellenverzeichnis .....	9
Abkürzungsverzeichnis .....	10
Symbolverzeichnis.....	10
 Vorwort.....	 11
 1    Einleitung.....	 13
 2    Grundlagen der Patientenintegration in der medizinischen Versorgung .....	 17
2.1    Einblick in das deutsche Gesundheitswesen.....	17
2.2    Die Besonderheit der medizinischen Versorgung.....	18
2.3    Begriffliche Einordnung der Patientenintegration .....	26
2.4    Systematisierungsformen der Patientenintegration.....	29
2.5    Auswirkungen der Patientenintegration.....	34
 3    Theoretischer Bezugsrahmen und Ausarbeitung des Untersuchungsmodells .....	 45
3.1    Bisherige Forschungsbeiträge zu Einflussfaktoren der Patientenintegration .....	45
3.2    Theoretische Erklärungsbeiträge.....	47
3.3    Einflussfaktoren der Patientenintegration und Entwicklung der Forschungshypothesen .....	48
3.3.1    Kooperationsbereitschaft als arztbezogener Faktor .....	48
3.3.2    Komplexität als therapiebezogener Faktor .....	51

3.3.3	Patientenbezogene Faktoren .....	54
3.3.3.1	Vertrauen gegenüber dem Arzt .....	54
3.3.3.2	Interne Kontrollüberzeugung.....	57
3.3.3.3	Involvement .....	59
3.3.3.4	Unsicherheit.....	61
3.3.3.5	Emotionslage .....	63
3.3.3.6	Unterstützung durch das persönliche Umfeld .....	65
3.3.3.7	Medizinisches Wissen .....	66
3.3.4	Aufwandsbezogene Faktoren .....	68
3.3.4.1	Wahrgenommener Beteiligungsaufwand des Patienten ...	68
3.3.4.2	Stressempfinden des Patienten .....	71
3.4	Auswirkungen der Patientenintegration und resultierende Hypothesen.....	73
3.4.1	Behandlungsqualität.....	73
3.4.2	Patientenzufriedenheit.....	74
3.5	Moderierende Einflüsse auf die Patientenintegration .....	76
3.5.1	Moderierender Einfluss einer chronischen Krankheit .....	76
3.5.2	Moderierender Einfluss der Kontrollvariablen .....	79
3.6	Zusammenfassende Darstellung des Untersuchungsmodells .....	79
4	Empirische Analyse der Einflussfaktoren der Patientenintegration.....	81
4.1	Vorgehen der Untersuchung .....	81
4.2	Operationalisierung der Variablen und Entwicklung der Messmodelle .....	83
4.3	Anpassung der Fragebogenitems mittels eines qualitativen Pretests..	93
4.4	Überprüfung des Untersuchungsmodells im Rahmen der Hauptuntersuchung .....	95
4.4.1	Erhebung der Daten und Struktur der Stichprobe.....	95

4.4.2	Auswahl der Messmodelle und deren Überprüfung .....	99
4.4.2.1	Gütekriterien der ersten Generation .....	99
4.4.2.2	Gütekriterien der zweiten Generation .....	102
4.4.2.3	Überprüfung und Schätzung des Gesamtmodells .....	106
4.4.3	Überprüfung der Hypothesen und Kontrollvariablen .....	109
4.4.3.1	Direkte Effekte .....	109
4.4.3.2	Moderierende Effekte .....	109
5	Diskussion .....	113
5.1	Auslegung und Interpretation der Ergebnisse .....	113
5.2	Implikationen und Handlungsempfehlungen für die Praxis .....	120
5.3	Limitationen der Studie und wünschenswerte Forschungsfelder .....	126
6	Zusammenfassung und Forschungsausblick .....	129
	Anhang.....	131
	Literaturverzeichnis .....	170

## **Vorwort**

Mit dem vorliegenden Buch halten Sie ein Zeugnis dessen in den Händen, was zu leisten unsere Studierenden im Studienbereich Gesundheitsmanagement der Hochschule Aalen imstande sind. Es handelt sich um die Abschlussarbeit unserer Absolventin Frau Corinna Lorenz. Das Buch behandelt ein Thema, das im Gesundheitswesen aktueller denn je ist. Es geht der überaus wichtigen Frage nach, welche Faktoren darüber entscheiden, dass sich Patienten in den Behandlungsprozess integrieren. Während andere Dienstleistungsbranchen längst die Bedeutung der Kundenintegration erkannt haben und für sich nutzen, hat das Gesundheitswesen hier noch Nachholbedarf. Dabei wäre angesichts von Volkskrankheiten mit starker Verhaltenskomponente, wie Typ-2 Diabetes oder Rückenschmerzen, die Integration der betroffenen Patienten besonders wichtig.

Der Inhalt des Buches bietet zunächst einen ausführlichen Überblick über das Themenfeld und die relevante Literatur. Dabei werden die einzelnen Aspekte des Behandlungsprozesses in einem erklärenden Modell verknüpft, insbesondere auch unter Berücksichtigung von Emotionen, Erwartungen und der Unsicherheit der Patienten. Faktoren also, die in der modernen Hochleistungsmedizin gerne vergessen werden. Im Ergebnis werden zwei Dinge deutlich: Für die Integration der Patienten spielt die Rolle des Arztes eine gewichtige Rolle und die vom Patienten wahrgenommene Komplexität sollte reduziert werden.

Fest steht: Patienten wollen sich in den Behandlungsprozess integrieren und ihre Integration ist zur Bewältigung der Herausforderungen im Gesundheitswesen dringend nötig. Damit das gelingen kann, müssen die Prozesse und die Kommunikation in Gesundheitseinrichtungen stärker auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden. Welche Aspekte dabei besonders und welche weniger wichtig sind, verrät Ihnen das Buch.

Martin Bierbaum und Anke Rahmel



# 1 Einleitung

Aktuell sind Kosten, Qualität und damit einhergehend die Effizienz die wichtigsten Themen des deutschen Gesundheitswesens. Zunehmende Unzufriedenheit, wachsender Personalaufwand sowie begrenzte Versicherungsleistungen erschweren den Ablauf medizinischer Prozesse. Um diese Probleme zu lösen, ist es entscheidend, dass die Akteure des Gesundheitswesens bei der zukünftigen Ausgestaltung und der Qualitätsanforderung der Gesundheitsdienstleistungen patientenorientierte Werte und Anstrengungen im Leistungserstellungsprozess mit berücksichtigen.<sup>1</sup> Allerdings weist das Gut Gesundheit sowie dessen Herstellungsprozess besondere Eigenschaften auf, die das optimale Verhalten der beteiligten Individuen und den richtigen Einsatz knapper Ressourcen erschweren.<sup>2</sup> Zudem ist die medizinische Versorgung als kontaktintensive Dienstleistung aufgrund ungleicher Ausgangspositionen von medizinischem Fachpersonal und Patient<sup>3</sup> mit großen Unsicherheiten belastet und dadurch weniger effizient.<sup>4</sup>

Effizienz benötigt einerseits ein bedarfsgerechtes Leistungsangebot, das den Bedürfnissen des Nachfragers gerecht wird und trotzdem den Kosten- und Qualitätsaspekt berücksichtigt. Andererseits ist der Einbezug des Nachfragers ein entscheidender Faktor für eine effiziente Leistungserstellung. Innerhalb des deutschen Gesundheitswesens herrschen jedoch keine optimalen Voraussetzungen für diese effiziente Ausgestaltung, denn die angebotenen Leistungen sind nicht primär an den Patientenbedürfnissen ausgelegt und den Patienten fehlt oftmals die nötige Kompetenz für eine erfolgreiche Beteiligung.<sup>5</sup> Infolgedessen bedingt die erfolgreiche Leistungserstellung der medizinischen Versorgung eine enge Zusammenarbeit zwischen den Teilnehmern der Austauschbeziehung von medizinischem Fachpersonal und dem Patienten.<sup>6</sup> Für eine erfolgreiche Umsetzung sind die Ansätze aus dem Dienstleistungsmarketing eine gute Grundlage, welche in der heutigen Zeit

---

<sup>1</sup> Vgl. *SOFAER/FIRMINGER* (2005), S. 516 und *LEE et al.* (2010), S. 448f.

<sup>2</sup> Vgl. *JURACK et al.* (2012), S. 17 und *BREYER/ZWEIFEL/KIFMANN* (2013), S. 91f.

<sup>3</sup> Der Begriff des medizinischen Fachpersonals umfasst im Kontext dieser Arbeit Ärzte (wobei keine Unterscheidung zwischen Hausarzt, Facharzt, Krankenhausarzt etc. vorgenommen wird), Pflegefachkräfte, medizinische Fachangestellte und Therapeuten. Darüber hinaus wird aus Gründen einer besseren Lesbarkeit auf die durchgehende Nennung beider Geschlechter verzichtet. Dennoch sind trotz der gewählten männlichen Form Frauen und Männer in gleicher Weise gemeint.

<sup>4</sup> Vgl. *MÜLLER* (2007), S. 76.

<sup>5</sup> Vgl. *SEGAL* (1998), S. 37.

<sup>6</sup> Vgl. *ONG et al.* (1995), S. 903.

auch von Einrichtungen des Gesundheitswesens übernommen werden sollten. Neben der erfolgreichen Implementierung der Patientenorientierung nach dem Vorbild der Kundenorientierung stellt die Patientenintegration in Anlehnung an die Kundenintegration einen weiteren Ansatz zur Auslegung auf dem Gesundheitsmarkt dar.<sup>7</sup> Viele Studien haben bewiesen, dass aufgrund der Kundenintegration der Erstellungsprozess von Produkten und Dienstleistungen effizienter gestaltet werden kann, wodurch Kosten eingespart, die Produktivität erhöht und die Qualität verbessert werden kann.<sup>8</sup> Daher wird ebenso in der Patientenintegration eine erfolgreiche Lösungsmöglichkeit für eine effizientere Marktausgestaltung im Bereich der medizinischen Versorgung vermutet. Die Angewiesenheit des Patienten auf einen Arzt für die Durchführung einer fachmännischen Behandlung bleibt hierbei zwar bestehen. Dennoch ist es auch im Bereich der medizinischen Versorgung für den Patienten möglich, Aufgaben zu übernehmen.<sup>9</sup> Der Einbezug des Patienten als Co-Produzent in der Erstellung von Gesundheitsleistungen ist dahingehend wichtig, da der Patient viel Potenzial für eine effiziente Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens liefert, denn er erlebt den vollständigen Verlauf seines Gesundheitsproblems von den ersten Symptomen über die Behandlung durch einen Arzt bis zur möglichen Verbesserung oder vollständigen Genesung und kann somit wichtige Beiträge leisten, die alleine durch den Arzt nicht möglich sind.<sup>10</sup> Allerdings sind bisher kaum Forschungsbeiträge zu finden, die das Thema der Patientenintegration sowie deren Ausgestaltung oder Auswirkungen aufgreifen. Infolgedessen stellen die Identifizierung der Einflussfaktoren des Integrationsverhaltens von Patienten und die Darstellung der zugehörigen Wirkungsbeziehungen einen ersten Ansatz in der wissenschaftlichen Erforschung der Patientenintegration in der medizinischen Versorgung dar und leisten zusätzlich einen Beitrag zur Bestimmung der beteiligungsrelevanten Faktoren bei negativ wahrgenommenen Dienstleistungen.

Ziel dieser Arbeit ist es somit, empirisch zu ermitteln, welche Determinanten dazu beitragen, dass sich ein Patient in seine medizinische Versorgung integriert. Hierzu werden in Kapitel 2 zunächst die grundlegenden Begriffe der medizinischen Versorgung und der Patientenintegration erläutert, um darauf aufbauen Systematisierungsformen sowie Auswirkungen der Patientenintegration abzuleiten. Von hie-

---

<sup>7</sup> Vgl. *MAI/SCHWARZ/HOFFMANN* (2012), S. 6.

<sup>8</sup> Siehe hierzu u. a. *MUSTAK/JAAKKOLA/HALINEN* (2013) und *BENDAPUDI/LEONE* (2003).

<sup>9</sup> Vgl. *RIEDER/GIESING* (2011), S. 19.

<sup>10</sup> Vgl. *ELG et al.* (2012), S. 329.

raus werden in Kapitel 3 auf Basis theoretischer Überlegungen Forschungshypothesen aufgestellt, die anschließend in einem Untersuchungsmodell zusammengefasst werden. Dieses Untersuchungsmodell wird in Kapitel 4 mittels eigens erhobener Daten durch einen Online-Fragebogen mithilfe der Strukturgleichungsmodellierung empirisch überprüft. Die erlangten Ergebnisse werden in Kapitel 5 interpretiert und diskutiert, um daraus mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis der medizinischen Versorgung abzuleiten. Im Anschluss daran werden die Limitationen der Studie sowie weiterer Forschungsbedarf aufgezeigt. Kapitel 6 bildet das Fazit als Zusammenfassung der erlangten Ergebnisse dieser Studie.

## 2 Grundlagen der Patientenintegration in der medizinischen Versorgung

### 2.1 Einblick in das deutsche Gesundheitswesen

Die Struktur des deutschen Gesundheitssystems ist durch einen komplexen Aufbau gekennzeichnet. Grund dafür ist zum einen die vorherrschende Spaltung der Gesundheitsversorgung in getrennte Arbeitssektoren der ambulanten und stationären Versorgung. Zum anderen wird das Geschehen im Gesundheitsmarkt insbesondere durch die Interessen und Entscheidungen der drei unterschiedlichen Hauptakteure (Medizinisches Fachpersonal als Leistungserbringer, Patient/Versicherte als Leistungsnutzer, Krankenkassen als Kostenträger) beeinflusst.<sup>11</sup> Darüber hinaus sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Entscheidungsträger, wie bspw. die Legislative der Bundesrepublik Deutschland und zahlreiche Ministerien, in das öffentliche Gesundheitswesen involviert, die das Handlungsgerüst der deutschen Gesundheitsversorgung bestimmen.<sup>12</sup> Dieser vielschichtige Aufbau des Gesundheitsmarktes lässt sich in drei Ebenen unterteilen: Die Makroebene, auf der die Bundesregierung Entscheidungen im nationalen Bereich bestimmt, die Mesoebene, auf welcher handelnde Institutionen, wie z. B. die Landesministerien für Gesundheit, auf regionaler und verbandlicher Ebene Rahmenvorgaben setzen und die Mikroebene, die den primären Prozess der Gesundheitsversorgung darstellt und das direkte Handeln und Zusammenwirken der einzelnen Hauptakteure des Gesundheitssystems abbildet.<sup>13</sup> Zwar nimmt das gesamte Gefüge entscheidenden Einfluss auf das integrative Verhalten des Patienten in seiner Gesundheitsversorgung. Jedoch stellt eine Patientenintegration immer eine Entscheidung auf Individualebene dar, weshalb der Kernpunkt der vorliegenden Arbeit in der medizinischen Versorgung liegt und sich somit auf den Bereich der Mikroebene im direkten Arzt-Patienten-Kontakt konzentriert.

Infolge der zunehmenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit erhöhter Anspruchshaltung vonseiten der Patienten ist das deutsche Gesundheitswesen in der heutigen Zeit mehr denn je von steigenden Kosten betroffen.<sup>14</sup> Demnach

---

<sup>11</sup> Vgl. FRANZ (2006), S. 7.

<sup>12</sup> Vgl. BODNER (2013), S. 28ff.

<sup>13</sup> Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2013), S. 143ff. und ROSENBROCK/GERLINGER (2006), S. 13ff.

<sup>14</sup> Vgl. PORTER/GUTH (2012), S. 8.

waren im Jahr 2014 19,1 Millionen stationäre und im Jahr 2013 693 Millionen ambulante Behandlungsfälle zu verzeichnen, was einem Anstieg um circa 13 % im stationären und circa 30 % im ambulanten Bereich in den letzten 10 Jahren entspricht.<sup>15</sup> Laut dem statistischen Bundesamt lagen die Gesundheitsausgaben pro Einwohner im Jahr 2013 bei knapp 3910 Euro mit steigender Tendenz. Diese Entwicklung lässt vermuten, dass der Trend zur Selbstmedikation und der eigenen Verantwortungsübernahme im Krankheitsfall in den letzten Jahren zurückgegangen ist und wieder vermehrt der Rat des Hausarztes aufgesucht wird.<sup>16</sup> Allerdings ist es insbesondere aus ethischer, aber auch aus rechtlicher Sicht nicht annehmbar, die medizinische Versorgung der Patienten einzuschränken oder gar Leistungen zu unterbinden, um Kosten einzusparen, solange eine Notwendigkeit vorliegt, die dem Ziel der Gesundheitswiederherstellung dient.<sup>17</sup> Infolgedessen sind andere Ansätze nötig, die aufkommenden Probleme des deutschen Gesundheitswesens einzudämmen, wobei die Patientenintegration einen entscheidenden Beitrag leisten kann.

Nachdem nun ein kurzer Überblick über die Struktur und die Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens gegeben wurde, sollen im nächsten Abschnitt die Besonderheiten der medizinischen Versorgung als Hauptbestandteil des deutschen Gesundheitswesens herausgearbeitet werden.

## **2.2 Die Besonderheit der medizinischen Versorgung**

Nach § 630b des Bürgerlichen Gesetzbuchs liegt bei jedem Behandlungsverhältnis zwischen einem Arzt und einem Patienten ein Dienstverhältnis nach dem Dienstvertragsrecht vor.<sup>18</sup> Diese Regelung verdeutlicht, dass der Arzt-Patienten-Kontakt, der ursprünglich als medizinische Sitzung bezeichnet wurde, nun vermehrt unter den Bereich der Dienstleistungssitzung fällt, wodurch die Auslegungen des Dienstleistungsmanagements auch im Bereich der medizinischen Versorgung verstärkt Anwendung finden.<sup>19</sup> Somit stellt jede ärztliche Behandlung innerhalb einer medizinischen Versorgung eine Dienstleistung dar.<sup>20</sup> Demzufolge wird die medizini-

---

<sup>15</sup> Vgl. *STATISTISCHES BUNDESAMT* (2015b), S. 1 und *BARMER GEK* (2015).

<sup>16</sup> Vgl. *STATISTISCHES BUNDESAMT* (2015a), S. 1.

<sup>17</sup> Vgl. *NEUGEBAUER* (1996), S. 97f. und *DEUTSCH/SPICKHOFF* (2006), S. 973.

<sup>18</sup> Vgl. § 630b BGB, vom 02. Januar 2002.

<sup>19</sup> Vgl. *NORDGREN* (2008), S. 511.

<sup>20</sup> Vgl. *BORNEWASSER* (2014), S. 3.

sche Versorgung zunächst anhand des Dienstleistungsbegriffes definiert und mithilfe der Merkmale von Dienstleistungen charakterisiert, um davon ableitend eine Arbeitsdefinition der medizinischen Versorgung zu erlangen. Zudem werden die Besonderheiten der medizinischen Versorgung aufgezeigt, die sie von Gütern und Dienstleistungen aus dem Konsumbereich abgrenzen.

Nach *Meffert et al.* (2015) gelten Dienstleistungen als „Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten (z. B. Fachwissen des Arztes) verbunden sind. Interne (z. B. medizinische Geräte) und externe Faktoren (z. B. Körper des Patienten) werden im Rahmen des Erstellungsprozesses kombiniert [...] mit dem Ziel, an den externen Faktoren nutzenstiftende Wirkung (z. B. Heilung einer Krankheit) zu erzielen“ ohne dabei direkte Besitz- oder Eigentumsveränderung herbeizuführen.<sup>21</sup> Hieraus ergibt sich als Arbeitsdefinition der medizinischen Versorgung zunächst:

„Die medizinische Versorgung beschreibt Leistungen, die medizinisches Fachpersonal unter Anwendung ihrer fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten in Verbindung mit den notwendigen medizinischen Geräten direkt am Patienten durchführen, um seine gesundheitlichen Beschwerden zu lindern.“

Für den Kontext dieser Arbeit wird der Bereich der medizinischen Versorgung allerdings ausgeweitet, indem sämtliche Aspekte, die in direktem und indirektem Zusammenhang mit der Behandlung eines Patienten durch medizinisches Fachpersonal stehen, darunter zusammengefasst werden. Hierzu gehören neben Eigenleistungen des Patienten<sup>22</sup>, wie z. B. die Informationsbeschaffung vor einer Behandlung oder die Medikamenteneinnahme nach einer Behandlung, Leistungen durch medizinisches Fachpersonal im Bereich der Palliation (Linderung) und der Kuration (Heilung) von Krankheiten sowie der Rehabilitation (Wiederherstellung) der Gesundheit.<sup>23</sup>

Neben der Definition finden auch die für Dienstleistungen entscheidenden, konstitutiven Merkmale auf Gesundheitsleistungen Anwendung, wobei in der Literatur

---

<sup>21</sup> Vgl. *MEFFERT/BRUHN* (2015), S. 14.

<sup>22</sup> Da sich die vorliegende Arbeit, wie oben bereits erwähnt, auf die individuelle medizinische Versorgung zur Linderung von gesundheitlichen Beschwerden im direkten Arzt-Patienten-Kontakt bezieht, werden die Bereiche der Gesundheitsprävention und -förderung sowie gesellschaftliche Aspekte im Umgang mit Gesundheit und Krankheit ausgespart.

<sup>23</sup> Vgl. *DIERKS/SCHWARTZ* (2001), S. 796.