

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„... und wieder heißt es warten.

Der Nächste bitte! – Ambulanzbesuche aus der Perspektive der
Patienten/innen.“

Verfasserin

Carmen Trost, BA

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: 066/905

Studienrichtung lt. Studienblatt: Soziologie

Betreuer: ao. Univ. Prof. Dr. Franz Kolland

Danksagung

Diese Arbeit hat sich entwickelt, es kam zu einem Abschluss, nun ist es Zeit loszulassen und sich für den Weg zu bedanken.

Mein größter Dank gebührt Prof. Frischenschlager für seine innovativen Anmerkungen, seine wissenschaftliche Kompetenz und vor allem dafür, dass er mich zum Denken und Hinterfragen inspiriert hat.

Prof. Kolland möchte ich für die unkomplizierte Betreuungsart danken, sodass diese Masterarbeit entstehen konnte.

All meine lieben Interviewpartner und Partnerinnen gebührt ein spezieller Dank. Leider ist eine Person während der Fertigstellung dieser Arbeit verstorben, meine Anteilnahme gilt der Familie.

Nun komme ich zu meiner Familie: diese hat mich in Vielerlei Hinsicht unterstützt. Mein Partner hat sich um die Organisation der Familie gekümmert, die großen und kleinen Dinge des Lebens geplant. Lieber Markus, liebe Emely: vielen Dank für Euer Verständnis und Eure Hilfe.

Meine Schwester Cornelia Trost hatte immer ein offenes Ohr für mich, plauderte mit mir über meine Erkenntnisse, stellte mir sehr kritische Fragen, auch hierfür Danke, liebe Conny.

Eine weitere wichtige Rolle spielten meine (ehemaligen) Studienkolleginnen Karin Neumaerker und Bianca Freudelsperger. In diesem Umfeld stellt man sich die Fragen, ohne die eine Masterarbeit nie entstehen würde. Es wird reflektiert, diskutiert und schließlich und endlich Druck gemacht, um die Arbeit zu Ende zu bringen. Auch hierfür Vielen Dank.

Im Speziellen möchte ich noch meiner Freundin Sonja Walzer danken, die mich durch Ihre Anregungen und Fragen vorangetrieben hat.

Auch all jenen, die hier nicht namentlich genannt wurden und zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen haben, gilt mein herzlichster Dank.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1. Die Ambulanz – räumliche Beschreibung	9
2. Kommunikation und Organisation.....	11
2.1. Die moderne funktionale Systemtheorie im Gesundheitswesen	11
2.2. Das Krankenhaus als Organisation.....	14
2.3. Eigenschaften einer Organisation aus systemtheoretischer Sicht.....	15
2.4. Bedeutung der Mitglieder einer Organisation	16
2.5. Funktionale Ausdifferenzierung	17
2.5.1. Code krank/gesund	17
2.6. Kommunikationsprozess	19
2.6.1. Die Arzt / Ärztin – Patient / Patientin Interaktion.....	21
2.6.2. Arzt / Ärztin – Patient / Patientin – Beziehung.....	23
3. Informiertheit der Patientinnen und Patienten	26
3.1. Wandel der Patienten/innenrolle	26
3.2. Aufklärung – informed consent form (ICF)	26
3.3. Empowerment.....	27
3.4. Informationsmodelle.....	28
3.5. Informationsbedürfnisse	28
3.6. Konflikte in der Arzt / Ärztin – Patient / Patientin - Interaktion	30
3.6.1. Rahmenbedingungen der Kommunikation innerhalb der Ambulanz.....	31
3.6.2. Sprachcodes.....	33
3.7. Verbesserung der Arzt / Ärztin – Patienten / Patientin – Kommunikation	33
4. Forschungsfragen, -design, Methode und Interpretation	35
4.1. Forschungsfragen.....	36

4.2.	Forschungsfeld und Forschungszugang.....	37
4.2.1.	Selbsthilfegruppen und Vereine in Österreich	39
4.3.	Stichprobenzusammensetzung.....	40
4.4.	Qualitative Leitfadeninterviews	41
4.5.	Qualitative Inhaltsanalyse und Datenaufbereitung nach Mayring	45
4.6.	Datenaufbereitung und Interpretation.....	46
4.7.	Ergebnisdarstellung	50
4.7.1.	Krankheit	51
4.7.2.	Gefühle	53
4.7.3.	Artefakte.....	55
4.7.4.	Organisation	57
4.7.5.	Netzwerke.....	65
4.7.6.	Kausale Motivation	68
4.8.	Zusammenführung der Ergebnisse	75
5.	Schlussfolgerung und Diskussion	77
6.	Literaturliste	80
6.1.	Buchquellen	80
6.2.	Internetquellen	83
6.3.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	84
7.	Anhang.....	86
7.1.	Interviewleitfaden	86
7.2.	Kurzfassung	89
7.3.	Abstract.....	90
7.4.	Curriculum Vitae	91

1. Einleitung

Systemtheoretisch ist die Ambulanz ein soziales System, welche sich – wie jedes andere soziale System - durch Kommunikation aufrechterhält. Dies geschieht einerseits in Richtung Patientenschaft andererseits zum Krankenhaus als Gesamtsystem. Durch den zeitlich begrenzten Aufenthalt des Patienten oder der Patientin in der Ambulanz erscheint die Geschwindigkeit der Kommunikation schnell, undurchsichtig, distanziert und eventuell auch unverständlich. Hinzu kommen lange Wartezeiten und für Außenstehende nicht transparente Abläufe, welche die Ambulanz in ein ungünstiges Licht rücken. Es gibt alternative Einrichtungen, welche von der Patientenschaft aufgesucht werden könnten, jedoch werden Ambulanzen – trotz der genannten Bedingungen – von Kranken ständig aufgesucht. Das Thema dieser Masterarbeit ist die Frage nach dem Verständnis der Patienten/innen, warum sie eine Ambulanz wiederholt aufsuchen, dies reproduziert die Beständigkeit und Rechtfertigung der Ambulanz. Ich werde anhand der Literatur aufzeigen, dass die Ambulanz – trotz der ungünstigen Bedingungen – funktioniert und bestehen kann. Mit der Sinnfrage, also der spezifischen Fragestellung soll das Verständnis erklärbar gemacht werden.

Meine Erkenntnis ist in dem Kontext des Gesundheitssystems eingebunden, meine berufliche Tätigkeit erstreckt sich von diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegeperson bis nun zu Study Nurse. Das Studium der Soziologie in der Spezialisierung Gesundheit und Organisation verlangte, dass ich meinen Blickwinkel auf ein abstrakteres Level führen musste. Die tägliche Begegnung mit wartenden Patienten/innen löste die Fragestellung aus, was Patienten/innen dazu bewegt die Ambulanz immer wieder aufzusuchen. Es interessiert mich, was das dazugehörige Verständnis ist.

Des Weiteren ist zwischen stationärer Visite und Ambulanzbesuch zu differenzieren. Eine (oft mehrmals) täglich stattfindende stationäre Visite richtet sich nur implizit an den / die Patient/in. Während der Visite spricht der Arzt oder die Ärztin etwa die Hälfte der Zeit mit dem Pflegepersonal bzw. mit anderen Ärzten und Ärztinnen. Der / die Patient/in äußert maximal drei Fragen. Daher erfährt der oder die Betroffene als Dritter etwas über die eigene Krankheit. Ungefähr ein Drittel des Gespräches beinhaltet Informationen über die Erkrankung

und wird mit dem / der Beteiligten während der Visite ausgetauscht wird. Durchschnittlich dauert die Visite pro Patient/in drei bis vier Minuten (Siegrist 2005: 256).

Vergleicht man die stationäre Visite und das Gespräch in der Ambulanz, so fällt zumindest ein Unterschied auf: die Wahlfreiheit. In der ambulanten Versorgung kann der / die Patient/in einen Arztwechsel in Erwägung ziehen (Siegrist 2005: 251).

Es werden Alternativen wie Gesundheitszentren, niedergelassene Fachärzte / Fachärztinnen usw. zu Ambulanzen angeboten. So komme ich zu meiner Forschungsfrage:

Hauptfragestellung

Durch welche Bedingungen besteht das Krankenhausteilsystem: Ambulanz?

Durch die Geschlossenheit und Reproduzierbarkeit sozialer Systeme ist der Mensch als Umwelt eines kommunikativen Systems anzusehen. Dieser Bezug zur Umwelt, und der darin enthaltene Wahrheitscharakter, kann nur auf der Ebene der Kommunikation erfolgen, daraus erfolgen die Sinn Grenzen (Pelikan 1999: S 39).

Wie bereits weiter oben erwähnt, werde ich anhand der Literaturarbeit die Hauptfragestellung festigen um die nachfolgende Fragestellung einzuleiten.

Anhand dieser Sinnfindung entwickelt sich die Unterfrage nach den Entscheidungsgründen:

Spezifische Fragestellung

Was bewegt Patienten/innen in die Ambulanz zu gehen?
--

Handlungen können nur beobachtet werden und setzen sich aus a) der Information, b) der Mitteilung und c) dem Verstehen zusammen.

Zu a): Patient/innen entscheiden sich in die Ambulanz zu gehen, b) sie werden aktiv und c) sie akzeptieren oder sie akzeptieren nicht.

Im ersten Kapitel erfolgt eine räumliche Beschreibung von Spitalsambulanzen im Allgemeinen, die anhand von Beobachtungen meinerseits erstellt wurden. Ich besuchte verschiedene Krankenhäuser und hielt mich einige Zeit in den Wartebereichen der Ambulanzen auf. Beziehungsweise erinnerte ich mich an frühere Aufenthalte als Begleitperson oder Patientin.

Das Krankenhaus als Organisation wird im zweiten Kapitel behandelt. Ich werde mich auf die Systemtheorie Luhmanns stützen und die Kommunikation als Operationsgrundlage sozialer Systeme zur Beschreibung heranziehen. Außerdem wird die moderne funktionale Systemtheorie behandelt, welche Eigenschaften eine Organisation aus einem systemtheoretischen Blickwinkel hat und welche Bedeutungen dies für die Mitglieder einer Organisation hat. Das Gesundheitswesen wird kommuniziert, wie jedes andere System, über einen binären Code. Das Kapitel „Code krank / gesund“ setzt sich mit dieser binären Codierung auseinander. Das zweite Kapitel befasst sich mit der Hauptfragestellung dieser Masterarbeit und beinhaltet hauptsächlich die Entstehung und die Frage nach der Kommunikation selbst. Das ärztliche Gespräch ist ein zentrales Element bei der Untersuchung des / der Patient/in. Jedoch zeigen sich durch das Ausbildungscurriculum der Mediziner/innen und durch die bestehende Arbeitsorganisation im Krankenhaus Defizite im Bereich der Soft Skills (Siegrist 2005: 250). Da man eben nicht - nicht kommunizieren kann, wie schon Paul Watzlawick beschrieb, entsteht ein Machtgefälle in dieser Interaktion (Paul Watzlawick www.paulwatzlawick.de/index.html).

Am Ende dieses Kapitels wird die Problematik der Hauptfragestellung anhand der Literatur erklärt und das Bestehen begründet. Aus der Literatur wurden Kategorien extrahiert, welche sich in der Leitfadententwicklung wiederfinden. Die Kategorien sollen durch die empirische Erhebung bestätigt werden und so die Theorie sättigen.

Das Ende des zweiten Kapitels leitet mit der Sinnfrage dieser Arbeit das dritte Kapitel ein. In diesem Kapitel werden die Faktoren behandelt, die Einfluss auf die Wahrnehmung haben. Der Patient und die Patientin bekommt mehrere Inputs, welche die Wahrnehmung – und somit das psychische System - beeinflussen. Kapitel drei befasst sich mit diesen Einwirkungen von außen, diese Wahrnehmung gilt es mit der Erhebung zu erfassen und dieses Erkenntnis in die Theorie einfließen zu lassen.

Als weiteres Element behandelt das dritte Kapitel die Informiertheit der Patientenschaft. Dieses beinhaltet den Wandel der Patient/innenrolle wie die Aufklärung - im speziellen die informed consent form (ICF). Das Empowerment – die Selbstbestimmung der Patienten und Patientinnen – gewinnt durch den Wandel der Patient/innenrolle an Bedeutung. Danach werden die Informationsmodelle (Paternalistisches Modell, Informationsmodell und Partizipative Entscheidungsfindung) erklärt. Des Weiteren werden die

Informationsbedürfnisse der Patientenschaft formuliert und die unterschiedlichen Konfliktformen. Des Weiteren behandle ich die Rahmenbedingungen der Kommunikation. Das Kapitel endet mit den Sprachcodes nach Basil Bernstein. Abschließend gebe ich einen Überblick über die schwierige Gesprächssituation innerhalb der Arzt / Ärztin-Patient/in-Interaktion.

Das vierte Kapitel behandelt den empirischen Teil meiner Masterarbeit. Hier präzisiere ich die Forschungsfragen, das Design meiner Forschungsarbeit sowie die Auswahl der passenden Methode zur Überprüfung meines Forschungsinteresses.

Im 5. Kapitel - Schlussfolgerung und Diskussion - erhalten die Leser und Leserinnen das Conclusio zu meiner Masterarbeit sowie Anregungen für weitere Studien in diesem Themenbereich. Auch gebe ich einen Bezug zu aktuellen Berichterstattung im Gesundheitssektor.

Zusammengefasst behandelt Kapitel eins dieser Arbeit die Herleitung der Hauptfragestellung, das zweite Kapitel befasst sich hingegen mit der Ausformulierung möglicher Wahrnehmungen und Einflüsse auf den kranken Menschen. Das vierte Kapitel ist die rein empirische Arbeit und abschließend wird ein Resümee - über die Leistungen dieser Arbeit - geführt.

1.1. Die Ambulanz – räumliche Beschreibung

Die Ambulanz gilt als eine Funktionseinheit des Krankenhauses. Die Ambulanz ist Anlaufstelle für Menschen mit akuten oder chronischen Erkrankungen oder Patienten/innen die sich bereits im Krankenhaus befinden. Die erste, grobe Unterteilung erfolgt nach den Disziplinen, beispielsweise gynäkologische Ambulanz, orthopädische Ambulanz. Innerhalb der Disziplinen wird noch in Spezialambulanzen unterteilt, wie die Brustambulanz oder die Rheumaambulanz, um die Unterteilung in den zuvor erwähnten Disziplinen vorzunehmen.

Auf der Homepage des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) gibt es eine kurze Beschreibung bzgl. Spitalsambulanzen. Darin heißt es, dass man sich bzgl. der Öffnungszeiten erkundigen und allfällige vorhandenen Befunde mitbringen soll. Ebenso, dass die Überweisung von einem/einer niedergelassenen Arzt / Ärztin erfolgen solle (wienkav.at).

Um mir einen Überblick über die Räumlichkeiten der Wiener Spitalsambulanzen zu verschaffen, besuchte ich einige und schaute mich um.

Die räumliche Beschreibung fällt für jede Ambulanz im Warteraum sehr ähnlich aus. Im Allgemeinen meldet sich der / die Patient/in an einem Schalter an, zeigt die e-Card, Überweisung (falls vorhanden) und die mitgebrachten Befunde vor. Häufig entsteht hier bereits die erste Wartezeit, da sich erfahrungsgemäß viele Menschen gleich zu Beginn der Öffnungszeiten anmelden. Dem oder der nun Wartenden wird ein Platz beziehungsweise eine Wartezone zugewiesen. Im besten Fall gibt es im Wartebereich einen Fernseher oder ein elektronisches Aufrufsystem, an dem sich erkennen lässt, wann man an der Reihe ist. Es gibt aber auch die Methode des namentlichen Aufrufs durch das Krankenpflegepersonal oder anderem Personal der Ambulanz.

Wie schon erwähnt gibt es innerhalb der Ambulanz einen eigenen Bereich für das Warten. Dieses Areal ist meist in Blickrichtung der Kabinen gerichtet, sodass verfolgt werden kann, dass eine Bewegung stattfindet. Sitzplätze werden ebenfalls angeboten, welche aber ziemlich schnell besetzt sind. In vielen Wartebereichen hängen zur Verschönerung Bilder an der Wand (besonders in Kinderwartebereichen). Ebenso schmücken Pflanzen den Raum.

Zeitschriften gibt es in Spitalsambulanzen eher selten sollte es welche geben, sind diese alt und machen den Eindruck, dass sie vergessen wurden, wie zum Beispiel die angebotenen, kostenlosen Tageszeitungen.

In manchen (größeren) Spitalsambulanzen gibt es einen fahrenden Kiosk, welcher heiße und kalte Getränke, Snacks und so weiter verkauft.

Da in dieser Arbeit die Befragung mit chronisch Kranken erfolgt, soll die weitere Beschreibung auf Spezialambulanzen – unterteilt in Fachgebiete und spezialisiert auf Krankheiten - beschränkt werden. Die Interviews finden mit chronisch Erkrankten statt, da sie Erfahrung mit Spezialambulanzen haben, beziehungsweise schon mehrere Ambulanzen oder Mediziner/innen aufgesucht haben. Auch ist anzunehmen, dass sich Menschen mit chronischen Krankheiten bereits mit ihrer eigenen Erkrankung, Behandlung und Therapiemöglichkeiten auseinander gesetzt haben, im Gegensatz zu Personen mit akuten Beschwerden.

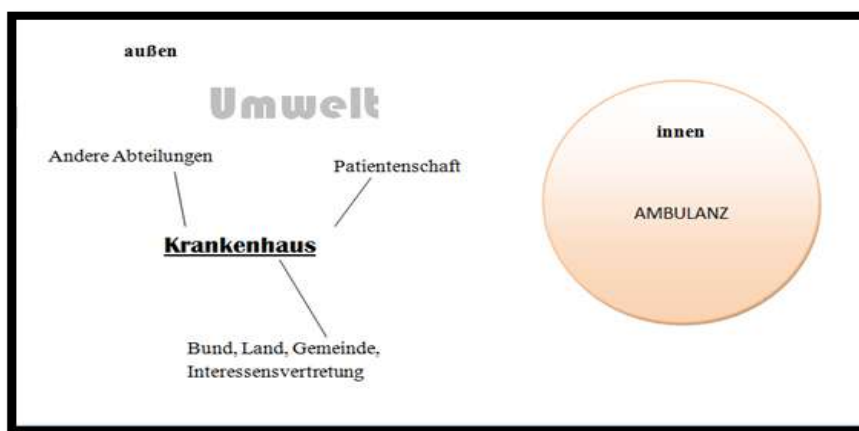
Spezialisierte Ambulanzen haben Anmeldezeiten und Öffnungszeiten, gegensätzlich zu Notfallambulanzen – diese sind 24 h durchgehend besetzt. Ansonsten gibt es keinen auffallenden Unterschied für Außenstehende.

In der regen Bewegung kommt das Kommen und Gehen verschiedener Rettungsdiensten. Diese bringen oder holen Patient/innen mit Tragesesseln oder Liegewagen. Immer wieder bewegen sich Personen des Krankenhauses schnellen Schrittes vorbei. Diese sehen weder nach links, noch nach rechts.

2. Kommunikation und Organisation

Wie komplex Organisationen aufgebaut sind und wie wenig wir darüber wissen, schreibt Simon in seiner „Einführung in die systemische Organisationstheorie“ gleich zu Beginn: „*Es ist heute fast unmöglich zu überleben, ohne mit Organisationen in Berührung zu kommen* [...] (zit. nach: Simon 2013: 7). Sei es bei der Geburt im Krankenhaus bis hin zum Beerdigungsinstitut. Dazwischen befinden wir uns in der Schule, danach arbeiten wir in Betrieben. Wir leben im Rahmen der herrschenden Gesetze und dem Einfluss der gewählten Politik. Jede Institution bzw. Organisation existiert unabhängig von den in ihr tätigen Individuen, durch geführte Kommunikation. In der Systemtheorie nach Luhmann ist Kommunikation das Medium, welches die Funktion sozialer Systeme aufrecht hält (Simon 2013: 7 ff.). Um nun auf mein Thema der Kommunikationsform in der Ambulanz zu gelangen, muss ich deren Umwelt skizzieren.

In den folgenden Kapiteln werde ich die Ambulanz in ihrer Funktion als soziales System darstellen. Abb.1: Kommunikation – autopoietisch:



2.1. Die moderne funktionale Systemtheorie im Gesundheitswesen

Die Ambulanz ist als Teilsystem im sozialen System des Gesundheitswesens eingebettet. In der modernen funktionalistischen Systemtheorie nach Luhmann zeigt das Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Systemen einige Besonderheiten. „*Der Körper des Menschen – Umwelt jeden sozialen Systems – verfügt über eine eigene ‚natürliche‘ Gesetzmäßigkeit und produziert im Vergleich zu sozialen Systemen, die Kommunikation zu ihrem Inhalt haben, Invarianzen.*“ (zit. nach Bauch 1996: 58). Jedes andere System, sei es das politische oder die Wirtschaft, hat die Kommunikation zum Medium und den Körper als Grenze zur sozialen

Umwelt. Ein profundes Merkmal für die moderne funktionalistische Systemtheorie ist die Entkopplung vom psychischen und sozialen System. Die nun im Zitat erwähnten - produzierten Invarianzen sind Teil der – im Gesundheitswesen geführten - Kommunikation.

„Die Invarianzen des Gesundheitssystems ergeben sich somit durch des systematischen Bezug auf einen außergesellschaftlichen Gegenstandsbereich – die körperlich-leibliche Existenz des Menschen -, die bedingt durch die Entwicklung der Medizin zur Naturwissenschaft als ‚naturhaft‘ aufgefaßt wird.“ (zitat. nach Bauch 1996: 58)

Die Systemtheorie von Luhmann wird aber aus einem nicht naturhaften-körperbezogenen Blickwinkel betrachtet. Dies ist jedoch in der Medizin der Kernpunkt, der menschliche Körper – die Krankheit – als naturwissenschaftlich zu betrachten. Zu der naturwissenschaftlichen Betrachtung der anatomischen Vorgänge, stellt sich die Umwelt und Psyche des Menschen, zu einer ganzheitlichen Medizin hinzu. Dadurch wird der Körper von einer äußerlichen zu einer innerlichen Umwelt umgekehrt. (Bauch 1996: 54 ff). Die Kommunikation wird mit den physiologischen Vorgängen vereint. Für das System im Gesundheitswesen entsteht hier die erste Besonderheit: die nicht vollständige Entkörperlichung des psychischen Systems zum sozialen System im Gesundheitswesen.

Um Akteure/innen mit Aktionen zu verkoppeln wird Kommunikation benötigt, dazu werden Medien verwendet. In sozialen Systemen geschieht dies über die Sprache. Die Sprache hat ihre Eigenheiten, durch unterschiedliche Begrifflichkeiten und unterschiedliche Logik kann eine differierende Auffassung bezüglich des Sprachinhaltes entstehen (Simon 2013: 82 f).

Körpersprache würde in diesem Sinne als loses Substrat der Übermittlung dienen, muss aber an ein physisches System gekoppelt sein. Der Leib alleine kann nicht mit der Umwelt kommunizieren, ist jedoch Voraussetzung für den Aufbau von sozialen Systemen. Der Inhalt der Kommunikation kann über den Körper stattfinden, er selbst kann nicht kommunizieren, es ist eine gesellschaftliche Kommunikation über den Körper. Das Geschehen innerhalb der Grenzen¹ eines psychischen Systems zu erfahren, vermag es nur durch Beobachtung und Beschreibung. Es spielt daher auch keine Rolle, ob der Körper dabei Fixpunkt der funktionalen Differenzierung autonomer Sozialsysteme ist oder nicht. Aufgrund dieser

¹ In diesem Falle dient der Leib als Begrenzung zur Umwelt, jedoch werden Grenzen in der Systemtheorie bei psychischen und sozialen Systemen durch Operationen definiert.

abhängigen Entwicklung des natürlichen Somas, der Psyche und des sozialen Systems formt(e) sich durch Interpenetration und Eigenkomplexität folgende Situation: Wenn das System beziehungsweise die Gesellschaft die Menschen krank macht, dann müssen umgekehrter Weise die Menschen mit Erkrankungen das System, beziehungsweise die Gesellschaft krank machen. Das bedeutet, dass Kommunikation Spuren in der Gesundheit hinterlässt, auch wenn das Medium – die Kommunikation – nicht selbst inkorporiert im Körper sein kann. Der Ausspruch: „Worte tun weh!“ kann mittels der Systemtheorie bestätigt werden. Bauch schreibt, dass sich die Kommunikationsinhalte in Form einer zweiten Natur im Körper anreichern oder ablagern. Das würde bedeuten, dass der Körper seine Grenze durch die Kommunikation aufgibt und sich die soziale Außenwelt zu einer sozialen Innenwelt wendet, ohne total in Kommunikation aufgehen zu können. Als Beispiel dieser Auswirkung wird die Stresstheorie² genannt; gleiches gilt für die Entwicklung von chronischen Erkrankungen, psychosomatischen Krankheiten und für das Burn-out-Syndrom, welches mit einer stetigen Überlastung der Anforderungen an ein Individuum entsteht. Durch diese Erkenntnis, dass Gesellschaft Krankheit mit verursacht, erfolgt eine körperfixierte Gesellschaftsorientierung des Gesundheitswesens, unter Berücksichtigung, dass die Körternatur human beeinflussbar sei (Bauch 1996: 60 ff).

Es ist somit von erheblicher Bedeutung, wie etwas kommuniziert wird. Die Art und Weise fließt in die Orientierung des Gesundheitssystems ein und die gesellschaftlich entstehenden Krankheiten spiegeln die körperliche Fixierung (Bauch 1996: 60 ff).

Der paradigmatische Begriffswechsel von der defizitären körperlichen-organischen zur psycho-sozialen Krankheit ist in dem Sinne problematisch, dass die Experten und Expertinnen des Gesundheitssystems nicht mehr ausschließlich durch die Medizin gestellt werden können. Durch das Agieren der Prävention in Bereichen außerhalb der naturwissenschaftlichen Tätigkeit der Medizin ergibt sich eine divergente Situation für die Ärzteschaft (ebda: 67).

Das Einbeziehen der individuellen Lebensführung in die Anamnese und Berücksichtigung in der Diagnosestellung, zwingt die Ärzteschaft zur Beschäftigung mit sozialen Tatbeständen. Durch dieses Voranschreiten der Medikalisierung der Gesellschaft gewinnen Professionisten aus angrenzenden Disziplinen an Bedeutung. Durch Prävention und Gesundheitsförderung werden Krankheiten soweit abgedeckt, dass sie keine oder abgeschwächte organische

² Hans Selye (1907 – 1982) gilt als der Begründer der Stresstheorie.

Auswirkungen haben werden. Dies bedeutet zukünftig, dass für die Ärzteschaft zwei Verfahrensweisen entstehen werden (würden). In ersterem Szenario müssen sie versuchen ihre vorhandenen psycho- und sozialtherapeutischen Kenntnisse zu erweitern – Spezialisierung in Präventivmedizin, wodurch die körperbezogene, medikamentöse und operative Therapie in den Hintergrund tritt. Die andere Möglichkeit wäre, dass sie sich auf die körperliche, technische Ebene spezialisieren und somit das soziale Vorfeld komplett an andere Spezialisten der Gesundheitswissenschaften abgeben. Das würde bedeuten, dass die medizinische Ebene in Erscheinung tritt, wenn präventive Maßnahmen versagt haben und eine körperliche Manifestation stattgefunden hat (ebda: 67).

Durch diese Fixierung auf die naturwissenschaftliche Seite wird ein Wandel der Arztrolle /Ärztinnenrolle eingeleitet, was zur Folge hat, dass der Anspruch auf Ganzheitlichkeit verloren geht. Der Verlust der Sicht des Menschen als ein Ganzes führt wiederum zur Entprofessionalisierung des Berufsbildes der Ärzteschaft. Der Arzt / die Ärztin wird zu einer Art Techniker des Körpers - von der Berufung zum Beruf. Um diesem Trend entgegen zu wirken, wird im Bereich der sozialen Medizin der naturwissenschaftliche Bezug hoch gehalten. Als Beispiel gilt hier das Risiko-Faktoren-Modell: die Früherkennung oder Sekundär – Prävention (ebda: 68).

Durch diese weitreichenden Veränderungen kann ebenfalls die Existenz der Ambulanz in dieser Form in Frage gestellt werden. Beziehungsweise alle medizinischen Einrichtungen, da zwei wesentliche Säulen der medizinischen Profession gefährdet werden: die Freiberuflichkeit und der Sicherstellungsauftrag, die Ärzteschaft würde in Abhängigkeit geraten (ebda: 67 f.). Die Komplexität und Differenziertheit in unserer Gesellschaft birgt es in sich, dass die Abhängigkeiten zunehmen. In der Organisation festgelegte Steuerungsprozesse sind Indikatoren für das Fortschreiten der Bedeutungsverluste der Professionen (Vogd 2005: 247 f.).

2.2. Das Krankenhaus als Organisation

Um die Komplexität des sozialen Systems der Ambulanz verständlich zu beschreiben, muss die äußere Umwelt genauer erklärt werden. Zur äußeren Umwelt zählt das Krankenhaus ebenso, wie beispielsweise die Finanzierung.

In Österreich ist die Gesundheitsversorgung in öffentlicher Hand. Es ist ein Zusammenspiel von Bund, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherungen, sowie die gesetzlichen

Interessensvertretungen. Die Interessensvertretungen werden von deren Mitgliedern gestellt, die da wären: Ärztekammer, Apothekenkammer, Gewerkschaften, Patientenanwaltschaft und andere Patientenschaftvertretungen. Unter anderem obliegt diesen Körperschaften: die Gesetzgebung, Ausbildung, Finanzierung und Verwaltung. Des Weiteren sind sie verantwortlich für die Leistungserbringung und ebenso die Qualitätskontrollen. Die Erbringung der gesundheitlichen Leistungen kann jedoch von öffentlichen bzw. privaten Institutionen erfolgen (gesundheit.gv.at).

Somit ergibt sich ein großes, mannigfaltiges Interessensfeld, welches unser Gesundheitssystem bestimmt und Einfluss auf die Organisation Krankenhaus, und auf das Teilsystem Ambulanz, hat. Somit ist eine oberflächliche, objektivierte Sicht auf das Krankenhaus von außerhalb entstanden, innerhalb entwickelt sich die Kommunikation an den Strängen der Professionen. Grob gesprochen gibt es drei große Stützen, welche das Krankenhaus führen: ärztliche Leitung, pflegerische Leitung und Verwaltung. In vielen großen Krankenhäusern sind Subfirmen involviert, welche eigene Betriebe darstellen und in Kooperation beziehungsweise in Auftragsform für das Krankenhaus arbeiten.

Systemtheoretisch stellt das Krankenhaus eine autopoietische Einheit dar, welche den Anspruch hat sich selbst zu erhalten. Die Organisation Krankenhaus steht einerseits in Differenz zu anderen gesellschaftlichen Systemen wie dem der Medizin und der Ökonomie, andererseits auch zu Systemen der Interaktion. Das Krankenhaus koppelt sich an deren Operationen, und in der Funktion als Organisation reproduziert es sich über die Kommunikation von Entscheidungen (Vogd 2005: 247 f).

2.3. Eigenschaften einer Organisation aus systemtheoretischer Sicht

Ein **soziales System** muss prozesshaft, auf sich selbst beziehend und geschlossen existieren, um langlebig zu sein. Die Akteure müssen abstrahierbar sein, nicht als Baustein des operativ, geschlossenen Systems, sondern als dessen Umwelt. „*Als soziales System sind alle jene Systemzusammenhänge zu bezeichnen, die auf der Basis von Sinn operieren [...]*“ (zit. nach: Wolff 1999: 38). Zur Unterscheidung zu **psychischen Systemen**, deren Operationsgrundlage sind Gedanken, hingegen dient bei sozialen Systemen die Kommunikation als Grundlage (Wolff 1999: 38). Luhmann unterscheidet Selbstorganisation und Autopoiese: Bei der Selbstorganisation gilt es durch bilden eigener Operationen Strukturen zu erschaffen. Für die

Autopoiese gilt es diesen Zustand zu definieren, aus dem weitere Operationen durch operieren desselben Systems möglich werden (Luhmann/Baecker 2006: S. 101).

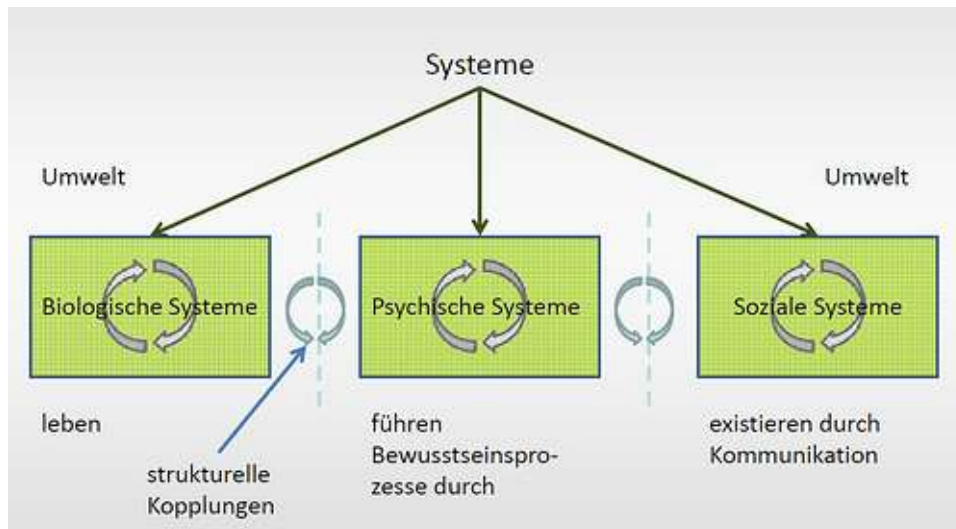


Abb. 2

2.4. Bedeutung der Mitglieder einer Organisation

Mitglieder einer Organisation verpflichten sich unter bestimmten Bedingungen – beispielsweise eines Dienstvertrages – zur Einhaltung und Leistung gewisser Handlungen unter vorgegebenen Richtlinien im Sinne des Zweckes der Organisation. Die daraus resultierenden Entscheidungen entstanden oder entstehen auf der operativen Basis der erzeugten Kommunikation (Wolff 1999: 39f). In der Organisation Krankenhaus werden Mitglieder nach ihrer Profession, bzw. deren Werdegang positioniert. Diese Berufung soll Entscheidungsschwerpunkte setzen und richtungsweisend sein. Austauschbar wird der Mensch dadurch, dass besagter Mensch nicht totalitär mit der Organisation verschmolzen ist. Das Individuum kann in mehreren Organisationen mit unterschiedlichen Talenten und Funktionen mitwirken. Die dadurch entstehende Entkopplung vermag es, dass hochkomplexe Arbeitsprozesse verwirklicht und umgesetzt werden können. Diese Spezifizierung und Differenzierung geht über das Handlungsspektrum eines Einzelnen hinaus. Hier gibt Simon das Beispiel, dass kein Mensch in der Lage ist, ein Verkehrsflugzeug alleine zu planen und zu bauen. Dieses Beispiel kann auf die Ambulanz umgelegt werden: kein Mensch ist in der Lage eine Ambulanz alleine aufrecht zu erhalten. Beginnend bei der Administration, ärztliche Tätigkeiten, pflegerische Maßnahmen etc. Diese Abhängigkeit der einzelnen Funktionen bedeutet aber auch eine Entkopplung und zeigt, dass Organisationen länger als deren Akteure

existieren können. Des Weiteren zeigt sich dadurch der Unterschied zu sozialen Mustern, diese operieren durch die Interaktion selbst (Simon 2013: 14f.).

2.5. Funktionale Ausdifferenzierung

Um Unterscheidungen treffen zu können benötigt es das Erkennen von Merkmalen, diese ermöglichen Abgrenzungen, Deutungen und Titulierungen der Umwelt zu erstellen. Diese Differenzierung treffen wir, in sozialisierter Weise, in einem binären Code: gut / böse, kalt / warm, männlich / weiblich, krank / gesund, Tag / Nacht, wahr / unwahr und so weiter.

Das Gesundheitssystem verfügt über kein eigenes symbolisches Kommunikationsmedium, in Anbetracht der anderen großen Systeme, wie zum Beispiel die Politik: über Macht, die Wissenschaft über die Wahrheit, die Wirtschaft über Geld. Somit fällt für das Gesundheitssystem die binäre Codierung zur Informationsbearbeitung und Konstruktion einer eigenen Realitätssicht für Luhmann auf die Codierung krank / gesund. In ihrer Konnotation erkennt Luhmann, dass verpas über den Negativwert kommuniziert wird. Der positive Wert – der die Anschlussfähigkeit der Reproduktion auf das System rückschließt – hingegen der Negativwert für die Reaktionsmöglichkeit des Systems fungiert (Bauch 1996: 75 f).

2.5.1. Code krank/gesund

In unserem Gesundheitssystem wird die Codierung krank kommuniziert. Durch diese Titulierung wird der Handlungsspielraum gelenkt und die Person durch das Defizit bzw. die Krankheit betrachtet. Unter diesem Blickwinkel spielen sich der Handlungsraum, die Kommunikationsbasis und die Entscheidungsarchitektur eines Krankenhauses ab.

Durch die Kommunikation über den Code – krank – befasst sich die Medizin mit dem System Krankheit und nicht mit dem System Gesundheit (Wolff 1999: 41). Somit ist der Code krank zwar negativ behaftet, aber für die Anwendung im System der Positivwert, da die Ärzteschaft nur anhand dieses Wertes tätig werden (können), daher gibt es mehrere Abstufungen für krank, aber für den Wert gesund nur eine (Bauch 1996: 77). Man kann eine Krankheit haben, aber doch gesund sein das heißt, es gibt viele Krankheiten aber nur eine Gesundheit. Die WHO hat eine positive Definition für Gesundheit:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. [...]“

(bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung).

Diese Formulierung impliziert die Zuständigkeit des Gesundheitssystems für den gesamten, ganzheitlichen Lebensbereich der Individuen, [...] „für alle gesellschaftlichen, sozialen, ja ethischen Fragen der individuellen und kollektiven Lebensführung.“ (zit. nach: Bauch 1996: 64).

Was dem Gesundheitssystem gegenüber den anderen großen Systemen, wie der Politik oder der Wirtschaft fehlt ist die fehlende Reflexion – der Reflexionswert ist Gesundheit, dieser löst keinen Widerschein aus, somit kann auch keine Recodierung erfolgen (ebda: 77). Das Gesundheitswesen wird nach wie vor über Krankheit definiert. Das Fehlen von Krankheit, aber die Möglichkeit zu erkranken lässt die Gesundheitsförderung und die Prävention zu Tage treten.

Als weiteren Aspekt der fehlenden Reflexion kommt hinzu, dass der Schmerz, oder die plötzliche Krankheit alles andere in den Hintergrund treten lässt. Der temporale Faktor hat daher beim Kranksein einen nebensächlichen Charakter, sofern die Hilfe aktuell verlangt werden muss (ebda: 77). An dieser Stelle muss an die chronischen Erkrankungen verwiesen werden, die hier keine ausreichende Bedeutung finden.

Pelikan schlägt, für die Auflösung der Belastung des Begriffes gesund beziehungsweise den Zustand der Gesundheit, anhand seiner Analysen mit der Engstellung der binären Codierung: krank / nicht krank, vor. Dies soll den Begriff der Gesundheit wieder frei machen für anderweitige theoretische Spezifikationen (Pelikan 2009: S 38). Die Codierung nach Pelikan soll zur Vervollständigung angeführt werden, es wird im folgenden Text nicht weiter darauf eingegangen.

Des Weiteren finden sich Kritikpunkte an der Systemtheorie des Gesundheitswesens an der Finanzierbarkeit. Luhmann ist der Meinung, dass Gesundheit den höchsten Stellenwert hat und sich aus diesem Grund nicht reflektieren müsse. Krankheiten werden klassifiziert und es werden Prognosen beschrieben. Es werden Erfolgchancen auf Heilung berechnet. Anhand gesundheitsförderlicher Projekte und Präventionsarbeit sollen Krankheitsentstehung und -entwicklung eingedämmt werden. Das neue Codierungssystem würde demnach: lebensförderlich / lebenshinderlich sein (Bauch 77f). Das Aufbrechen des Behandlungssystems in Richtung präventiver Therapie zeigt ebenso den Trend zum Verlust der Ganzheitlichkeit. Dem / der Allgemeinmediziner/in (im besten Falle vom Lande) wird das Bild der ganzheitlichen Behandlung noch am ehesten zugestanden. Jedoch wird in der Praxis

eine Visite in 3 – 5 Minuten abgehalten, darin kann keine individuelle, psychosoziale Anamnese stattfinden. Psychosoziale Betreuung wird in der niedergelassenen Praxis outgesourct, der oder die Patient/in wird an einen Psychotherapeuten /in Psychosomatiker / in verwiesen. Nun wird entsprechend dem medizinischen Code die Möglichkeit an Präventivtherapien laufend erweitert und ausgebaut. Eingrenzung findet diese Aufstockung an den finanziellen Mitteln des Gesundheitswesens (Vogd 2005: 248). Durch diesen Dschungel an angebotenen Therapien steigt nicht nur die Entscheidungseinschränkung für die Patientenschaft, eine falsche Entscheidung entgegen der eigenen Gesundheit möchte niemand treffen. Auch die Ärzteschaft wird mit den neuen Therapiemöglichkeiten überflutet.

2.6. Kommunikationsprozess

Das soziale System Ambulanz ist eine Einheit des Krankenhaus und funktioniert unter den Gegebenheiten der ihr übergeordneten Organisation. Die Besonderheit der Ambulanz ist die Schnelligkeit der Kommunikation. Entscheidungen werden unter dem Aspekt der Krankheit und den kommunizierten Regeln des Krankenhauses praktiziert. Viele unterschiedliche Professionen rechtfertigen eine hohe Kompetenz und legitimieren eine strenge, hierarchische Ordnung. In diesen Rahmenbedingungen kennt jede Person seine / ihre Professionistenrolle und kommuniziert danach. Ebenso ist die Rolle der Patientenschaft klar deklariert und erkennbar. Erst wenn die Rollen vermischt werden, werden Strukturen bedingt erkennbar.

Das Individuum befindet sich somit gleichzeitig in mehreren verschiedenen Systemen, die getroffenen Entscheidungen werden anhand verschiedener, im Hintergrund mitlaufender, Faktoren getroffen – diese betreffen finanzielle sowie wissenschaftliche Prozesse. Durch diese gleichzeitige, mehrteilige Anwesenheit in differenten Systemen kommt es zum Verschwimmen der hierarchischen Grenzen. Entscheidungen, die von hierarchisch höheren Instanzen getroffen wurden, müssen in der medizinischen Praxis bestehen und werden erst durch die geführte Kommunikation wirksam. So kommt es, dass wissenschaftliche beziehungsweise ökonomische Vorgaben keinen direkten Zusammenhang mit der Arzt / Ärztin – Patient / in – Beziehung erzeugen (Vogd 2011a: 37 ff).

Um die Kommunikationsprozesse aus einem systemtheoretischen Blickwinkel aufzuzeigen sollen die relevantesten soziologischen Entscheidungen erläutert werden:

Luhmann fasst in seiner Theorie Kommunikation als eine Verknüpfung dreier Selektionen auf:

- Information
- Mitteilung
- Verstehen

Diese drei Teile sind die wesentlichen Bestandteile einer jeglichen Kommunikation. Jedoch ist die Kommunikation nicht an einen Zweck oder an ein Ziel angewiesen, da sie auch non-verbal geschehen kann. Ob eine Mitteilung absichtlich oder nicht erfolgt hängt davon ab, ob ein zweites soziales System eine Differenz zur Information beobachten kann. Kommt es im Zuge dessen, zu einer Unterscheidung spricht Luhmann vom Verstehen einer Kommunikation. Unter *Rekursivität* versteht Luhmann eine Bezugnahme auf das was in der Kommunikation zuvor geschehen ist. Somit kann es zu einer Festlegung systemischer Identitäten kommen. Jeder Kommunikation wird vorausgesetzt, dass zwei Systeme beteiligt sind (Stichweh 2007: 248 f).

Kommunikation löst Kommunikation aus

Kommunikation ist allgegenwärtig und in unserem Alltag eingebaut, sie ist flüchtig und muss einige Hürden überwinden, dass sie überhaupt erfolgreich ist. Um dies sichtbar zu machen hat Luhmann die Wahrscheinlichkeit der Kommunikation umgekehrt in die

Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation (Luhmann 1981: 25 f) um festzumachen, was die Problembereiche der Kommunikation sind.

- a) Individualität als unüberwindbare Hürde. Luhmann meint, dass es unwahrscheinlich ist, jemand anderen zu verstehen. Der Sinn ist an einen Kontext gebunden, doch jeder hat ein anderes Verständnis, andere Gedanken.
- b) Die Unwahrscheinlichkeit der Erreichbarkeit. Dies ist eine räumliche und zeitliche Komponente, für die nicht immer die gleiche Aufmerksamkeit erzwungen werden

kann. Luhmann meint: „*In anderen Situationen haben die Leute etwas anders zu tun*“ (zit. nach Luhmann 1981: 26).

- c) Als letzte Unwahrscheinlichkeit nennt Luhmann die Unwahrscheinlichkeit des Erfolges, also das Ablehnen. Damit hat der / die Adressat/in die inhaltliche Prämisse nicht in das eigene Verhalten übernommen (Luhmann 1981: 25 f).

2.6.1. Die Arzt / Ärztin – Patient / Patientin Interaktion

Die systemtheoretische Kommunikation wird als Verknüpfung dreier Elemente (Information, Mitteilung und Verstehen) und deren Selektion verstanden. Wenn also der Arzt oder die Ärztin die Information lenken kann, was kommt dann noch bei der / beim Adressaten/in an? Beziehungsweise wird dann das Verhalten adaptiert?

Zudem entscheidet das was verstanden wird über den Sinn der Kommunikation, nicht das was im Eigentlichen gemeint wurde. Somit kommt es darauf an, in welcher Art und Weise diese Selektion von Information und Mitteilung im Verstehen im Einzelnen getroffen wird (Vogd 2011a: 39ff). Die Prozedur der inneren Selektion führt zu einem Ergebnis, welches ausschlaggebend ist für die weiterführende Kommunikation.

Vogd hat kommunikative Kontexte - die im speziellen für die Krankenbehandlung von Bedeutung sind - erarbeitet:

1. Der *krankte Körper*: Zum einen braucht es ein Substrat zur Kommunikation – den Körper und in dieser speziellen Zusammenkunft das Attribut: krank. Somit ergibt sich die Basis der Kommunikation, an der die beteiligten Systeme nicht vorbei können. Das Befinden dreht sich um das Defizit, das Leiden und drängt sich dadurch in den Vordergrund, alles andere wird zweitrangig oder verliert an Bedeutung.
2. Im Setting Krankenhaus wird auf einer *emotionalen Ebene* kommuniziert, da starke Gefühle und Empfindungen (Schmerz, Angst, Hoffnung, Depression) innerhalb der Prozesse der Krankenbehandlung präsent sind. Diese Gefühlsausdrücke lösen wiederum beim Gegenüber eine Reaktion aus und bahnen dadurch eine kommunikative Anschlussfähigkeit. Diese Emotionen fließen rekursiv in die Kommunikation mit ein und beeinflussen dadurch die Ausgangssituation des Gespräches.

3. Die besondere Umgebung und technische Ausstattung des Krankenhauses ergeben ebenso einen kommunikativen Anschlusspunkt. Bestimmte *Artefakte*, wie zum Beispiel der weiße Kittel, oder das Stethoskop wirken auf die Wahrnehmung und die Psyche. Medizinische Instrumente und andere Artefakte haben Einfluss auf die Kommunikation, deren Ausgang und stellen Erwartungen an den oder die Betroffene/n.
4. Die Organisation wird in diesem Kontext als eine Reihe formaler Entscheidungen gesehen. Hier ist die Besonderheit des (gesichtslosen) Entscheidungsträgers gemeint. Alle Anweisungen, welche über Einhaltung des Dienstweges, Standardisierungen, Vorschriften, Anweisungen etc. geführt werden. Dadurch kann Routine rahmen und den Ablauf sichern, es kann aber auch über nicht-formales entschieden werden, eben individuell. Dadurch sind Grauzonen sichtbar und werden durch andere kommunikative Prozesse abgehandelt. Diese Prozesse laufen ständig.
5. Beruhend auf einer interrelationalen Beziehungsdynamik kann ein Akteur innerhalb eines *Netzwerkes* seine Eigenständigkeit nur dann beibehalten, wenn es durch Kontrolle seitens anderer teilnehmender Individuen passiert. Welchen Status das Individuum einnimmt bestimmt die Kommunikationsleistung, deren Einschätzung durch die Beteiligten geschieht. Beispielsweise stillschweigende Übereinkommen des Zusammenhalts des Berufsstandes gegenüber der Verwaltung.

(Vogd 2011a: 39f).

Ebenso beeinflussend und aufdringlich in der Wahrnehmung drängt sich in einem Krankenhaus, oder einer medizinischen Einrichtung der typische *Geruch* auf. Dieser löst sofort Empfindungen aus, welche bestimmt ebenso Einfluss auf die Kommunikation haben.

Durch diese kommunikativen Kontexte, und die Teilhabe des Individuums an mehreren Systemen gleichzeitig, ergeben sich gewisse Rahmenbedingungen für die Kommunikation. Alltägliche Kommunikation passiert auf Basis der Mehrsystemzugehörigkeit, durchzogen von Ereignissen als funktionale Differenzierung und auch als Ebenendifferenzierung (Vogd 2011a: 37ff).

2.6.2. *Arzt / Ärztin – Patient / Patientin – Beziehung*

Mechanismen der prozesshaften Organisation und die beschriebene Entprofessionalisierung³ des Berufsbildes der klassischen Ärzte/innen/rolle, spiegeln sich in der Arzt/Ärztin – Patient/in – Beziehung wider. Die ärztliche Entscheidungsexpertise wird durch Steuerungsprozesse der Organisation eingegrenzt. Der Arzt oder die Ärztin muss Entscheidungen treffen, die im Sinne des Systems der Medizin und der Organisation sind (Vogd 2005: 247f). Durch diese Verflachung der Entscheidungsmacht verliert der Arzt oder die Ärztin den Bezug zu der Einzigartigkeit der Entscheidung. Es werden Entscheidungen nach Schema F getroffen, wie es das Krankheitsbild, die finanzielle Vorgaben beziehungsweise das technische Angebot, verlangen. In einer flüchtigen Begegnung - wie in der Ambulanz - wird somit der Aufbau einer Beziehung oder einer Vertrauensbasis zwischen Patientenschaft und Ärzten / Ärztinnen unmöglich. Nach der Theorie Luhmanns entsteht durch die Selektion von Information, Mitteilung und Verstehen die Kommunikation. An dieser Stelle entsteht die nächste Prämisse für die Beziehung der Akteure in der Ambulanz: durch die kurze Zeitspanne der Interaktion und der Betrachtung des Individuums über die (manchmal auch als) Krankheit –also nicht als Ganzes – können die Termini nur an die Krankheit gerichtet sein.

Es besteht die Möglichkeit verstehensbasierter Arzt / Ärztin – Patient / Patientin – Beziehung bei langen Behandlungszyklen, beispielsweise in der Onkologie. Grundsätzlich setzt strukturelles Verstehen eine längere Geschichte von Interaktionen voraus (Vogd 2005: 248). Es erscheint die Unwahrscheinlichkeit der Kommunikation von Luhmann – bezogen auf die Ambulanz, logischer als ihr Verständnis. An dieser Stelle möchte ich an die spezifische Fragestellung erinnern: Was bewegt Patienten / Patientinnen in die Ambulanz zu gehen?

3 Siehe Kapitel: Die moderne funktionale Systemtheorie im Gesundheitswesen

Operator: Unsicherheit

Anhand der vorangegangenen Kapitel kann nun die theoretische Erklärung meiner Fragestellung:

Durch welche Bedingungen besteht das Krankenhausteilsystem: Ambulanz?

eingeleitet werden:

Die Krankenbehandlung kann mit all den ungünstigen Bedingungen zurechtkommen, da sie eine kommunikative Leistung ist. In der Literatur finden sich als ungünstige Bedingungen: Personalmangel, Zeitdruck, knappe Mitteln, hoch defizitäre Informationslagen⁴ und so weiter. Die Krankenbehandlung funktioniert zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf dem Prozess der Kommunikation, nur dadurch kann dieses System – aufgebaut auf Unsicherheit und Intransparenz – bestehen. Die Kommunikation handelt sich entlang der Unsicherheiten via Kreativität und Umgang mit unvollständigem Wissen zur Erzeugung neuer Sinngebungen für die Bewältigung der Situation (Vogd 2011a: 47). Somit ist jede Kommunikationseinheit anders und verlangt eine gewisse künstlerische und verbale Fähigkeit um sich den Gegebenheiten anzupassen.

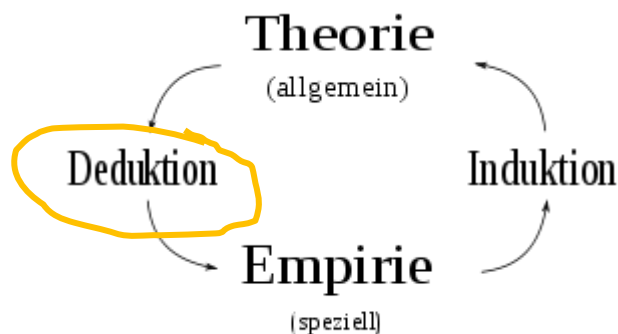


Abb. 3

Anhand der deduktiv geleiteten Darstellung der Fragestellung kommen wir zu der speziellen Frage: Was ist das Verständnis?

⁴ Genauer ausgeführt für die Ambulanz würden die ungünstigen Bedingungen lauten: Intransparenz des Aufrufsystems: nicht wissen, wann man dran kommt, wer der oder die Behandler/in ist. Knappe Mitteln: fehlende elektronische Aufrufsysteme, dadurch kein Überblick über die Reihenfolge des Aufrufes. Fehlende Sitzmöglichkeiten, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, etc.

Dass das System der Ambulanz trotz ungünstiger Bedingungen besteht und bestehen kann, wurde anhand der Theorie hergeleitet, doch:

Was bewegt Patienten/innen in die Ambulanz zu gehen?
--

Das psychische System kann ohne soziales System operieren, aber nicht umgekehrt. Die Kommunikation überschreitet das Bewusstsein und hat eine uneinsehbare Differenz (Vogd 2011a: 48). Man kann nicht wissen, was in dem Gegenüber vor geht. Es kann lediglich beobachtet werden und interpretiert, jedoch ist jede Erkenntnis – ebenso die wissenschaftliche – beobachterabhängig, sie befindet sich somit in einer unterschiedlichen Standortbeschreibung, Sprecherposition und differenzierenden Handlungsorientierungen (ebda: 35).

Die Patienten/innen erwarten, dass sie von Spezialisten untersucht und / oder behandelt werden. Ebenso, dass die Untersuchungen / Therapien alle unter einem Dach stattfinden und die unterschiedlichen Experten und Expertinnen miteinander vernetzt sind.

Was beeinflusst das Bewusstsein der Patientenschaft? Das Individuum als Patient oder Patientin wurde in vielerlei Hinsicht durchleuchtet und beschrieben. In den weiteren Kapiteln wird die mannigfaltige Theorie zu der Patientenschaft erörtert.

3. Informiertheit der Patientinnen und Patienten

Durch das Internet, Broschüren, Zeitschriften und andere Medien wird die Informiertheit der Patientenschaft ständig erweitert.

Nach den Verbrechen des Nationalsozialismus ist es auch für die ärztliche Berufsethik unerlässlich vor jeder medizinischen Behandlung das Einverständnis seitens des/der Behandelten einzuholen. Durch diesen „informed consent“ wird vom/von der Patient/in ein gewisses Maß an Wissen und Verständnis verlangt (Eichenberg in Hoefert 2011: 68). Dies könnte unter anderem das übermäßige, medizinische Informationsangebot⁵ im World Wide Web, bzw. anderen Printmedien erklären. (Das Thema der Medienpräsenz soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden.)

3.1. Wandel der Patienten/innenrolle

Der moderne Mensch möchte in keinem Abhängigkeitsverhältnis stehen, propagiert durch die Aufklärungsphilosophie, ist man für sein Schicksal und somit für sein Glück und Wohlbefinden selbst verantwortlich. Mittels Vernunft und Naturbeherrschung. Dies bedeutet, dass nicht mehr blind gemacht oder getan wird, was die Ärzteschaft bzw. die Gesundheitsexperten/innen empfehlen. Die Patientenschaft informiert sich via unterschiedlichste Medien, welche evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden. Dieses Wissen wird während der Visite vorgetragen, um ebenbürtig die bestmögliche Behandlungsstrategie entwickeln zu können. So wäre der/die mündige Patient/in. Jedoch würde in diesem Szenario die Kompetenz des Arztes / der Ärztin in Frage gestellt werden, und einen teilweise unguten Geschmack hinterlassen. Es ist eine Gratwanderung, inwieweit die Informiertheit förderlich ist und ab wann sie behindernde Auswirkungen hat (Hoefert/Klotter 2011: 10f).

3.2. Aufklärung – informed consent form (ICF)

In Österreich werden in der Patientencharta die Rechte der Patienten/innen festgelegt. Als die vier grundlegenden Elemente werden die Patienten/innenwürde, Selbstbestimmung, Information und Unterstützung genannt.

⁵ Einschlägige Internetseiten, wie z.B.: Netdoktor, Wikipedia, doccheck usw.

Der Absatz zur *Selbstbestimmung und Information* beschreibt, dass Patientinnen und Patienten das Recht auf Aufklärung über die Diagnose und mögliche Behandlungen haben, ebenso über deren Risiko und Folgen. Auch haben Patientinnen und Patienten das Recht über den Gesundheitszustand aufgeklärt zu werden. Außerdem haben sie das Recht, über das erforderliche Maß an Mitwirkung bei der Behandlung und einem förderlichen Gesundheitsverhalten, aufgeklärt zu werden. Die Patienten/innenaufklärung hat im Vorhinein zu erfolgen (gesundheit.gv.at).

In der Helsinki Deklaration⁶ wird die Wichtigkeit der Aufklärung der Studienpatienten/innen in Artikel 24 beschrieben. Es muss jede in Frage kommende Person über Ziele, Methoden, Nutzen und eventuelle Risiken aufgeklärt werden (Körtner 2012: 133). Der informed consent muss der Ethikkommission vorgelegt werden, diese entscheidet, ob alle – für die jeweilige Studie benötigten – Informationen enthalten sind (ethikkommission.meduniwien.ac.at)

3.3. Empowerment

Der Begriff Empowerment bezieht sich auf die Selbstverantwortlichkeit der Patientenschaft. Definiert wurde dieser Begriff von dem Sozialwissenschaftler Julian Rappaport. Durch die Selbstverantwortung soll ein Teil der asymmetrischen Beziehung zwischen ärztlicher Seite und Patienten/innen aufgehoben werden. Vormalig um chronisch erkrankten Personen im Umgang mit ihrer Erkrankung Hilfe zur Selbsthilfe zu geben. Es darf nur für die Person keine Überforderung entstehen, diese würde das Gegenteil auslösen und die Selbstorganisation in ein Chaos stürzen. Diese Art der Patienten/innenkompetenz entsteht somit auf der Basis des Vertrauens und braucht Zeit zum Aufbau (Gouthier/Tunder 2011: 35 – 41).

Im Glossar der Homepage Fonds Gesundes Österreich wird Empowerment als Prozess zur Stärkung und Aktivierung der Fähigkeiten des Menschen beschrieben. Als Fähigkeiten des Menschen werden stillen der eigenen Bedürfnisse, lösen von Problemen und verschaffen von notwendigen Ressourcen, genannt. Des Weiteren wird geschrieben: „*Menschen sollen durch Empowerment befähigt werden, für ihre Gesundheit selbst Sorge zu tragen und sie stärken, Betroffene sollen zu aktiv Handelnden werden.*“ (zit. nach: fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/empowerment). Ich denke, durch dieses Zitat lässt sich erkennen, wie schwer es ist diesen Begriff treffend und fassend zu beschreiben. Man ist

⁶ Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

immer auf einen Gegenspieler oder eine Gegenspielerin angewiesen. In der Ottawa Charta⁷ im Absatz - befähigen und ermöglichen – wird festgehalten, dass alle Menschen befähigt werden sollen, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu realisieren ([Ottawa_Charter_G.pdf](#)). Dies soll mit Empowerment zum Ausdruck kommen, die eigenen Ressourcen im Menschen stärken.

3.4. Informationsmodelle

In der Literatur finden sich verschiedene Modelle, in welche sich der Prozess der Entscheidungsfindung und somit der Informiertheitsgrad der Patientenschaft eingliedern lässt:

Paternalistisches Modell: der Informationsfluss ist vom Arzt / der Ärztin in der Expertenfunktion zum / zur Patient/in und wählt die Behandlungsmethode.

Informationsmodell: ist grundlegend wie das paternalistische Modell hinzu kommt jedoch, dass aus Sicht der behandelnden Person, medizinische Details mit einbezogen werden und eigenverantwortlich die Behandlungsmethode gewählt wird.

Partizipative Entscheidungsfindung oder Shared Decision Making: In einem vertrauensbildenden Prozess werden gemeinsam Entscheidungen getroffen, von beiden Seiten Informationen beschafft und einbezogen. In dieser alternierenden Form entsteht in gemeinsamer Verantwortung die Entscheidung für die Behandlungsmethode.

(Eichenberg in Hoefer, Klotter 2011: 68)

3.5. Informationsbedürfnisse

Patienten und Patientinnen haben eine genaue Vorstellung über das, was sie über ihre Krankheit wissen müssen. Coulter et al gingen dem Informationsbedürfnis nach und untersuchten anhand von zehn unterschiedlichen Krankheitsbildern⁸ das aufliegende Informationsmaterial. In den Broschüren musste die Krankheit verständlich dargestellt werden und deren Behandlung. Des Weiteren musste die Information wissenschaftlich

⁷ „Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus.“ (zit. nach: [Ottawa_Charter_G.pdf](#))

⁸ Rückenschmerzen, Depression, Mittelohrentzündung, Hoher Cholesterinwert, Hüftgelenkersatz, Infertilität, Menorrhagie, Prostatavergrößerung, Rehabilitation nach Schlaganfall.

verlässlich sein und in einer angebrachten und nützlichen Weise für den/die Patienten/in. Die Verlässlichkeit des Informationsgehaltes wurde von Ärzten / Ärztinnen festgestellt und die Nützlichkeit von Erkrankten mit Erfahrungen mit dem Krankheitsbild. Für die jeweiligen Krankheitsbilder wurden Fokusgruppen gebildet.

Das medizinische Fachpersonal identifizierte viele Ungenauigkeiten und irreführende Angaben, welche zu einem falschen Eindruck der Behandlungserfolge führen konnte. Risiken und Nebenwirkungen wurden verharmlost beschrieben, dadurch entstand eine zu optimistische Einstellung gegenüber dem Endergebnis. Fast durchwegs fehlten die quantitativen Informationen über Ausheilungszeiten beziehungsweise über die Wahrscheinlichkeit von Resultaten. Die Mehrheit der Betroffenen möchte ein umfassendes Bild ihrer Krankheit, jedoch ohne Panikmache. Sie möchten eine ehrliche und genaue Abschätzung der Pros und Kontras. Bei jedem dritten Folder gab es keine Datumsangabe, das heißt es wurden auch veraltete Behandlungsmethoden beschrieben. Des Weiteren wurde das Fehlen der Quellenangaben kritisiert.

(Coulter et al 1999: 318ff.).

Wenn jemand an einer nicht akut lebensbedrohlichen Erkrankung leidet, dann möchte die Person über folgende Parameter informiert werden. Sie möchten...

- verstehen, was nicht stimmt
- eine realistische Darstellung ihrer Prognose bekommen
- das Bestmögliche aus der Konsultation herausholen
- die Prozedere, die wahrscheinlichen Ergebnisse der möglichen Tests und Behandlungen verstehen
- Unterstützung zur Selbsthilfe
- erfahren, welche Hilfen und Unterstützungen zur Verfügung stehen
- Unterstützung erhalten und Hilfe bei der Bewältigung
- Verständnis von ihrem Umfeld
- Legitimierung ihrer Hilfsbedürftigkeit und Besorgnis

- lernen, wie eine weitere Erkrankung verhindert werden kann
- weiterführende Informationen, auch über Selbsthilfegruppen
- wissen, wer die Expertinnen und Experten auf diesem Gebiet sind

(ebda: 319)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Studie von Coulter et al zeigt, dass Patienten/innen mit chronischen Erkrankungen umfangreiche, unmissverständliche und transparente Informationen wünschen.

Aus diesem Informationsbedürfnis entsteht ein ungleiches Machtverhältnis in der Arzt/Ärztin – Patient/in - Interaktion, durch die ungleiche Verteilung von Information durch die Abhängigkeit des / der Patienten/in (Siegrist 2005: 254). Durch dieses Ungleichgewicht in der Kommunikation kann (unter anderem) Konfliktpotential entstehen.

3.6. Konflikte in der Arzt / Ärztin – Patient / Patientin - Interaktion

Sozialwissenschaftlich wird ein Konflikt als existent beschrieben, wenn ungleiche Macht- und Einflussmittel einer Partei einen Vorteil verschaffen. Das Vorliegen eines Konfliktes bedeutet jedoch nicht, “[...] dass die sozialen Beziehungen zwischen den konfligierenden Parteien ungeregelt, anomisch sind [...]” (zit. nach: Klima 2007: 351). Im Gegenteil - konfliktbehaftete Beziehungen sind Teil der sozialen Norm, somit auch in der Arzt/Ärztin – Patient/in – Beziehung.

Es wird zwischen intra- und interpersonellen Konflikten und Rollenkonflikten unterschieden. Erstere betreffen die innersten Entscheidungen der Person, wenn gewählt werden muss zwischen zwei Möglichkeiten, welche sich gegenseitig ausschließen. Der Rollenkonflikt ist aus soziologischer Sicht relevanter. Hierbei handelt es sich um die Prämisse einer Entscheidung in einer Interaktion. Es wird weiter unterteilt in Intra- und Inter-Rollenkonflikte; Intra-Rollenkonflikte entstehen, häufig im Krankenhaus, durch widersprüchliche Anforderungen an eine Rolle. Beispielsweise in der Krankenversorgung: Derzeit ein aktuelles Thema die ärztliche Dienstzeit. Es wird zur Einhaltung der Dienstzeitverordnung angehalten und von der ärztlichen Belegschaft erwartet, sich daran zu halten. Die Patienten und Patientinnen erwarten, dass sich die Ärzteschaft um ihre Anliegen bemüht, auf sie eingeht und erreichbar ist. Hingegen tangiert der Inter-Rollenkonflikt auf der

Schere der beruflichen und privaten Ebene, wenn die Vereinbarkeit der Familie und des Berufes zur Belastung wird. Fehlt noch die Beschreibung des interpersonellen Konflikts, diese Konfliktart entsteht oft im Zusammenhang mit Rollenkonflikten. Durch unterschiedliche Interessen entstehen Spannungen in sozialen Beziehungen. Es gibt konkurrierendes Verhalten und buhlen um die gleichen Güter, es entsteht der sogenannte Verteilungskonflikt. Neid und Missgunst entwickeln eine zerstörerische Dynamik auf soziale Beziehungen und weiterreichend ebenfalls auf die bestehende gesellschaftliche Ordnung. Zuletzt muss noch geklärt werden, wie der Konflikt agiert, offen oder im Verborgenen – also latent. Offene Konflikte spielen sich zumeist in Augenhöhe ab. Hingegen latente Konflikte in strukturell asymmetrischen Beziehungen erwartet werden können. Treten Konflikte in der Beziehung zwischen Patientenschaft und Ärzteschaft auf, sind das zumeist latente interpersonelle Konflikte.

(Siegrist 2005: 260 ff.).

3.6.1. Rahmenbedingungen der Kommunikation innerhalb der Ambulanz

Das ärztliche Gespräch unterliegt einer Asymmetrie, ist stark strukturiert, einseitig und bestimmt durch ein Machtgefälle nämlich: - der Expertenmacht. „*Sprache ist das zentrale Element der Arzt-Patienten-Beziehung.*“ (zit. nach: Siegrist 2005: 250). - Die Definitionsmacht, bedingt durch die unterschiedlichen sozialen Rollen: Diagnosestellung, Krankschreibung, Recht zur Behandlung etc.). Die Definition und Bestimmung des Aufenthalts des Patienten / der Patientin in der Ambulanz bzw. Ordination gibt der Ärzteschaft –Steuerungsmacht. Diese beinhaltet auch das Aussprechen von Sanktionen: Gewährung bzw. Verwehrung besonderer Vergünstigungen – die Sanktionsmacht (Siegrist 2005: 250 f).

Die Stärke der Asymmetrie wird durch den Kontext entweder verstärkt oder vermindert. So ist die institutionelle Ungleichheit im Krankenhaus stärker vorhanden, als in einer kleinen Praxis im ländlichen Gebiet. Des Weiteren lassen sich durch einige Einflüsse die Steuerungsmacht der Ärzteschaft verringern. Je nach Angebot und Nachfrage orientieren sich die Anbieter (in diesem Fall die Ärzteschaft), an den Bedürfnissen ihrer Kunden. Mit anderen Worten, dass Patienten/innen die Steuerungsmacht senken können, müssen folgende Faktoren vorhanden sein:

- Ärztliche Wahlfreiheit
- Ausreichend Angebot und Spezialisierung

Werden diese beiden Bedingungen erfüllt so fügt sich der Standort der Praxis, die Sprechzeiten und die Bereitschaft zur sozialen Anpassung des Arztes / der Ärztin, dem gegebenen sozialen Umfeld. Weniger Einfluss haben die Patienten/innen bei Gemeinschaftspraxen und spezialisierten Mediziner/innen. Durch die institutionelle Struktur der Organisation Krankenhaus entstehen für die Patientenschaft eingeschränkte Handlungsräume. Die komplex ausgebildeten durchstrukturierten Arbeitsabläufe ermöglichen, dass Routine und Notfall Hand in Hand ablaufen können. Des Weiteren wirken folgende Merkmale verfestigend auf die Abhängigkeit der Patienten/innen ein:

- Strukturierter, verbindlicher Tagesablauf
- Standards zu Routineabläufen
- Kategorisierung der Patient/innen
- Distanzhaltung zwischen Krankenhauspersonal und Patienten/innen
- Fehlen von Intimität

Dazu kommen Parameter wie die Größe der Institution, hoher technischer Standard, knapp geplante Personalressourcen und fehlende Wahlmöglichkeit für die Patientenschaft. Diese Merkmale verstärken die Asymmetrie und die Ungleichheit in der Beziehung zwischen Krankenhauspersonal und Patientenschaft (Siegrist 2005: 251 f).

Das soziale Kapital spielt ebenfalls eine ausschlaggebende Rolle. Die Ausdrucksform und die Sprache lassen einen Rückschluss auf die Schichtzugehörigkeit zu (Siegrist 2005: 195). Dazu kommt, dass die Kommunikation während der Visite stark strukturiert ist und viele fachliche Termini enthält. Hollingshead und Redlich konnten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Art der Diagnose feststellen. So wurden bei Patienten/innen mit geringerem ökonomischen Status eher Diagnosen mit negativem Wirkungsspektrum auf das soziale Umfeld gestellt (Siegrist 2005: 253 f).

3.6.2. Sprachcodes

Bereits 1972 beschrieb Basil Bernstein in seinen Studien zwei Sprachcodes. Er zeigte damit, dass abhängig von der Sozialisation, der Sprachbau schichtspezifisch ist. Bernstein spricht von der Mittel- und Unterschicht. Diese Einbindung in eine bestimmte Gruppe durch nach außen gerichtete Merkmale, wie beispielsweise dem Sprachgebrauch kann zur sozialen Benachteiligung in (unter anderen Benachteiligungen) der ärztlichen Kommunikation führen. Der **elaborierte Code** ist gekennzeichnet durch grammatikalisch, vollständige Sätze und die Verwendung aller Zeitformen. Ebenso unterscheiden die Sprecher zwischen persönlichen und unpersönlichen Pronomen und verwenden Konjunktive und Adverbien. Dadurch sind sie in der Lage, durch genaue Beschreibungen exakte Darstellungen ihrer Handlungsabsichten verbalisieren zu können. Hingegen beim **restringierten Code** die Verwendung von kurzen, einfachen Sätzen dominiert. In diesem Sprachgebrauch fehlen häufig unterschiedliche Zeitformen, und er ist geprägt durch Verwendung des Präsens. Des Weiteren wird nicht zwischen persönlichen und unpersönlichen Fürwörtern unterschieden, Handlungsabsichten werden vollzogen und nicht beschrieben (Siegrist 2005: 195).

3.7. **Verbesserung der Arzt / Ärztin – Patienten / Patientin – Kommunikation**

Anhand der latenten Schwierigkeiten der Gesprächssituation kann das Verbesserungspotential erkannt werden.

Wird ein Patient oder eine Patientin als schwierig tituliert, hat dies einen weiterführenden Einfluss auf das Verhalten des Behandlungsteams, und die folgenden Kommunikationssituationen. Zumeist entsteht diese Einstufung anhand der Gesprächssituation, und soll nicht an der Persönlichkeit des Individuums festgemacht werden. Durch unerfüllte Erwartungen seitens der erkrankten Person, werden diese Beschreibungen zum Nachteil derer getroffen (Mehnert et al 2012: 1134).

In nachfolgender Tabelle haben Mehnert et al Merkmale zusammengefasst, die für schwierige Patient/innen gelten:

Eigenschaften und Verhaltensweisen, die im Kontext „schwieriger Patienten“ häufig genannt werden
Wut, Aggressivität
Ausgeprägte Ängste
Depressionen, Niedergeschlagenheit
Persönlichkeitsakzentuierungen
Manipulatives oder verführerisches Verhalten
Anspruchsvolles, forderndes Verhalten
Klagsamkeit, beständige Unzufriedenheit
Weitschweifige Rede
Ständig wiederkehrende, unveränderte Beschwerden
Somatoforme Beschwerden
Fehlende Kooperation/mangelnde Compliance, Passivität
Fehlende Krankheitseinsicht
Drogenkonsum/Substanzmissbrauch
Kognitive Beeinträchtigungen
Multiple Medikation

(Mehnert et al 2012: 1135)

Die Soziologie hat seit mehreren Jahrzehnten die Arzt / Ärztin – Patient / Patienten – Kommunikation als ihr Aufgabengebiet. In den erfolgten Studien konnte gezeigt werden, dass die Kommunikationsfertigkeit der Ärzteschaft positive Auswirkungen auf den Genesungsprozess der Erkrankten hat. Auch zeigen sich eine höhere Compliance der Patienten/innen und eine höhere Zufriedenheit mit der Behandlung. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass kommunikative Fähigkeiten seitens der Ärzteschaft eine große Bedeutung haben und in der Ausbildung ebenso ein größerer Stellenwert gegeben werden sollte (ebda: 1135).

4. Forschungsfragen, -design, Methode und Interpretation

Die folgenden Forschungsfragen sollen offenlegen, wie die Wahrnehmung der Patienten/innen gegenüber dem betrieblichen Ablauf in einer Ambulanz ist, und welche Faktoren notwendig sind um diese Situation zu wiederholen. Dabei beziehe ich mich ausschließlich auf Menschen mit chronischen Erkrankungen, da bei akut Erkrankten die Krankheit auf jeden Fall überpräsent ist. Menschen mit akut auftretenden Beschwerden konzentrieren sich ausschließlich auf ihren momentanen Zustand. Meistens weiß der oder die Betroffene die Ursache der Erkrankung noch nicht, kann daher auch keine Aussagen bezüglich Informiertheit der Erkrankung machen. Des Weiteren kann nicht damit gerechnet werden, dass die Person in absehbarer Zeit nochmal die Ambulanz aufsuchen muss oder sich Gedanken zu alternativen Stellen machen. Auch kann bei einem einmaligen Ambulanzbesuch die Arzt / Ärztin – Patient / Patientin – Beziehung nur an einer einmaligen, flüchtigen Begegnung festgemacht werden, was in dieser Arbeit nicht zielführend ist. Es soll das Verständnis für das wiederholte Aufsuchen der Ambulanz erklärt werden.

Außerdem wird näher auf das Forschungsdesign (Stichprobenszusammensetzung, Forschungsfeld und Feldzugang) und auf das qualitative Interview eingegangen. Es folgt die Beschreibung der eingesetzten Methode, im Bezug auf die Analyse des qualitativen Leitfadeninterviews. Anhand der Beschreibung, der qualitativen Inhaltsanalyse, werden die Kategorien stützend auf der Datenaufbereitung beschrieben. Die Kategorien werden bei der Analyse verwendet und bei der Ergebnisdarstellung herangezogen.

4.1. Forschungsfragen

Hauptfragestellung

Durch welche Bedingungen besteht das Krankenhausteilsystem: Ambulanz?

Durch die Geschlossenheit und Reproduzierbarkeit sozialer Systeme ist der Mensch als Umwelt eines kommunikativen Systems anzusehen. Dieser Bezug zur Umwelt und der darin enthaltene Wahrheitscharakter können nur auf der Ebene der Kommunikation erfolgen, daraus erfolgen die Sinn Grenzen (Pelikan 1999: S 39).

Hiermit soll nach dem Sinn gefragt werden, wie die Wahrnehmung seitens der Patientenschaft allgemein über die besuchte Ambulanz ist. Welche Informationen sie erhalten haben, um diese Einrichtung aufzusuchen. Hierbei interessiere ich mich vor allem für die Perspektiven der Patienten/innen bevor sie sich entschieden haben diese Ambulanz aufzusuchen.

Generell möchte ich feststellen, ob sich die Patienten/innen ausreichend über alternative Möglichkeiten informiert haben und wie sich die Ambulanzen nach außen hin präsentieren beziehungsweise wie sie wahrgenommen werden. Die Bedingungen werden institutionell geregelt (Öffnungszeiten, Mitarbeiter/innen, formaler Gegebenheiten usw.), hier muss sich der Patient / die Patientin anpassen.

Anhand dieser Sinnfindung entwickelt sich die Unterfrage nach den Entscheidungsgründen:

Spezifische Fragestellung

Was bewegt Patienten/innen in die Ambulanz zu gehen?

Handlungen können nur beobachtet werden und setzen sich aus der a) der Information, b) der Mitteilung und c) dem Verstehen zusammen.

Zu a): Patienten/innen entscheiden sich in die Ambulanz zu gehen, b) sie werden aktiv und c) sie akzeptieren oder sie akzeptieren nicht.

Die spezifische Fragestellung bezieht sich auf die Ereignisse während des Ambulanzbesuches. Es werden situationsbezogene Erlebnisse vom Betreten des Warteraumes, bis zur Konsultation erfragt. Die Patienten/innen sollen sich retrospektiv an ihren letzten (oder mehrere) Ambulanzbesuche erinnern und ihre Eindrücke, Wahrnehmungen, Interaktionen und

Kontakte erzählen. Somit sollen die Beweggründe der Patienten/innen transparent gemacht werden, welche sie veranlassen die Ambulanz wieder aufzusuchen und nicht einer anderen Einrichtung vorziehen.

Anhand dieser speziellen Fragestellung möchte ich das Verständnis der Patientenschaft nachvollziehbar und transparent darstellen.

4.2. Forschungsfeld und Forschungszugang

Als Forschungsfeld definiert ist die Spezialambulanz, frequentiert von chronisch Kranken, welche eben wegen ihrer Krankheit eine dafür spezialisierte Ambulanz aufsuchen. In regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen, von vordergründiger Bedeutung ist, dass sich die Interviewenden retrospektiv an einen oder mehrere Besuche gut erinnern und darüber berichten können. Aufgrund des chronischen Krankheitsbildes müssen sich diese Personen häufigen Kontrolluntersuchungen unterziehen. Meistens finden derartige Kontrolluntersuchungen in Ambulanzen statt (dies ist aber nicht zwingend – Untersuchungen können beispielsweise auch bei Fachärzten durchgeführt werden). Grundvoraussetzung für die Teilnahme am Interview war, dass es sich um Patienten/innen handelt, die ihre Kontrolluntersuchungen in Krankenhausambulanzen durchführen. Die Teilnahme an den Leitfadeninterviews erfolgte anschließend anonymisiert und auf freiwilliger Basis.

Die Einschlusskriterien sind sehr offen und breit gefächert formuliert, ich bat mein Umfeld um Hilfe und bekam anfangs gute Resonanz. Über den Sommer 2014 kam ich so zu meinen ersten Interviews. Der weitere Bekanntenkreis war jedoch schnell erschöpft, daher verfasste ich zeitgleich einen Einladungsbrief, welchen ich an alle meine Emailkontakte (im privaten Bereich) versendete und um Weiterleitung bat. Aus dieser Quelle meldeten sich 2 weitere Interviewpartner/innen. Um mich auf das theoretische Sampling berufen zu können, bedurfte es noch einiger Vertiefung bzw. Klärung einiger Sachverhalte. Dadurch aktivierte ich ein zweites Mal meine Selbsthilfegruppenkontakte. Zu Beginn des Sommers habe ich bei mehreren Selbsthilfegruppen angefragt (via Email und Telefon), ob sie meinen Einladungsbrief an die Mitglieder weiterleiten könnten, bzw. meine Suche nach Interviewpartnern/innen öffentlich zugänglich machen würden.

Die Suche nach weiteren Interviewkontakten zog sich schleppend über den Sommer, sodass ich im August nur ein Interview führen konnte. Zwei weitere folgten dann im September und Oktober. Das letzte Interview hielt ich im Jänner 2015.

Von den Selbsthilfegruppen erhielt ich dann insgesamt von sechs weiteren Betroffenen Antwort, welche sich für ein Interview bereit erklärten.

Die Rekrutierung erstreckte sich somit von Juni 2014 bis Jänner 2015.

Email-Einladung zu einem Interview an Selbsthilfegruppen:

„Sehr geehrte Damen und Herren,

ich schreibe an der Uni Wien - Institut Soziologie - meine Masterarbeit im Bereich der Gesundheitssoziologie und würde Sie bitten mein Anliegen an die Mitglieder der Gruppe weiterzuleiten, bzw. darin publik zu machen (schwarzes Brett, Forum etc.)

Ich bin auf der Suche nach Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, welche sich bereit erklären würden mit mir über Ihre Erfahrungen zu sprechen. Im Vordergrund stehen organisatorische Fragen, wie Informationsfragen, die Krankheit selbst ist nicht das Thema.

Da ich die Interviews für meine Masterarbeit benötige, kann ich kein Entgelt bieten. Die Interviews werden anonymisiert, Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich freue mich auf eine Antwort und bedanke mich für Ihre Bemühungen.

Interessenten mögen sich bitte über diesen Email Account bei mir melden.“

Aus dieser Formulierung resultierten zahlreiche Rückfragen leider keine Interviews, somit beschloss ich die Einladung zu kürzen:

„Mein Name ist Carmen Trost, ich schreibe meine Masterarbeit an der Universität Wien - Institut Soziologie - und bin auf der Suche nach Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen, welche sich bereit erklären würden mit mir über Ihre Erfahrungen zu dem Thema: "Ambulanzbesuche" zu sprechen.

Da ich die Interviews für meine Masterarbeit benötige, kann ich kein Entgelt bieten. Die Interviews werden anonymisiert, Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank im Voraus!“

Daraufhin meldeten sich mehrere Personen, welche Interesse an einem Interview bekundeten.

4.2.1. Selbsthilfegruppen und Vereine in Österreich

Selbsthilfegruppen bzw. Vereine werden von den Betroffenen bzw. deren Angehörigen selbst organisiert. In Wien gibt es die Selbsthilfe-Unterstützungsstelle (SUS) als erste Anlaufstelle, sie diente mir ebenfalls zur Kontaktaufnahme. Nach Anfrage erhält man einen Zugangscode, womit man dann Zugriff auf Nachrichten bekommt, falls welche eintreffen. Über diesen Weg meldete sich kein Interviewpartner/in.

Für Betroffene dient diese Stelle als Vermittlung und Informationsquelle. Es werden verschiedene Vorträge und Weiterbildungsmöglichkeiten über die Homepage angeboten. Organisiert wird die SUS von der Stadtgemeinde Wien.

Die Ärztekammer für Wien bietet auf ihrer Homepage eine Hilfestellung für die Suche zur passenden Selbsthilfegruppe an:

<http://www.aekwien.at/index.php/hotlines-a-patienteninfo/selbsthilfegruppen>

Es gibt in Österreich eine breite Landschaft von Selbsthilfegruppen (SHG) und Vereinen für die verschiedensten Krankheiten. Die Mitglieder unterstützen sich gegenseitig mit Erfahrungsaustausch und Informationsweitergabe. Die mannigfaltige Vernetzung ermöglicht Unterstützung in unterschiedlichste Bereiche welche private wie berufliche Lebenssituationen betreffen.

4.3. Stichprobenzusammensetzung

Die Anzahl der Interviews stand zu Beginn der Befragung nicht fest, Interviewpartner und Interviewpartnerinnen wurden nach Entwicklung des theoretischen Samplings gesucht, also es wurden Fälle gewählt, die der Weiterentwicklung der beschriebenen Kommunikationskonzepte dienten. Nach eintreten einer theoretischen Sättigung – das heißt es entstehen keine neuen Entwicklungen zur vorangegangenen Theorie – werden keine neuen Interviews geführt. Es konnten bei den letzten 3 Interviews keine neuen Entwicklungen festgehalten werden, daher beschloss ich nach dem 12. Interview das vorhandene Datenmaterial nach der qualitativen Inhaltsanalyse zu analysieren.

Auswahlkriterium für die Teilnahme war eine chronische Erkrankung, welche die Betroffenen zu Untersuchungen und Kontrollterminen in Spezialambulanzen im städtischen Bereich führen. Im städtischen Bereich deshalb um eine gewisse Homogenität zu erhalten. Daher bezieht sich diese Masterarbeit rein auf den städtischen Bereich und es kann keine Aussage zu einem Stadt-Land-Gefälle getroffen werden.

Die Zusammensetzung der Stichprobe entstand daher durch ein Schneeballverfahren, aus der Rückmeldung der im vorhergehenden Kapitel (Feldzugang und Feldeinstieg) beschriebenen Interviewpartner/innensuche.

Daraus entstand folgendes Sample, welches die nachstehende Tabelle verdeutlichen soll:

Tabelle 1: Zusammensetzung der Interviewpartner/innen:

KH	Gesprächsdauer	Geschlecht	Alter	Beschäftigungsausmaß in Stunden
Mukoviszidose	01:19:48	weiblich	33	0
Fibromyalgie	01:11:48	weiblich	54	0
Mammakarzinom (t)	01:27:14	weiblich	40	20
Sarkoidose	01:36:06	männlich	51	40
Knochennekrosen	00:26:45	männlich	41	0
chron. Schmerzen	0:44:53	männlich	82	0
Morbus Crohn	00:37:37	männlich	38	40
Morbus Crohn	01:04:19	männlich	55	0
Multiple Sklerose	00:30:40	weiblich	43	40
spastische Hemiparese	00:56:08	männlich	40	0
Morbus Crohn	01:26:03	weiblich	41	40
Morbus Crohn	00:30:17	männlich	42	40
Gesamt	11:51:38			
Durchschnitt	0:59:18		46,7	1:1

4.4. Qualitative Leitfadeninterviews

Angestrebt werden Leitfadeninterviews mit chronisch Kranken, welche in medizinischer Behandlung sind. Ich habe mich für ein qualitatives Forschungsdesign entschieden, um die Forschungsfragen adäquat beantworten und analysieren zu können. Die Fragen für den Leitfaden leiten sich von der theoretischen Vorarbeit ab. Gegebenenfalls habe ich während des Gesprächs noch zusätzliche Fragen gestellt. Die Gesprächsatmosphäre war, bis auf einen Fall sehr angenehm und es konnte sich ein Erzählfluss aufbauen. Bei drei der gehaltenen Interviews erwies sich die Transkription als schwierig, da es Hintergrundlärm gab.

Zum Einstieg und zur Auflockerung der Gesprächssituation, bat ich mein Gegenüber mir Allgemeines zu der Erkrankung zu erzählen: Diagnose, Dauer, Schwere der Erkrankung (ärztliche versus subjektive Einschätzung), Versicherungssituation (Kasse, Privat oder Zusatzversicherung), etwaige bisherige Behandlungen.

Bei einigen ergab es sich, dass „Du“ anzubieten, da dies aber eine subjektive Einschätzung war, wartete ich die erste Reaktion meines Gegenübers ab. Teilweise fanden die Interviews bei den Betroffenen zuhause bzw. eines bei mir zuhause statt. Mit einigen traf ich mich in

Kaffeehäusern und eines fand im Krankenhaus statt, da sich der oder die Betroffene gerade stationär dort befand.

Der Leitfaden lehnt sich an die kommunikativen Kontexte von Vogd an, diese stellen ein Kategorienschema dar und anhand dieser soll mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet werden. Der Leitfaden wurde nicht vorgelesen, sondern im Rahmen des Gespräches offen gestellt. Diese Vorgehensweise sollte den formellen Charakter eines Interviews lockern, und sich einer angenehmen Gesprächssituation annähern. Vor Beginn der Interviews wurden alle Gesprächspartner/innen über die Notwendigkeit einer Tonbandaufzeichnung aufgeklärt und es wurde ihnen versichert, dass keine genannten Namen von erwähnten Personen und / oder Organisationen transkribiert oder verwendet werden.

Anhand der folgenden Leitfadenfragen erzählten die Interviewpersonen über ihre persönliche Wahrnehmung im Zusammenhang mit ihren Besuchen in Spezialambulanzen, sowie über ihre Motivation, diese Ambulanzen regelmäßig oder bei Bedarf aufzusuchen.

Tabelle 2: Darstellung des qualitativen Interviewleitfadens

Kategorie (Hauptfragestellung)	Fragestellung
Krankheit	Wie sehr ist Ihre Krankheit im Alltag präsent? Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit informiert? Wie ist Ihr Verständnis für ihre Krankheit nach der Konsultation?
Gefühle	Angst? Schmerz? Hoffnung? Depression? In welchen Situationen hatten Sie diese Gefühle?

	Wie fühlten Sie sich während der Gesprächssituation?
Artefakte	Was viel Ihnen sofort auf? / Was stach Ihnen ins Auge? Wie waren die Räumlichkeiten des Wartebereiches?
Organisation	Wie lange warteten Sie auf den Aufruf? Wie lange waren Sie im Behandlungszimmer? Füllten Sie einen Fragebogen aus? Wurde bei Ihnen schon einmal die gleiche Behandlung / Therapie vollzogen, waren diese gleich / ähnlich? Gibt es Anmerkungen zum Ablauf? / Auffälligkeiten? Gab es Störungen von außen bzw. Unterbrechungen?
Netzwerke	Sprach der Arzt / die Ärztin mit Ihnen über etwas anderes als Ihre Krankheit? Beispielsweise Beruf / Arbeitsunfähigkeit / Krankenstand.
Geruch	Erinnern Sie sich an einen bestimmten Geruch? Viel Ihnen ein Geruch auf? Erinnern Sie sich an einen Geruch?

Da die spezifische Fragestellung auf das Verständnis und Bewusstseinsbildung des oder der Befragten zielt, sollen hier keine Kategorien gebildet werden, um möglichst offen für die

Formulierung zu bleiben. Die offen gehaltene Fragestellung soll dem Gegenüber ermöglichen die eigene Wahrnehmung zu formulieren.

Spezifische Fragestellung	Zielsetzung
Was wissen Sie über die Ambulanz, welche Sie regelmäßig aufsuchen?	Mit dieser Frage möchte ich herausfinden, was die Patienten/innen tatsächlich über die Ambulanz wissen, welche Informationen sie haben.
Wann war Ihr letzter Ambulanzbesuch und wie häufig besuchen Sie die Ambulanz?	Hier möchte ich die Häufigkeit und Regelmäßigkeit erfragen. Wie weit muss sich der Patient / die Patientin zurückerinnern, beziehungsweise ist er / sie ein Dauergast in der Ambulanz.
Wie sind Sie über die Ambulanz informiert worden?	Ist der / die Erkrankte vom Hausarzt oder vom Facharzt überwiesen worden, oder wurde die Empfehlung von anderen Personen gemacht etc. Welche Informationswege nutzte die Person?
Was war ausschlaggebend, dass Sie diese Ambulanz gewählt haben?	Welche Einflüsse haben die Person bewegt in diese bestimmte Ambulanz zu gehen?
Hätten Sie Alternativen, die sie aufsuchen können?	Hier möchte ich in Erfahrung bringen, inwieweit sich der oder die Betroffene mit Alternativen auseinander gesetzt hat.
Wie empfanden Sie die Gesprächssituation mit dem Arzt / der Ärztin?	Wie war die Gesprächsatmosphäre, persönliches Empfinden.
Ging der Arzt / die Ärztin auf Sie ein?	Aufmerksamkeit / Persönlichkeit
Konnten Sie ihre Anliegen vorbringen?	Zufriedenheit nach der Gesprächssituation
Wurde adäquat auf Ihre Anliegen	Zufriedenheit / Aufmerksamkeit

eingegangen?	
--------------	--

Abschließend werden soziodemografische Fragen gestellt. Diese dienen der Vervollständigung und der allgemeinen Statistik: Alter, Beruf, Bildung.

Es gab während der Interviewsituation keine beteiligte, dritte Person. Die durchschnittliche Interviewzeit aller Interviews betrug 59 Minuten, wobei das längste eine Stunde und 36 Minuten dauerte und das kürzeste 26 Minuten. Diese unterschiedliche Interviewzeit ergab sich aus meiner Sicht, hauptsächlich aus der Gesprächigkeit meines Gegenübers. Manche erklärten die Situationen ausführlicher, und erzählten offener und freier über ihre Erkrankung. Es wurde bei jedem Interview auf alle Leitfadenfragen eingegangen, bei manchen musste ich nachfragen, bei einigen ergaben sich die Fragen aus dem Kontext im Gesprächsfluss.

4.5. Qualitative Inhaltsanalyse und Datenaufbereitung nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erwies sich für mich als geeignete Methode zur Analyse meines Datenmaterials. Der Umgang mit großen Datenmengen und die Interpretationsarbeit von einer Person (fehlendes Forscherteam) verlangen nach einer Festlegung eines konkreten Ablaufmodells um eine Systematik und gewisse Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten (Mayring 2010: S 48f). Des Weiteren halfen die vorher festgelegten Regeln bei den zeitweiligen Interpretationshilfen, welche ich hinzugezogen habe, um einen persönlichen Bias auszuschalten bzw. so gering wie möglich zu halten.

Die Methode hat zum Ziel regel- und theoriegeleitet vorzugehen. Außerdem verfolgt sie dabei systematisch das Ziel rückführbar auf bestimmte Gesichtspunkte der Kommunikation zu sein (Mayring 2010: S 13).

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Methode, welche in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden werden muss, und keinesfalls immer gleich aussieht. Es ist daher unabdingbar vorher Regeln festzulegen, wie das Material bearbeitet werden soll, im Hinblick auf die konkrete Fragestellung, sodass diese auch beantwortet werden kann (Mayring 2010: S 48 f.).

Meine Vorgehensweise war systematisch und theoriegeleitet nach der Technik:
Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung.

4.6. Datenaufbereitung und Interpretation

Nach Führung der Interviews wurden diese transkribiert und nach folgenden Regeln transkribiert:

- Die Transkription erfolgt wortwörtlich und nicht zusammenfassend. Dialekte werden wortgenau (wenn möglich) in das Hochdeutsche übersetzt. Wenn dies nicht möglich ist, dann wird das Gesprochene detailgetreu übersetzt. (Unvollständigkeiten und Wiederholungen belassen)
- Gesprochene Grammatik(fehler) wird beibehalten, auch wenn diese nicht syntaktisch ist.
- Auf Interpunktionen wird zur besseren Lesbarkeit teilweise verzichtet. Bei Tonlagenänderung, sowie bei nicht eindeutigen Betonungen wird eher ein Punkt als ein Beistrich gesetzt.
- Zustimmungende verbale Äußerungen wie etwa „Ah“ werden transkribiert.
- Unterschiedliche Sprechbeiträge des / der Interviewenden, wie des Gegenübers werden in tabellarischen Absätzen kenntlich gemacht.
- Auffälligkeiten wie Lachen, auffälliges Räuspern oder ähnliche emotionale nonverbale Äußerungen, werden in Klammer gesetzt und somit dokumentiert (z.B. lacht).
- Die zu interviewende Person wird mit einem „B“ (steht für Befragte/r) und die Interviewerin mit einem „I“ abgekürzt.
- Wird während des Interviewgespräches eine wörtliche Rede zitiert, wird dieses Zitat unter Anführungszeichen gesetzt.

(Dresing/Pehl 2011: 19-23)

Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010: S 68):

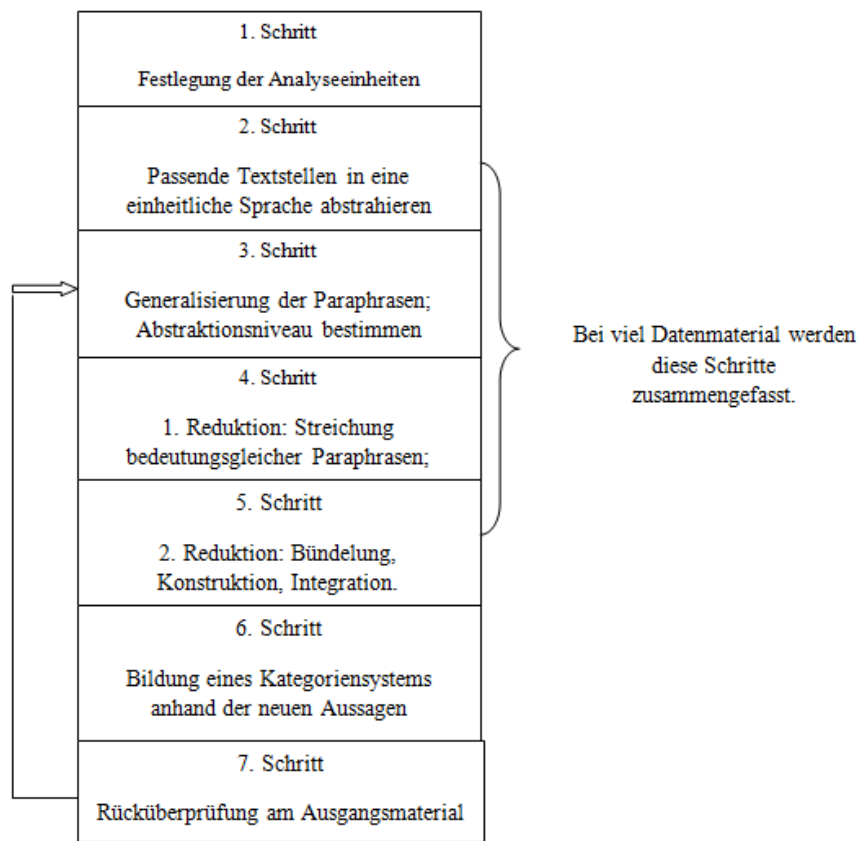


Abb. 4

In nachfolgender schrittweiser Darstellung wird die Analysearbeit beschrieben:

Im **ersten Schritt** wurden die Analyseeinheiten festgelegt. Für die Definition der inhaltsanalytischen Einheiten (Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheiten) (Mayring 2010) konzentrierte ich mich auf die beiden Forschungsfragestellungen (Hauptfragestellung und spezifische Fragestellung), die kommunikativen Kontexte von Vogd: Krankheit, Gefühle, Artefakte, Organisation und Netzwerke. Der Geruch als auffallendes Kriterium wurde von mir erweitert (siehe Kapitel 6.2.), sowie auf die bereits theoretisch ausgearbeiteten Ansätze zur Bewusstseinsbildung und Verständnisfragen, welche im Sinne der qualitativen Forschungsfrage offen formuliert wurden. Letzteres wurde mit einer außenstehenden Person erarbeitet um – wie erwähnt – den persönlichen Bias gering zu halten.

Anhand der bereits erarbeiteten Theorie konnten folgende Hypothesen benannt werden, die als Hilfestellung für die Bearbeitung des Materials herangezogen wurden. Mittels derer die spezifische Fragestellung aus dem Datenmaterial extrahiert werden sollte.

- Wenn die Kommunikation zwischen Arzt / Ärztin – Patient / Patientin rekursiv ist, dann kommt der / die Patient/in wieder in die Ambulanz.
- Wenn der / die Patient/in zufrieden mit der Behandlung, Aussage, Diagnose ist, dann kommt der / die Patient/in wieder in die Ambulanz.
- Patienten/innen, die in der Gesprächssituation die volle Aufmerksamkeit seitens des Arztes / der Ärztin erhalten, fühlen sich gut aufgehoben.
- Patienten/innen die gut über ihre Krankheit informiert sind erleben die Gesprächssituation entspannter, die Symmetrie ist ausgeglichener.

Im **zweiten Schritt** wurde das Textmaterial paraphrasiert. Das bedeutet, dass passende Textstellen in eine einheitliche Sprache abstrahiert wurden. Anfangs in kleinen Einheiten, nach ca. einem Drittel des Materials waren die Analyseeinheiten sehr präsent. Die Paraphrasierung wurde mit der ersten Reduktion zusammengefasst, und abstrakt aufgeschrieben. Das bedeutet, dass die nächsten beiden Analyseschritte ab der Hälfte des Textmaterials zusammen erfolgten (Mayring 2010: S 69).

Der **dritte Schritt** bedeutet die Generalisierungsformulierung für die Paraphrasen, was ein Hinzuziehen von theoretischen Vorannahmen im Zweifelsfalle vorsieht.

Der **vierte Schritt** steht für die Streichung, bedeutungsgleicher und inhaltlich unwichtiger Paraphrasen, und einer Verallgemeinerung der übrig gebliebenen Paraphrasen.

Nun werden **im fünften Schritt**, die auf sich beziehenden Paraphrasen gebündelt, zusammengezogen und durch eine neue Aussage reproduziert.

Im **sechsten Schritt** ist nun ein Kategoriensystem entstanden, welches in einem **siebenten und letzten Schritt** mittels einer Rückführung alle ursprünglichen Paraphrasen enthalten muss. Exakter wäre eine Rückprüfung mit dem Ausgangsmaterial selbst. In meiner Analysearbeit hat eine einmalige Zusammenfassung gereicht, da das gesamte Material in

seinen Schritten zweimal gesamt durchgearbeitet wurde und dadurch ein allgemeines, knappes Kategoriensystem entstanden ist.

(Mayring 2010: 67 – 70).

Insgesamt wurden für die zwölf durchgeführten Interviews, die durchschnittlich 59 Minuten dauerten, 251 Seiten transkribiert. Die transkribierten Interviews wurden anhand der Leitfragestellungen zusammengefasst. Im nächsten Schritt wurden alle, für die Forschungsfrage, nicht relevanten Aspekte ausgeschlossen. Die daraus resultierenden Paraphrasen wurden generalisiert, das bedeutet auf eine einheitlich, sprachliche grammatikalische Kurzform gebracht. Im nächsten Schritt wurden diese Generalisierungen reduziert und durch neue Aussagen wiedergegeben. Mittels der aus der Theorie festgelegten Analyseeinheiten wurden Unterkategorien entwickelt aus denen die Hauptkategorien erstellt werden konnten:

Tabelle 3: Darstellung der Haupt- und Unterkategorien nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010):

Hauptkategorien	Unterkategorien
Krankheit	Diagnosestellung Gesundheitszustand
Gefühle	
Artefakte	Räumlichkeiten
Organisation	Spezialambulanz Wartezeit Anmeldesystem Aufrufsystem
Netzwerke	Informiertheit/Information
Kausale Motivation	Arzt- / Ärztinnenwechsel Kommunikation Persönlichkeitsmerkmal ^{Arzt / Ärztin} _{Patient / Patientin} Routine / Schema F Zwischenmenschliches Verhalten

4.7. Ergebnisdarstellung

Die Hauptkategorien, welche anhand der Inhaltsanalyse nach Mayring gebildet wurden, rekonstruieren die von der Patientenschaft wahrgenommene Darstellung der Ambulanz in der Innen-Außen-Differenz und dem daraus resultierenden Sinnverständnis und der Motivation diese aufzusuchen.

Bezugnehmend zu den kommunikativen Kontexten von Vogd, welche für die Krankenbehandlung essentiell sind, wurden die bereits in der Theorie existierenden Bezeichnungen für die Titulierung der Kategorien verwendet. Diese Nomenklaturen erweisen sich im Kontext zum Datenmaterial als schlüssig, und werden im Folgenden akkurat und nachvollziehbar beschrieben.

Die Darstellung einer Organisation ist aus systemtheoretischer Sicht gekoppelt an ein gesellschaftliches Funktionssystem – das Krankenhaus an das Medizinsystem (Vogd 2011a: 144). In dieser Organisation stellt das ambulante System eine besondere Herausforderung dar: die flüchtige Kommunikation, der Operator: Unsicherheit muss in kurzer Zeit Vertrauen aufbauen um zweckmäßig die Erwartung einer adäquaten Behandlung zu erhalten (Vogd 2011a: 318). Diese Gradwanderung und Kunst der Zustimmung seitens beider Akteure/innen kann lediglich anhand der Besonderheit des Bezugsproblems: Vertrauen bewältigt werden. Diese Prämisse wird verdeutlicht mittels des Kommunikationszusammenhangs des erhobenen Materials. Die Entstehung und Wirkung innerhalb des Kontextes wird durch die Wahrnehmung der Akteure/innen aufgebrochen.

Die Basis der Kommunikation wird über den kranken Körper gestellt, jedoch ist die kommunizierende Ebene die emotionale. Diese Besonderheit der Kommunikationskonstellation löst bei beiden Akteuren/innen eine Reaktion hervor, die anhand der Persönlichkeit und rekursiv Wirkung auf die Ausgangssituation hat. Äußere Einflüsse wie die Umgebung, wirken auf die Wahrnehmung der Patienten und Patientinnen. Des Weiteren beeinflussen organisatorische Strukturen, welche implizit auf die Handlungsabläufe wirken, auf die Apperzeption (Vogd 2011a: 249f).

4.7.1. Krankheit

Der kranke Körper verdrängt alles andere in den Hintergrund. Da es sich bei den Befragten um chronisch Kranke handelt, wurde dieser Faktor retrospektiv beschrieben. Zu Beginn der Erkrankung waren die Defizite omnipräsent im Alltag. Als erste Anlaufstelle erwies sich der / die Hausarzt / Hausärztin, diese Funktion stellt sich als Verteiler dar. Jedoch wird bei spezifischen Symptomen diese Rolle als unsicher beschrieben, durch fehlendes Spezialwissen und fehlende Erfahrung mit dem aufgetretenen Krankheitsbild. Es folgte für die Erkrankten der Weg zur Diagnose, es mussten Befunde erhoben werden, manchmal mehrmals dieselben, da nachfolgende, beziehungsweise andere Einrichtungen die Vorbefunde nicht akzeptierten. Diese Phase der Erkrankung wurde mehrheitlich als zeitaufwendig, verbunden mit viel emotionaler Investition, Aufwand und Energie beschrieben. Im Besonderen, wenn es sich um eine chronische Erkrankung handelt, war die Diagnosestellung schwierig:

„[...] dann war... die nächste Rheumaambulanz, von einem Arzt zum anderen. Von einem Spital ins andere; und es ist eigentlich nicht wirklich was rausgekommen“ (I2).

Des Weiteren verdeutlicht dieser Ausschnitt, dass eine unklare Diagnose häufige Ambulanzbesuche in kurzen Abständen indizieren. Vom ersten Symptom zur Diagnosestellung verging so unterschiedlich viel Zeit; von einer Spanne von einem Jahr und 10 Jahren wurde berichtet.

„Also, 1994 haben meine Probleme begonnen, ich fasse zusammen. Ich brauchte 10 Jahre, bis ich wusste, was los ist, ich war lang bei Ärzten im Spital bei Untersuchungen, und da war immer nur: Könnte sein, Könnte sein, Könnte sein; [...],“
(I8).

Der Lebensabschnitt der Diagnosestellung, wurde mit drastischen Einschnitten und Lebensumstellungen beschrieben. Einhergehend wurde von verschiedenen Bewältigungsstrategien berichtet, wie beispielsweise Vermeidung von zusätzlichen, banalen Erkrankungen, die das Immunsystem angreifen, oder bei gutem Allgemeinzustand Sport als Ausgleich. Sportliche Aktivitäten dienen der mentalen Unterstützung. Das Leben mit der Diagnose bedeutet aber auch, dass wenig Zeit für Freizeitaktivitäten bleibt, durch vermehrte Aufenthalte im Krankenhaushaus auch erfordert die Erkrankung viel Planung. Ein Termin außerhalb der Wohnung kann eine große Herausforderung darstellen:

„[...] bin daheim gesessen - mit dem Routenplaner - nix essen, nix trinken - wann was is - wo san die Klos. Bei jeder Darmregung - gleich sicherheitshalber - g'rennt.“
(IP10).

Beziehungsweise müssen für Urlaub oder Reisen bestimmte Vorkehrungen getroffen werden:

„Das einzige ist, dass man halt organisatorisch halt dran denken muss, dass man Medikamente Nachschub organisiert, dass man da genug mithat“ (IP12).

Das Befinden ist unter anderem abhängig von der Jahreszeit, und der psychischen Verfassung. Des Weiteren spielen Faktoren der empathischen Empfindung, gegenüber Betroffener eine Rolle. Auch wirkt das Umfeld auf das Individuum, so wurde beschrieben, dass unfreundliche Behandlung negative Wirkung auf den Krankheitsverlauf habe.

Als weiterer Bezugspunkt zur Beschäftigung mit der Krankheit wurde die Therapie genannt, beziehungsweise die Umstellung dieser, oder welche Erfolgsaussicht die Therapie bieten kann. Kommt es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, verlieren manche das

Vertrauen in den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin, und die Sinnhaftigkeit der Behandlung wird hinterfragt.

Ist die Krankheitssymptomatik soweit medikamentös eingestellt, verschwindet die Krankheit aus dem täglichen Fokus, und die tägliche Medikamenteneinnahme wird zur Gewöhnung und gehört dazu, wie das Zähne putzen:

„[...] ansonsten halt immer regelmäßig meine Medikamente nehmen muss, was in Fleisch und Blut übergeht, wie das tägliche Zähneputzen, in der Früh diese 3 Sackerl Granulat. Ist es schon so, dass man sicherer wird“ (IP12).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Krankheit bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den Fokus der Aufmerksamkeit rückt und sich mehr damit beschäftigt wird, wie folgendes Zitat verdeutlichen soll:

„Man interessiert sich mehr für seine KH, wenn es einem schlecht geht“ (IP12).

Was auch systemtheoretisch die Plausibilität des medizinischen Codes im Sinne von krank / nicht krank verifiziert. Dies bestätigen die Sinneswahrnehmung der *„[...] Durch- und Vordringlichkeit von Krankheit und Schmerz [...]“* (zit. nach Vogd 2011a: 74) und der dadurch entstandene sofortige Handlungsbedarf.

4.7.2. Gefühle

Gefühle haben einen kommunikativen Charakter, welche auf das Individuum Auswirkungen haben. Diese Gefühlsregungen entstehen durchaus schon vor dem eigentlichen ärztlichen Gespräch: durch die Angst den Aufruf zu verpassen, entsteht eine Stresssituation, die dazu bewegt, den Sitzplatz nicht zu verlassen und jegliche Regung vor der Kabine wahrzunehmen.

„[...] wirst einfach gerufen, und wennst jetzt schon mal 20 Minuten wartest denkst dir: kann ich jetzt noch schnell aufs Klo gehen, oder geht es sich noch aus, oder etwas zum Trinken holen, oder so“ (IP2).

Eine andere Aussage dazu:

„Da muss man meist in der Zeit, wo man wartet auch noch 1 – 2x aufs Klo, hat aber Angst, dass man in der Zwischenzeit aufgerufen wird, also das ist unangenehmer“ (IP12).

Auch die Angst vergessen zu werden ist eine Gefühlsregung im Wartebereich, ausgelöst durch unüberschaubare Aufrufsysteme und lange Wartezeiten.

Die am häufigsten kommunizierte Gefühlsregung war das Attribut „Unsicherheit“. Unsicherheit darüber, was auf einen zukommt, dass der Arzt oder die Ärztin zu dem vereinbarten Termin nicht da ist, oder aber auch die Unsicherheit zu einem Thema mehrere unterschiedliche Meinungen zu erhalten. Diese verschiedenen Meinungen wurden ebenso durch verschiedene Ambulanzen, wie in der gleichen Ambulanz durch unterschiedliche Ärzte /Ärztinnen wahrgenommen.

Diese Unsicherheiten hatten wieder Emotionen zur Folge. Diese reichten von Wut, über ungutes Gefühl bis hin zu Verärgerung.

„[...] Verarscht fühlt man sich, weil ich bin wirklich mit dieser Erwartung hingegangen, die hat das angekündigt, der weiß Bescheid, der hat all meine Unterlagen gekriegt, [...]“ (IP3).

Eine weitere Aussage:

„Wia ma do zeitweis den Patienten für blöd verkauft, das spottet jeder Beschreibung“ (IP4).

Eine andere Äußerung zeigt eine resignierte Stimmung, das Gefühl des ausgeliefert sein:

„Man fühlt sich ausgeliefert. Was passiert? - Bin sehr vorsichtig. Wie geht's jetzt weiter? Das Hauptgefühl ist ausgeliefert. Wenn mehr Empathie wäre, würde ich mich sicherer fühlen“ (IP8).

Auch führen unbeantwortete Fragen, offen gelassene Themen zu Unsicherheiten, diese hinterlassen ebenfalls Spuren in der Gefühlswelt der Individuen.

„[...] ich möchte meine Fragen beantwortet haben, das war einfach immer so im Schnellverfahren und ich bin dort jedes Mal rausgegangen, mit dem Gefühl, ich bin nicht alles losgeworden. Oder, es sind einfach noch Fragen offen, und das war ein sehr ungutes Gefühl“ (IP3).

Im Gegensatz zu den erläuterten Unsicherheiten bieten Sicherheiten positive Gefühlsregungen. Diese Sicherheiten werden durch zuhören und adäquates eingehen auf

gestellte Fragen geboten. Diese empathische Leistung ist abhängig von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur des Arztes / der Ärztin. Die Persönlichkeitsmerkmale werden in der Rubrik „kausale Motivation“ dieses Kapitels näher erläutert.

Mit welchem Gefühl der Patient / die Patientin die Ambulanz verlässt, ist somit ein wichtiger Faktor für die Arzt / Ärztin – Patient / Patientin – Interaktion. Das gute Gefühl wird immer einhergehend mit der Fokussierung auf das Gespräch, und die damit aufgewendete Zeit beschrieben:

„[...] aber er nimmt sich dann Zeit. Dann fühle ich mich echt gut betreut. Er schreibt alles auf, er macht es gewissenhaft“ (IP9).

Eine weitere Aussage:

„Dr. XX hat sich wirklich Zeit genommen und mir Morbus Crohn hervorragend erklärt [...]“ (IP11).

Die Kategorie „Gefühl“ steht in enger Verbindung mit der Kategorie „kausale Motivation“, da in derer die Persönlichkeit des Arztes / der Ärztin und der Patienten/innen, die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhalten verankert sind. Diese Kategorie wird durch die Motivation und dem Verständnis der Patientenschaft gegründet. Die Gefühle beeinflussen die Antwort- und Handlungsmöglichkeiten der Akteure/innen in der Ambulanz. Die Emotionen wirken lange nach der Gesprächssituation nach, und haben Einfluss auf die Reflexion des Besuches und des gesamten Kontextes.

4.7.3. Artefakte

Dinge, Umgebungen, Räume haben eine Wirkung auf Individuen und setzen einen Bezug zu dem jeweiligen Kontext, dieser hat ebenso einen kommunikativen Charakter, wie die zuvor beschriebene Gefühlswelt. Diese reflexionsartige Wahrnehmungsleistung kann durch unterschiedliche Artefakte entstehen. So findet die weiße Kleidung oder der Arztkittel oder das Krankenbett eine Erwähnung seitens der Literatur (Vogd 2011a: 40). In dieser Kategorie soll die Wahrnehmung seitens der Patientenschaft gegenüber den Artefakten in der Ambulanz beschrieben werden.

Es wurde auf die Frage: „Was viel Ihnen sofort auf?“. Überwiegend der Warteraum beziehungsweise die Anmeldung beschrieben. Die Befragten berichteten über lange Warteschlangen (was in engerem Sinn kein Artefakt ist, jedoch eine verbildlichende

Darstellung einer selektiven Wahrnehmung) vor dem Anmeldeschalter. In manchen Fällen wurde von Nummernspendern neben der Anmeldung berichtet, dies ist abhängig von der jeweiligen Organisationsstruktur des Krankenhauses. Des Weiteren wurden die Sitzmöglichkeiten im Wartebereich artikuliert.

„Unbequem und teilweise zu wenig Sitzplätze, ich habe oft Schmerzen, grad wenns ma nicht gut geht, grundsätzlich und wenn ich dann sitzen muss, ist unbequem“ (IP7).

Eine weitere Aussage zu den beschriebenen Sitzmöglichkeiten:

„Dann habens auch noch immer so unbequeme Sesseln auch noch dort. Und das ist ganz furchtbar“ (IP2).

Eine andere Äußerung zu den mangelnden Sitzplätzen:

„[...] dann kriegt man einen Wartebereich zugewiesen, das Problem ist, da gibt es dann meistens nur 10 Sitzplätze für 20 Leute. Die Wartezeit ist die Frage der Stoßzeit, ich krieg dann e irgendwann einen Sitzplatz, das ist halt so ein Sesselrücken - die Reise nach Jerusalem“ (IP7).

Bezugnehmend auf die Literatur, dass Artefakte [...] Erwartungen instruieren und Routine stabilisieren sowie die Krankenbehandlung mit einem Gedächtnis versorgen [...] (zit. nach Vogd 2011a: 40) erfüllen zu wenig und unbequeme Sitzplätze die Wahrnehmung der Individuen im Hinblick an die Ambulanz. Im Allgemeinen wurde der Ambulanzbereich mit den Attributen ungemütlich bezeichnet, durch Merkmale wie schlechte Luft, Neonlicht und großer Wartebereich. Die Farbe orange⁹ weckte folgende Assoziation:

„Also – das orange mag nicht jedermans Sache sein, aber eigentlich es ist hell, es ist warm, es ist nicht unangenehm [...]“ (IP12).

Spannenderweise gegenteilig zu den anderen Attributen, erweckte die Farbe eine positive Assoziation. Diese fällt unter die persönliche Entscheidung bzw. Wahrnehmung und Verbindung zu dieser Farbe. Im Allgemeinen wurde wenig Bezug zu der Farbe genommen. Es wurde die Ermangelung an Frischluftzufuhr, als unangenehme und unpersönliche

⁹ Im größten Krankenhaus Österreichs – AKH Wien – sind die Ambulanzbereiche alle in orange gehalten.

Ausstrahlung des Wartebereichs beschrieben. Des Weiteren wurde nicht funktionierendes, technisches Equipment wahrgenommen:

„[...] diese komischen elektronischen Anzeigetafeln, die ja in Wirklichkeit alle nicht funktionieren, oder zum Großteil nicht funktionieren, das ist halt scheinbar ein Relikt aus der Vergangenheit, [...]“ (IP12).

Eine weitere Aussage:

„Das ist irgendwie klaglos gescheitert, diese Tafeln, man hat eine Nummer gekriegt bei der Anmeldung, auf der Tafel ist die Nummer gestanden und der jeweilige Raum. Nach ein paar Jahren habens das eingestellt. Stromsparmaßnahmen? Keine Ahnung“ (IP 7).

Hingegen wurde funktionierende, technische Ausstattung positiv wahrgenommen:

„[...] da gibts über jeder Tür diese Anzeigetafel, wie auf einem Bhf. Da steht immer drauf, wann wer in welchem Zimmer dran kommt da wirst ausgerufen und man sieht es am Bildschirm.“ (IP2).

Zusammenfassend kann die Kategorie der Artefakte als Beschreibung der Warteräume bezeichnet werden, die Patientenschaft verbringt hier die meiste Zeit und beobachtet die Umgebung. Die Warteräume wurden als einheitlich wahrgenommen, mit wenigen Unterscheidungen, so wie als Beispiel die Aussage der Farbe orange, beziehungsweise die technische Ausstattung.

4.7.4. Organisation

Diese Kategorie setzt sich aus mehreren Unterkategorien zusammen, da sich der organisatorische Ablauf sehr komplex zeigt. Es laufen viele Entscheidungen im Hintergrund, beziehungsweise auf Ebenen ab, die nicht sichtbar gemacht werden können. Die organisatorischen Abläufe werden teilweise durch die Routine transparent gemacht, zumindest rahmen sie diese und ermöglichen einen standardisierten Ablauf. Dieser Bereich ist sehr vielschichtig und wurde in dem Kapitel „2.2. Das Krankenhaus als Organisation“ behandelt.

Nun ergeben sich daraus die wahrgenommenen Beschreibungen der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen anhand der zuvor überlegten Fragestellungen:

- Wie lange warteten sie auf den Aufruf?
- Wie lange waren sie im Behandlungszimmer?
- Füllten sie einen Fragebogen aus?
- Wurde bei ihnen schon einmal die gleiche Behandlung / Therapie vollzogen, waren diese gleich / ähnlich?
- Gibt es Anmerkungen zum Ablauf? / Auffälligkeiten?
- Gab es Störungen von außen bzw. Unterbrechungen?

Die daraus resultierenden Antworten ergaben durch Zusammenfassung, Reduktion und grammatikalische Einheitsformulierungen folgende Unterkategorien:

- Spezialambulanz
- Wartezeit
- Aufrufsystem
- Anmeldesystem

Die Komplexität dieser Kategorie lässt sich nur durch aufbrechen der Routine erfassen, deswegen werde ich im Folgenden anhand der Unterkategorien die beschriebenen, beobachteten Elemente darstellen.

Die Titulierung „Spezialambulanz“ dient zur sprachlichen Abgrenzung gegenüber der Titulierung „Ambulanz“, da Spezialambulanzen als organisatorische Ausprägung als Terminambulanzen geführt werden. Hingegen der Terminus Ambulanz leicht mit einer Akutambulanz – für Notfälle – verwechselt werden könnte. Des Weiteren sind Spezialambulanzen durch ihre Fachrichtung geprägt und bedeuten zumeist eine eigene Einheit, eingebettet in der Organisation Krankenhaus. Auf diese Unterscheidung wird aber im Folgenden kein Bezug genommen. Das bedeutet, dass zwischen den Fachrichtungen per se keine Differenzierung erfolgt, darauf ist mein Sampling nicht ausgerichtet und wird in der anschließenden Diskussion noch näher erörtert.

Bezugnehmend auf die klassische Systemtheorie sind Organisationen auf die Erfüllung eines bestimmten Zwecks ausgerichtet, diese werden anhand ihrer eigenen Operationen reproduziert (Vogd 2011a: 143 f). Dies wäre im weiteren Sinne der Einheit: Ambulanz der Zustrom der Patientenschaft, und im engeren Sinn: die Krankenbehandlung.

Die **Spezialambulanz** dient bei multimorbiden Individuen¹⁰ als Zuweisungs- beziehungsweise Hauptverteilerstelle. Das bedeutet, dass sozusagen die Spezialambulanz, an der die Haupterkrankung behandelt, wird zu den anderen Fachrichtungen überweist. Diese Befunde werden zusammengetragen, und bei der Hauptstelle besprochen.

Wie diese Aussage verdeutlicht:

„Und die restlichen Organe haben noch ZF¹¹, die schauen sich das an, und die schicken mich dann: Diabetesambulanz, weil Zucker hab ich auch. Dann auf die Gynäkologie, was du halt wirklich brauchst, Impfambulanz, die schreiben dir dann die Zuweisung, dieses und jenes machst, und du gehst halt überall hin“ (IP1).

Abhängig von der Erkrankung, beziehungsweise der Multimorbidität, kann es auch mehrere Anlaufstellen geben:

Dann bin ich ins AKH gegangen - MC¹² zu Prof. XX- und die haben gut mit der MS¹³ Station zusammen gearbeitet“ (IP9).

Des Weiteren sind die Ärzte und Ärztinnen ausgewiesene Spezialisten auf den jeweiligen Fachgebieten, und es werden spezifische Untersuchungsverfahren angeboten. Spezialwissen zeugt für die Betreuungsqualität, und der Behandlung auf dem aktuellsten Stand der Forschung.

¹⁰ Personen, welche mehrere Krankheitsbilder gleichzeitig aufweisen.

¹¹ Zystische Fibrose (ZF) auch Mukoviszidose ist eine erbliche Stoffwechselerkrankung, durch vermehrte Produktion und erhöhte Viskosität der mukösen Drüsen (Lunge, Verdauungstrakt), kommt es im Bereich der Atmung und Verdauung zu Komplikationen (Pschyrembel 1997: 469).

¹² Morbus Crohn (MC) gehört zu den chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, und kann den gesamten Darmtrakt befallen (Pschyrembel 1997: 404).

¹³ Multiple Sklerose (MS) ist eine entzündliche Erkrankung des Zentralen Nervensystems (ZNS), im speziellen der Myelinscheiden (Pschyrembel 1997: 997f).

Folgende Aussage bestätigt, dass Spezialwissen für die Betreuung einen hohen Stellenwert hat:

„[...] wenn ich jetzt meinen Wohnsitz wechseln würde, was ich aber nicht vorhabe dzt., würde ich mir natürlich woanders eine, aber ich würd schon schauen, dass ich wieder zu einer Spezialambulanz komm. Weil ich schon glaub, dass die dort einfach von der Betreuungsqualität besser sind“ (IP12).

Diese Spezialisierung gibt Sicherheit für adäquate Behandlung, Betreuung und Aufklärung. Die Spezialambulanz dient sozusagen als Drehscheibe, zu allen angrenzenden Institutionen, welche sich mit der spezifischen Erkrankung befassen:

„In der Ambulanz, in dem Ambulatorium, wo sie eben spezialisiert sind drauf. Da bin ich auf alles hingewiesen worden, Unterlagen von der Selbsthilfegruppe, Psychotherapie, Gruppensitzungen habens angeboten [...]“ (IP2).

In schwerwiegenden Fällen ist die Auswahlmöglichkeit von verschiedenen Spezialambulanzen gering, oder keine adäquate Alternative vorhanden:

„[...] aber Tirol wird natürlich nicht so viel gemacht, die haben wieder ganz andere Richtlinien, im AKH wird halt sehr viel gemacht, und ich würd halt nur dorthin gehen. Da sitzen wirklich die Spezialisten.“ (IP1).

Bei seltenen Erkrankungen, wo es keine spezifische Ambulanz gibt, ist es besonders schwierig für die Patienten und Patientinnen zu einer adäquaten Betreuung zu gelangen:

„Ich war früher Patient im XX aufgrund meiner Nasenvorgeschichte, aber die haben halt einfach zu wenig Sarkoidose Patienten. Da fehlt halt einfach die Erfahrung damit [...]“ (IP4).

Hier bekommt das Netzwerk eine besondere Bedeutung – die Selbsthilfegruppen – die Mitglieder unterstützen sich gegenseitig und speisen ihr Wissen aus verschiedenen Erfahrungswerten. Das Netzwerk ist eine eigene Kategorie, es soll nur der Vollständigkeit halber und zur Verdeutlichung der ineinandergreifenden Struktur erwähnt werden. In ihrer Funktion als Übermittler haben die Ambulanzen im Wartebereich auch diesbezüglich Broschüren aufliegen.

Kritisiert wurden die Überfüllung und Überlastung der Ambulanzen, und die dadurch entstehenden langen Wartezeiten (die Wartezeit wird mit der gleichnamigen, folgenden Unterkategorie beschrieben). Im Zusammenhang dessen wurden die Servicequalitäten als unzufrieden stellend beschrieben, diese wirken aber nicht auf die medizinische Versorgung. Der Patientenschaft zeigt sich ein Bild von gestresstem Personal:

„Bei der Lunge ist sehr viel los, da rennt wieder ein anderer Arzt rein, muss das fragen, da sind die Ambulanzschwestern drinnen, was halt ordnen, Mappen - und die habens sehr stressig“ (IP1).

Eine weitere Aussage zur Beobachtung von Stress in der Ambulanz:

„Die Ambulanz präsentiert sich sehr gestresst, leider Gottes, die Zahl der Erkrankten nimmt immer mehr zu“ (IP7).

Es wird auch von einer zunehmenden Beobachtung von Stress berichtet:

„Ich sehe es ein - die haben viel zu tun, früher und auch jetzt, ich merke den Stress er wird immer mehr“ (IP8).

Dieser vermittelte, gestresste Eindruck bleibt den Betroffenen nicht verborgen, und wird auch eindeutig wahrgenommen und kommuniziert.

Als weiterer Kritikpunkt wurde die Behandlung durch mehrere Ärzte und Ärztinnen genannt, wobei dies abhängig ist von der Fachrichtung. So gibt es den optimalen Fall, dass es lediglich 2 – 3 behandelnde Ärzte und Ärztinnen gibt, und diese die Krankengeschichte und den oder die Patient/in kennt. Hingegen der kritisierte Fall das Gegenteil beschreibt, dass die eigene Geschichte immer wieder von vorne erzählt werden muss. Dies ist in der Wahrnehmung der Befragten sehr wichtig, und im Zusammenhang mit Vertrauensbildung einhergehend. Diese Ausprägung ergibt eine Unterkategorie und wird in der Kategorie:“kausale Motivation“ näher beschrieben. Es zeigt sich die zusammenhängende Struktur dieser komplexen Fragestellung. Es wird deutlich, dass die aufgezeigten extrahierten Einzelheiten nur im Kontext mit dem Datenmaterial und des Settings nachvollziehbar erklärbar sind, und verstanden werden können.

In der Wahrnehmung der Patienten/innen ist die **Wartezeit** ein wichtiger Aspekt eines Ambulanzbesuches. Mit der Wartezeit wird nicht nur die Zeit des Sitzens vor den Kabinen /

Untersuchungszimmern artikuliert, die Beschreibung dieses Zustandes beginnt schon weitaus früher mit der Terminvereinbarung. Die gesamte Wartezeit setzt sich aus Sicht der Patientenschaft aus drei Komponenten zusammen:

1. Wartezeit auf den Termin
 2. Wartezeit zur Anmeldung
 3. Wartezeit bis zum Aufruf
- } Wartezeit in der Ambulanz

Die Wartezeit auf den Termin stellt den ersten Kontakt zur Organisation Krankenhaus her, und es werden verschiedene **Anmeldesysteme** beschrieben. Der Termin wird größtenteils telefonisch vereinbart, kritisiert wird die schwere Erreichbarkeit, da man telefonisch schwer durchkommt. In einigen Ambulanzen können via Email Termine ausgemacht werden. Die Terminvergabe ist unterschiedlich und teilweise abhängig vom behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin:

„ [...] beim Prof. XX und der hat ein System der Terminvergabe, wo man immer zu einem bestimmten Termin im Monat anrufen muss um einen Termin in 2 Monate später zu kriegen – für einen Routinetermin, jetzt hab ich nicht das Problem einen Termin 2 Monate später zu kriegen, aber ich schaffe es dann oft nicht an diesem Tag durchzukommen, und das hat mich dann irgendwann so geärgert, nein zu dem geh ich nicht mehr, ich will zu einem anderen Arzt dort“ (IP12).

Es werden Wartezeiten auf eine Erstvorstellung von mehreren Monaten beschrieben:

„Nachteil ist, du wartest mal 3 - 4 Monate auf einen Termin. Na wenn du mal drinnen bist, kriegst wöchentlich - so wie du sie brauchst deine Termine“ (IP2).

In der Wahrnehmung der Betroffenen ist die Wartezeit auf die Erstvorstellung verlorene, wertvolle Zeit. Es kommt der / die Kranke das erste Mal in die Ambulanz und kennt die Regeln und Abläufe noch nicht, das stellt die nächste Herausforderung dar. Der erste Kontakt, und als augenscheinlich beschrieben, ist die Schlange vor dem Anmeldeschalter, und das Individuum steht vor der zweiten Komponente des Wartens: der Zeit zur Anmeldung:

„in der Ambulanz ist es so: da gehst du hin, ziehst eine Nummer, dann setzt du dich mal hin. Und dann werden der Reihe nach die Nummern aufgerufen und dann kommst mal zum Schalter“ (IP3).

Eine weitere Aussage zu Warteschlangen:

„Da warte ich nicht - ich gehe. Ich bin schon mal gegangen - aus so einer Schlange. Das brauch ich mir nicht anzutun“ (IP8).

Bei der Anmeldung werden sprachliche Codes aus dem Kontext verwendet, die neu sind und nicht gleich von Beginn an verstanden werden. Diese Standardsätze werden auch als Kommandos beschrieben:

Ich muss dann wirklich überlegen, was die von mir will. Weil ich sie noch nicht kenne "gengans blau" ... aber in irgendeiner anderen Ambulanz, hat die mir ein anderes Kommando gegeben - da musste ich als erfahrener Patient schon ein bisschen länger nachdenken: „was wollte die jetzt“? (IP8).

Nach einer Zeit der Gewöhnung, werden diese Sprachcodes als selbstverständlich hingenommen, der Kontext ist klar:

„Ich geh zur Leitstelle, warten sie „blaue Wartezone“, da sitzt man halt in der blauen Wartezone und wartet, [...]“ (IP12).

Nun sitzt der kranke Mensch in der zugewiesenen Wartezone und wartet auf seinen Aufruf. Das **Aufrufsystem** bietet einiges an beobachtbaren Tatsachen, welche teils Zustimmung, teils Verwirrung hervorrufen. Zum einen, wie der Aufruf von statten geht: der namentliche Aufruf oder der elektronische Aufruf, dies ist abhängig vom technischen Equipment des Krankenhauses. Der Aufruf über die elektronische Anzeigetafel bietet Transparenz und der / die Wartende kann nachvollziehen und sehen, wann er oder sie aufgerufen wird. Das vermittelt ein Gefühl von Sicherheit. Hingegen bei dem namentlichen Aufruf trauen sich die Wartenden nicht den Sitzplatz zu verlassen, aus Angst den Aufruf zu verpassen:

„[...] und wennst jetzt schon mal 20 Minuten wartest denkst dir: „kann ich jetzt noch schnell aufs Klo gehen?“, oder geht es sich noch aus, oder etwas zum Trinken holen, oder so“ (IP2).

Die Betroffenen trauen sich nicht das WC aufzusuchen, aus Angst den Aufruf zu verpassen:

„Da muss man meist in der Zeit, wo man wartet auch noch 1 – 2x aufs Klo, hat aber Angst, dass man in der Zwischenzeit aufgerufen wird, [...]“ IP12).

Diese Situation ist unangenehm für die Wartenden. Es stellte sich die Frage den Aufruf via Lautsprecher am WC hörbar zu machen:

„Vielleicht wärs schlau, da überhaupt einen Lautsprecher zu bauen, dass man das dann auch am Häußl hört.“ (IP12).

Zusammenfassend kann das Aufrufsystem als inhomogen und intransparent beschrieben werden, die Aufrufe werden teilweise vom Ambulanzpersonal wie Krankenpflegepersonal und ärztlichem Personal getätigt. Der namentliche Aufruf zeigt nicht an, welche Tür oder welches Zimmer gemeint ist, da entstehen dann Situationen, wo Patienten/innen gesucht werden. Als positiv wurden Monitоруufrufsysteme beschrieben, da dieses System nachvollziehbar und transparent ist.

Nach der Beschreibung des Aufrufsystems, beginnt nun die Beschreibung der **Wartezeit** als Gesamtbegriff – als eigentliche Wartezeit in der Ambulanz.

Die Wartezeit ist ein sehr wichtiges Thema, wenn man als Patient/in auf eine Konsultation in der Ambulanz wartet. Das häufigste deskriptive Wort ist: „lange“ und wie man diese Zeit absitzt. Teilweise unter Aushaltung von Schmerzen und schlechtem Allgemeinzustand, wenn der Zustand akut ist, aber auch womit man sich die Zeit vertreibt. Sei es gemeinsam mit einem Freund oder einer Freundin – im Sinne von ebenfalls Erkranktem/r – oder das Mitnehmen von Lektüre und Arbeit. Ebenfalls werden die aufliegenden Infoblätter und Broschüren durchgeblättert. Routinierte Patienten/innen nehmen die Wartezeit als Teil des Besuches wahr. Bei Schmerzen und Unwohlsein ist die Tolerierung der Wartezeit niedriger. Die Patienten/innen planen die Termine so, dass keine wichtigen, nachfolgenden Termine anstehen. Ein wichtiger Aspekt ist, dass die Patienten/innen anschließend an eine lange Wartezeit, die Aussicht darauf haben, dass sich der Arzt / die Ärztin ausreichend Zeit nimmt. Dies ist nicht durchgehend der Fall. Die Beschreibung der Gesprächssituation fällt in die Kategorie „kausale Motivation“, in der wird die Gesprächszeit mit dem Arzt / der Ärztin ausführlich beschrieben.

Einige Aussagen, die das Thema „Warten“ veranschaulichen:

„[...] ja das ist einfach Routine, und... das Warten ist halt fad, aber ich mach mir meine Termine meist schon mit meiner Freundin zusammen aus. Und dann tratsch ma und [...]“ (IP1).

Eine weitere Beschreibung zum Nutzen der Zeit während des Wartens:

„[...] jetzt vergeht die Zeit sehr schnell man nutzt sie dann mit etwas beruflichen, etwas durchlesen oder irgendeine andere Lektüre“ (IP7).

Es handelt sich bei Spezialambulanzen allesamt um Terminambulanzen (ausgenommen sind natürlich Notfälle), die Wartezeit auf den Aufruf erweckt teilweise Verärgerung, besonders wenn das Warten mit Schmerzen begleitet ist:

„dann musst genauso lange warten und wennst dann noch dazu kommt, dann hab ich, weiß ich nicht am Mittwoch um 11 einen Termin und ich sitz um halb eins noch dort und wart, dass ich dran komm“ (IP2).

Eine weitere Aussage:

„Es kann natürlich sein, dass es einmal 10 min. länger dauert. Das seh ich vollkommen ein, aber net 3 Stunden länger“ (IP5).

Eine weitere Artikulation bezüglich der Wartezeit:

„Ja des isses ja, da kann man 3 -4 Stund auch warten“ (IP8).

Die Äußerungen bezüglich der Wartezeit sind durch das gesamte Datenmaterial homogen mit zu lang beschrieben worden. Einzig der Notfall wurde als Ausnahme dargestellt. Der Wartezeit gegenüber gestellt ist die Gesprächszeit, diese fällt in die Kategorie „kausale Motivation“ und wird dort zusammenhängend erklärt.

4.7.5. Netzwerke

In den kommunikativen Kontexten nach Vogd bezieht sich das Netzwerk auf die Akteure/innen innerhalb der Organisation. In der von mir gebildeten Kategorie „Netzwerk“ steht der Patient / die Patientin im Fokus des Interesses.

Jeder Mensch hat ein soziales Umfeld und ein persönliches Netzwerk, hier ist das *gesundheitsfördernde Netzwerk* von Bedeutung, was von Bruns wie folgt skizziert wird:

In der Mikroebene findet sich das primäre Netzwerk bestehend aus dem familiären, verwandtschaftlichen, freundschaftlichen und nachbarschaftlichen Umfeld. Eine Ebene darüber – in der Mesoebene – befinden sich die sekundären Netzwerke: Vereine, Selbsthilfegruppen und sonstige Verbände. Des Weiteren zählen hierzu Arbeit und Schule.

Als übergeordnete Makroebene zählen im Gesundheitssektor zum tertiären Netzwerk: das Krankenhaus, Ordinationen und Praxen, Pflegeheime, Krankenkassen usw. (Bruns 2013: 96 ff).

Das in der Literatur charakterisierte soziale Netzwerk für Akteure/innen im gesundheitlichen Kontext, findet sich ebenso abgebildet in dem vorhandenen Datenmaterial. Unterstützung finden die Individuen in ihrem sozialen Umfeld, dem primären Netzwerk: Eltern, Ehepartner/in, Verwandte und Freunde/innen. Diese funktionieren als erste Informationsquelle oder als Gatekeeper. Sie geben Empfehlungen ab, hören sich um und stellen Verbindungen zu Ärzten / Ärztinnen her. Zur Mesoebene zählt unter anderem die Selbsthilfegruppe / der Verein. Hier findet ein Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen statt und es liegen Ärzte-/Ärztinnenlisten auf. Es wird über die Möglichkeit der Rehabilitation, Behindertenausweis, Unterstützung am Arbeitsplatz und so weiter beraten. Die Selbsthilfegruppen / Vereine erstellen Broschüren und legen diese in den Ambulanzen auf. Es kommt auf beiden Ebenen zu subjektiven Empfehlungen für (Wahl-) Ärzte / Ärztinnen, Anlaufstellen, Spezialambulanzen und Spitäler. Im tertiären Netzwerk findet sich ebenso der Hausarzt / die Hausärztin, wie die Spezialisten der Ambulanz, diese geben Empfehlungen für Behandlungen, Therapien usw. ab. Die Rolle des Hausarztes / der Hausärztin stellt eine wichtige Drehscheibe im gesundheitlichen, sozialen Umfeld dar.

1. Erste/r Ansprechpartner/in:

„Das war damals noch der Dr. XX¹⁴, den gibts nicht mehr, das ist mein erster Ansprechpartner, wenn mir was weh tut. Immer“ (IP2).

2. Überweisende Stelle (Rezepte, Verschreibungen):

„Genau. Die die ich immer nehme, die hole ich mir vom Hausarzt, da brauche ich nicht extra vom Spital eine Überweisung“ (IP1).

Die Betroffenen brauchen **Informationen** über deren Erkrankung, welche Therapiemöglichkeiten es gibt. Es wird auch Wissen gebraucht, um die Therapievorschlüsse anzunehmen oder auch vergleichen zu können. Durch Information von Mitbetroffenen, können Erfahrungswerte ausgetauscht werden. Die Individuen organisieren sich selbst, planen

¹⁴ Hausarzt (anm. Autorin)

die Termine und müssen die Spezialambulanzen als solche für ihre Erkrankung identifizieren. Dies passiert durch die Information, die Wege dorthin hängen eng mit dem Netzwerk des Individuums zusammen.

Woher holen sich die Kranken ihre Informationen?

Es wurden als Informationsquellen das Internet, die Selbsthilfegruppe / der Verein, das soziale Umfeld wie Familie, Freunde, Kollegen usw. artikuliert. Des Weiteren wurden Publikationen und einschlägige Fachliteratur zur Wissensanreicherung herangezogen.

Internetrecherche:

„Und hab dann ein bisschen im Internet recherchiert, und dachte, das passt eigentlich genau auf meine Zustände“ (IP2).

Eine weitere Aussage das Internet betreffend:

„Wir leben im 21. Jhdt. es geht nur mehr übers Internet, alles andere ist tot“ (IP4).

Diese Person reiht die Informationsquellen:

„Gibts 4 Informationsquellen. Die 1. Anlaufstelle sind die Ärzte, in meinem Fall das AKH, 2. Selbsthilfeverein, 3. dann Tagespresse, Standard hat öfter Artikel, immer öfter sogar. 4. Quelle, der Klassiker: Internet“ (IP7).

Die Selbsthilfegruppen / Vereine werden vor allem als Erfahrungs- und Erlebnisaustausch herangezogen, besonders zu Beginn der Erkrankung, oder wenn die Krankheit akut wird und somit in den Fokus der Aufmerksamkeit gerät, also Präsent wird im täglichen Leben:

„das war in den Anfangsmonaten, wo ich versucht hab mir alles Mögliche an Unterstützung zu holen und einfach auch, und es mir auch damals eine Hilfe war mit anderen Betroffenen zu reden, weil ich einfach wissen wollte, wie ist das für euch?“ (IP12).

Die Selbsthilfegruppe / der Verein erfasst die Person ganzheitlich:

„Ja da werden, so Themen, welche Möglichkeiten hast du zum Arbeiten, welche rechtlichen Möglichkeiten, was steht dir zu an Pflegegeld, so der Verein macht das ganze drum herum“ (IP1).

Des Weiteren wurde der berufliche Hintergrund zur Beschaffung von Information genannt. Personen mit Berufen im Gesundheitsbereich haben meistens Verbindungen zu medizinischem Personal oder spezifisches Wissen:

„[...] und vielleicht auch mein beruflicher Hintergrund da, sehr mitgespielt hat“ (IP3).

Ebenso erschließen sich durch bereits vorhandenes Fachwissen weitere Informationsquellen:

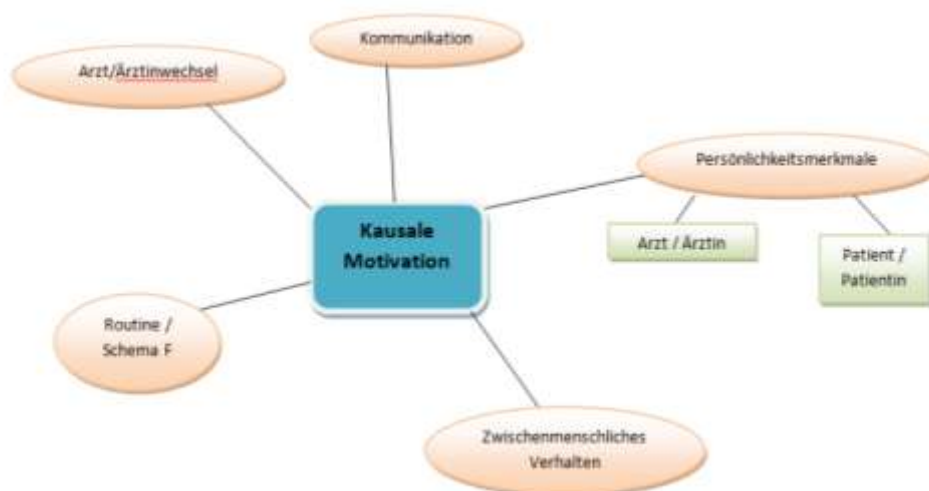
[...] habe auch im Internet viel recherchiert, hab dann auch wissenschaftliche Studien gelesen, weil es ja nicht so weit weg ist von meinem Fach“ (IP12).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass das Netzwerk für die Informationsbeschaffung relevant ist. Ebenso ist das selbstständige Engagement ausschlaggebend für den Wissensstand der Erkrankung. Es wurde quer durch das Datenmaterial die Relevanz der Selbsthilfegruppen / Vereine dargestellt und die Sichtbarmachung durch die Broschüren.

4.7.6. Kausale Motivation

Diese Kategorie beschreibt anhand der Unterkategorien die Motivation der Patientenschaft, warum sie die Ambulanz aufsuchen. Die nachstehende Abbildung stellt die Kategorie grafisch dar:

Abb. 5: Kategorie: Kausale Motivation



Aus dem Kontext, dem Datenmaterial und der Literaturarbeit ergibt es sich, dass die bezeichneten Unterkategorien auf die Motivation der Patientenschaft einwirken. Nach der

bisherigen Ergebnisdarstellung sind die Rahmenbedingungen für die Reproduzierbarkeit des Systems aufgebrochen worden (zumindest die beobachtbaren Fragmente). Diese Kategorie speist sich durch die Impulse der Befragten.

Es kristallisierten sich verschiedene **Persönlichkeitsmerkmale** heraus; für die Ärzteschaft und für die Kranken. Die Individuen beschrieben nicht nur sich selbst oder ihr Verhalten in verschiedenen Situationen, sondern auch das der Behandler/in. Die Patienten/innen beschrieben an sich folgende Ausprägungen um Antworten zu bekommen bzw. Fragen stellen zu können:

- Beharrlichkeit – um an Gesprächszeit zu kommen.
- nicht locker lassen
- hartnäckig bleiben
- sich durchsetzen
- auf Auskunft bestehen
- auf die Füße stellen

Einige Patienten/innen notieren sich Fragen für die Konsultation um vorbereitet für die Gesprächssituation zu sein:

„Man hat normalerweise, wir halten alle unsere Leute dazu an, dass alle mit einem Notizzettel brav hingehn. Zumindest dass da nix ausgelassen wird [...]“ (IP4)

An diesem Beispiel erkennt man, dass die Betroffenen untereinander empfehlen, sich die Fragen vorher aufzuschreiben.

Die Kranken hegen eine gewisse Skepsis in sich, und hinterfragen die Entscheidungen bzw. diskutieren die Möglichkeiten, es wird von unangenehmen Situationen berichtet, wenn nachgefragt wird, bzw. die ärztliche Entscheidung in Frage gestellt wird:

„[...]wo ich ihr dann gsagt hab, da stimmt was nicht. Und dann hat sie sich, glaub ich, sehr persönlich angegriffen gefühlt. Wo ich mir dann denk, ich mein, ja“ (IP3).

Eine weitere Aussage bezüglich Hinterfragung:

„Ich war und bin noch immer sehr wissbegierig und hinterfrage alles. Also eigentlich bin ich eine perfekt informierte und vielleicht für so manchen Arzt eine unangenehme

Patientin. Ich muss über alles informiert sein, bevor ich den nächsten Schritt setze“
(IP11).

Die Ausprägungen der Persönlichkeitsmerkmale von den Ärzten und Ärztinnen reichen von einfühlsam bis unprofessionell. Folgende Attribute wurden beschrieben:

- Überfordert
- Freundlich / unfreundlich
- Unsympathisch / nicht empathisch
- Persönlicher Einsatz / engagiert
- Motiviert / Desinteressierte
- Informiert / uninformiert

Diese Beschreibungen waren ausschlaggebend für die emotionale Stimmung nach dem Gespräch. Die Persönlichkeitsmerkmale haben ebenfalls Einfluss auf die **Kommunikation** und dem Verständnis dessen. Im Folgenden sollen die Komponenten für die Gesprächssituation wieder gegeben werden. Die Gesprächsatmosphäre wird als locker beschrieben, wenn auf den Patienten / die Patientin eingegangen wurde, und wenn der Fokus des Gespräches auf dem Individuum lag. Unterbrechungen und Störungen der Besprechung wurden einerseits als ablenkend empfunden, andererseits komme das in anderen Berufen auch vor:

„Nein, nein, also das geht weiter, das ist nervig, aber das kann natürlich auch hier jederzeit passieren, dass in der nächsten Minute wer reinkommt und irgendwas von mir will.“(IP12).

Eine weitere Aussage hierzu:

„Ja - kommt im Berufsleben a vor. Macht für mich als Patient Sinn. Der holt sich vom Chef das ok. macht es für mich als Patient Sicherer und stärkt mein Vertrauen. Wie im Berufsleben auch, passiert, dass jemand unangemeldet reinplatzt.“ (IP10).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Kommunikation war die Gesprächszeit, im Vergleich (wie bereits in der Kategorie Organisation – Wartezeit erwähnt) zur gesamten Wartezeit, war diese mit dem Attribut „kurz“ beschrieben.

„hm... maximal 10 Minuten, wenn ich nicht locker gelassen hab“ (IP3).

Eine kritische Aussage:

„Wenn i jetzt zum Arzt rein gehe - und auf alles Ja und Amen sage - wie der brave Kirchgänger - bin i in 5 Minuten draußen“ (IP10).

Positive Darstellungen gab es, wenn der Arzt / die Ärztin Small talk führte und Fragen nach dem Alltag oder der Arbeit stellte. Diese ganzheitliche Wahrnehmung des / der Kranken wurde wie folgt artikuliert:

„Unabhängig vom Geschlecht wird schon über den Alltag, welchen Job man macht gesprochen. Das hat mich sogar verwundert“ (IP7).

Eine weitere Aussage:

„Ja ein wenig über Familie, Beruf: Kinder, wo ich arbeite“ (IP11).

Zusammenfassend kann betreffend der Gesprächssituation gesagt werden, wenn die Interaktion ganzheitlich und auf einer persönlichen Ebene stattgefunden hat, hat sich der Patient / die Patientin wahrgenommen gefühlt. Hingegen Zeitmangel und Desinteresse bezüglich der gestellten Fragen, oder wenig Zeit zur Beantwortung dieser, zu Unzufriedenheit führte. Blickkontakt und Anteilnahme während des Gespräches, wurden als Merkmale für empathische Gesprächsführung artikuliert. Allerdings wird Stress und Zeitdruck in der Gesprächssituation von den Patienten/innen als negativ wahrgenommen und kritisiert. Verwendet der Arzt / die Ärztin viele Fremdwörter oder existiert ein Machtgefälle, wird die Informationsweitergabe beanstandet, und die Individuen verstehen den Inhalt nicht. Dies löst negative Gefühle aus und die Gesamtsituation wirkt unvorteilhaft auf den Menschen. Besonders ungünstig ist das Verwenden von Fachtermini bei der Erstdiagnose, da ist der Informationsstand der Erkrankten noch nicht ausgeprägt und das Verständnis für die Wörter nicht vorhanden. Im Besonderen ist die Zeit für das Gespräch ein wichtiger Faktor, es wird mit dem Ausdruck: ausreichend Zeit verdeutlicht, diese Zeitangabe bewegt sich unterschiedlich zwischen 10 Minuten und einer Stunde. Dies ist abhängig von persönlichen Attributen, wie: Informiertheitsgrad, Beruf, selbstständiges Engagement usw.

Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich nun die weitere Unterkategorie, die ausschlaggebend für die Motivation der Patientenschaft ist, die Ambulanz wiederholt aufzusuchen: das **zwischenmenschliche Verhalten**.

Diese Interaktion bezieht sich rein auf interpersonelle Attribute, und wie diese zustande kommen. Freundliche und nette Begrüßung durch die Personen am Anmeldeschalter, zuvorkommende und fürsorgliches Pflegepersonal, welches Wasser anbietet oder nach dem Befinden fragt. Das namentliche Ansprechen der Erkrankten durch das Personal, diese Handlungen wirken auf die Erkrankten positiv, es wird von einem Beziehungsaufbau berichtet. Das Umfeld wirkt persönlicher, man ist nicht nur mehr eine Nummer. Das erweckt Vertrauen und es wird Sympathie beschrieben. Diese Verhaltensmuster wirken vertrauensbildend und patienten/innenfreundlich. In diesem Kontext wird Hektik und Stress auch wahrgenommen und beschrieben, aber nicht negativ wiedergegeben. Wiederholung schafft Vertrauen, hier eine Beschreibung für eine Anmeldungssituation:

„So: ja grüß sie, schon wieder da... nur Kontrolle, oder is irgendwas?“ (IP1).

Interpersoneller Sympathieaufbau hilft zur Schaffung einer Vertrauensbasis um sich einen zeitlichen Vorteil zu verschaffen:

„Oder wennst halt dann irgendwann hinkommst, und dir denkst, ich brauch ja eigentlich nur ein Labor. Warum muss ich da jetzt 3 Stund warten? Ja. Oder ich muss eigentlich dann zum CT rüber und brauch nur die BA vorher noch, ja also da hab ichs mir dann teilweise schon gmacht, dass ich gsagt hab, Hallo Alma , oder wer ich bin da, ich bräucht ... (macht sie nach): „jaja komm, mach ma schon“. Also...“ (IP3).

Des Weiteren schafft die namentliche Anrede beiderseitiges Vertrauen, und ist eine Komponente für den Beziehungsaufbau. Diese Vertrauensbasis ist ausschlaggebend für die Wiederholung der Ambulanzbesuche und fließt in die weitere Kategorie: den **Arzt / Ärztinnenwechsel** ein.

In dieser Unterrubrik ist die persönliche Beziehung zum Arzt zur Ärztin ausschlaggebend. Es wurde von Wechsel des Spitals berichtet, wenn der / die betreuende Arzt / Ärztin den Arbeitsplatz wechselten. Das geschilderte Problem war, dass die Patienten/innen ihre gesamte Geschichte bei neuen Mediziner/innen darlegen mussten, da die Krankengeschichte meist sehr lange und komplex ist, wurde dies als mühsam beschrieben. Auch die Komponente der

Gewöhnung und des Vertrauens zu dem Individuum Arzt / Ärztin sind wichtige Errungenschaften in der Krankenbetreuung, diese wird nur ungern aufgegeben. Es wurde auch von einem Ärzte / Ärztinnenteam von 2 – 3 Personen berichtet, und dass diese die Geschichte und den Patienten / die Patientin kennen.

Spitalswechsel wegen Vertrauen zu behandelnden Arzt:

[...] jetzt bin ich gewechselt nach Speising, weil ganz einfach. Und da ist das Vertrauen, wegen dem Arzt, weil ich gewusst hab, dass der Dr. XX drüben ist. Ich vertrau ihm, ich weiß, dass er weiß, was er macht. Aus dem Grund bin ich dorthin gewechselt. “ (IP5).

Bei wiederkehrenden Besuchen und Terminvergabe durch den Arzt / die Ärztin kommt man wieder zum selben Arzt / zur selben Ärztin. Diese persönliche Betreuung erweckt Vertrauen, und wirkt positiv auf die Erkrankten und deren Bereitschaft Wartezeiten und negative Beschreibungen der Ambulanz zu akzeptieren. Aus dieser Wiederholung und Bereitschaft dazu entwickelt sich eine Routine, und die Individuen bezeichnen sich als Stammgast. Daraus entwickelt sich die **Routine, das Schema F**.

Routine heißt auch, sich gewöhnen beziehungsweise sich mit etwas abfinden. Das ungewohnte erschreckt nicht mehr, wenn man die Abläufe kennt nimmt man vieles hin:

„Aber ja, es findet sich eine Routine ein. Mittlerweile ich geh rein, raus, wie wenn nix wär, ich denk nicht einmal nach. “ (IP7).

Die Individuen kennen nach einer Zeit die Abläufe, es stellt sich ein Zustand von Gewöhnung ein. Kontrolluntersuchungen werden laut Plan durchgeführt, sind notwendig aber nervig:

Na ja sicher, bei Routine denk ich: schau ma, dass das wieder vorbei ist. Zipft mich an, dass ich so früh aufstehen muss. “ (IP1).

Als weiteres Indiz für Verlaufskontrollen gibt es an einigen Abteilungen Fragebogenerhebungen, um den Verlauf der Erkrankung zu dokumentieren. Diese Fragebögen gibt es nicht bei allen Fachrichtungen und auch nicht für alle Krankheiten.

Die Routine wird durchbrochen, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert, dann gilt auch das Schema F nicht:

„Wenn ich dann was hab, geh ich schon mit einem mulmigeren Gefühl, na ja was ist das.“ (IP1),

Hier tritt der Fall ein, dass alles andere ausgeblendet wird, und der aktuelle Schmerz alle anderen Wahrnehmungen in den Hintergrund gedrängt werden. Dann funktioniert sich die Spezialambulanz um in eine Akutambulanz.

Kritik an der Routine sind die fehlenden Behandlungsoptionen: die Stellung der Diagnose, danach kommt die Therapie, ohne Abwägung der Alternativen. Überhaupt werden Alternativen zu wenig erwähnt, beziehungsweise werden Wahlmöglichkeiten zu selten diskutiert:

„sondern auch therapeutische Alternativen zu besprechen, nämlich obs überhaupt an Sinn hat in diese Richtung irgendwas anzudenken.“ (IP4).

Dafür werden auch das Fehlen von Zeit, und die Persönlichkeitsmerkmale verantwortlich gemacht. Persönliche Attribute beiderseits, quasi wenn nicht nachgefragt wird, wird nicht geantwortet oder aber unmotivierte Verhaltensweisen. Es entsteht die allgemeine Frage: Was passiert nach der Standardtherapie?

„Eben wenn man dann so das Gefühl hat, die Standardtherapie die nutzt halt jetzt so lang nicht mehr und, wenns halt nach 3 – 4 Wochen halt nicht besser ist, da fang ich an unsicher zu werden, was gibt es noch? Da schau ich mich dann so in Foren um, ob es Alternativen geben würde zur Therapie.“ (IP12).

Zusammengefasst bedeutet das, wenn die Krankheit gut eingestellt ist, wirkt die Routine zufriedenstellend und vertrauensbildend, dann geht alles seinen Weg. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand oder gibt es gravierende Änderungen in den Rahmenbedingungen werden die Routine und das Schema F hinterfragt, da diese nicht mehr befriedigend sind.

4.8. Zusammenführung der Ergebnisse

Durch die ineinandergreifende Struktur und die Abstraktion der kommunikativen Kontexte ist es nur anhand von herunter brechen und auslagern der Einzelheiten möglich die Sinneseindrücke zu beschreiben. Dies habe ich mittels der Befragung der Patientenschaft gemacht. Diese subjektiven Beobachtungsbeschreibungen wurden dann durch die zusammenfassende Analyse und grammatikalische Umformung in die zuvor beschriebenen Kategorien dargestellt. Diese Analyse ist allein in ihrem Kontext verständlich und anwendbar.

Die Bedingungen, die für das Bestehen des Teilsystems der Ambulanz gelten, werden von den Patienten/innen durch Wiederholung akzeptiert. Als Basis für die Kommunikation gilt die Krankheit, die tatsächliche Kommunikation wird auf der emotionalen Ebene geführt. Durch diesen emotionalen Bezug hat die Art und Weise der Kommunikation einen hohen Stellenwert für den Ausgang der Begegnung. Diese Tatsache wird durch die Kategorie Persönlichkeitsmerkmale transparent gemacht. Des Weiteren bestimmt dieser Umstand der Sympathie die Arzt / Ärztin – Patient / Patientin – Interaktion und Beziehung. Empathie in dieser Konstellation bestimmen die Antwort- und Handlungsmöglichkeiten der Akteure/innen.

In der klassischen Systemtheorie sind Organisationen auf die Erfüllung eines bestimmten Zwecks hin ausgerichtet. Die Ambulanz betreffend wäre das die Krankenbehandlung. Diese Titulierung wird durch die Spezialambulanz mit der Spezialisierung erfüllt. Das hier geführte Spezialwissen führt dazu, dass die Patientenschaft die negativen Beschreibungen, wie lange Wartezeiten akzeptieren und sich damit arrangieren. Auch deshalb, weil es in dem derzeitigen Gesundheitssystem keine adäquaten Alternativen gibt.

Ein weiterer Grund für die Akzeptanz und für die Verständnisbildung für die Kranken ist das Vertrauen in die Experten und Expertinnen. Das zugeschriebene Spezialwissen über das Krankheitsbild bildet Vertrauen und gibt Sicherheit. Die zu Beginn befremdliche Sprache oder Verwendung von Fachtermini wird durch Eigeninitiative und steigendem Informationsgrad ausgeglichen. Dies zeigt wieder die Bereitschaft zur Akzeptanz.

Verbesserungswürdig zeigten sich die Aufrufsysteme, da sie intransparent erscheinen und Unsicherheiten hervorrufen. Beispielsweise sind Monitorsysteme positiv dargestellt worden, da der Aufruf visuell verfolgt werden kann. Des Weiteren werden die Servicequalitäten als unzufrieden stellend artikuliert. Gleich bei eintreffen Warteschlagen vor der Anmeldung zu

sehen, demoralisiert die Patienten und Patientinnen. Routinierte Patienten/innen nehmen sich zur Beschäftigung während der Wartezeit Arbeit bzw. Unterhaltung mit, dies hilft begrenzt über die Wartezeiten hinweg. Wahrgenommene Hektik und gestresstes Personal werden durch eine längere Gesprächszeit mit dem Arzt / der Ärztin akzeptiert.

In der befragten Untersuchungsgruppe ergab sich geschlechterspezifisch keine Unterscheidung in der Wahrnehmung der beschriebenen Kategorien.

5. Schlussfolgerung und Diskussion

Abschließend kann gesagt werden, dass der theoretische Vorbau durch diese Arbeit weitgehend bestätigt werden kann. Noch nicht diskutiert wurde der Aspekt der geteilten Wartezeit, dass diese für die Wahrnehmung der Patientenschaft schon weit vor dem Besuch der Ambulanz relevant ist. Diese Empfindung ist für die Organisation und die darin enthaltenen Akteure des Systems nicht im Fokus. Der Patient / die Patientin zählt diese Prämisse schon zur Kontaktzeit zur Ambulanz.

Es wurde die Wichtigkeit des Vertrauens beleuchtet, dass das Vertrauen dazu führen kann, dass der Patient / die Patientin das Spital wechselt. Die Betreuungsqualität ist somit abhängig von der interpersonellen Beziehung. Die Interaktion spielt eine wesentliche Rolle im Behandlungskontext. Durch den Zeitdruck und die wenige Zeit in der Ambulanz stehen hier beide Akteure vor Aushandlungsprozessen, welche ein interessantes Thema für eine weiterführende Analyse darstellen. Darin enthalten sind die Persönlichkeitsmerkmale der Patientenschaft und demgegenüber die der Ärzteschaft. Diese Beschreibung könnte ich mir als eine quantitative Erhebung vorstellen um diesen Aspekt näher zu beleuchten. Im Literaturteil habe ich nach Mehnert et al Attribute für schwierige Patienten/innen gelistet, teilweise finden diese Begriffe Wiederholung bei der Beschreibung von den Persönlichkeitsmerkmalen der Patientenschaft. Als Beispiel gelten Patienten/innen, welche eine weitschweifige Rede haben als schwierig, würde das dann bedeuten, wenn viel nachgefragt wird, gelten die Patienten/innen als schwierig? Auch die Ausprägung: Ständig wiederkehrende, unveränderte Beschwerden. Wenn die Therapie bei chronisch Erkrankten nicht mehr hilft, sind diese Patienten/innen dann schwierig? Die Behandlung, der Fall wird schwierig, der Mensch wird in diesem Zusammenhang wütend und aggressiv, wieder ein Attribut für einen schwierigen Patienten. Die Gradziehung zwischen einem informierten, nachfragenden/e Patienten/in ist sehr schmal. Die Einstufung zu einem schwierigen Patienten/in ist anhand der Tabelle von Mehnert ähnlich der Persönlichkeitsausprägungen der Patienten/innen. Diese Beschreibung verlangt nach Aufklärung für das ärztliche Gespräch. Der Bereich der Gesprächsführung sollte für beide Seiten zufriedenstellend, kooperativ und informativ sein. Darin gibt es Entwicklungspotential. Die Wege wären auf beiden Seiten steuerbar, einerseits über die Selbsthilfegruppen / Vereine oder über Gesprächsführungen vertiefend für Mediziner und Medizinerinnen. Es gibt Angebote in diesen Bereichen, es sollte

der Stellenwert dieses Aspektes hervorgehoben werden. Die Interaktion ist für eine erfolgreiche Behandlung mitbestimmend. Ein zufriedener Patient/in fühlt sich gut aufgehoben und hat Vertrauen in seinen Arzt / seine Ärztin. Dieser Aspekt ist persönlichkeitsabhängig und verlangt nach einer reflexiven immerwährenden Entwicklungspersönlichkeit beiderseits.

Daran gelegen ist auch die Treue der Patientenschaft, ob die Vertrauensbeziehung zu einem Spitalswechsel animiert oder nicht. Dieses Thema: Treue der Patientenschaft könnte durch eine weiterführende Arbeit beleuchtet werden.

Es gab einige Anstöße seitens der Patientenschaft, welche das Aufrufsystem betreffen. Da ein intransparentes Aufrufsystem Unsicherheiten auslösen wurde als Vorschlag unter anderem ein Lautsprecher am WC genannt. Als gut funktionierend hat sich der Monitoraufruf erwiesen, so sehen die Patienten/innen wann sie wo aufgerufen werden und wie viel Zeit bis dahin ungefähr noch zur Verfügung steht.

Als weitere Forderung wurde mehr Zeit für Gespräche angegeben. Dieser Umstand würde, denke ich, auch von den Ärzten / Ärztinnen begrüßt werden, da damit auch der Stresslevel zu senken wäre. Derzeitige Bewegungen führen jedoch in die andere Richtung, wenn man die aktuellen Berichte zu dem neuen Arbeitszeitgesetz der Ärzte und Ärztinnen bedenkt. Auch werden von den Kranken mehr Behandlungsplätze gefordert um die Wartezeit zu reduzieren.

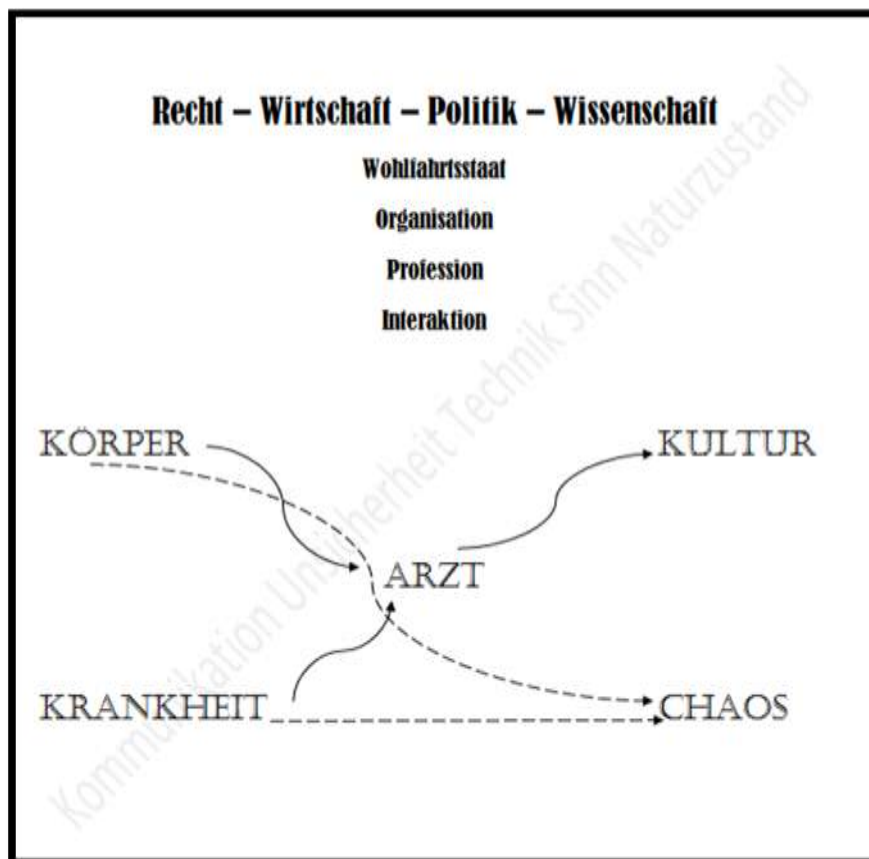
Ein weiterer Gedanke beziehungsweise Fortführungsgrund wäre die Arbeit aus Sicht der Ärzteschaft zu wiederholen. Auch um an das derzeitige, hochbrisante Arbeitszeitgesetz der Ärzte / Ärztinnen anzuschließen. Welche Motivation haben Ärzte / Ärztinnen in dem System zu arbeiten? Die Diskussion über die Verkürzung der ärztlichen Arbeitszeit beschwört unter anderem längere Wartezeiten auf Ersttermine, Reduzierung von Ärzten / Ärztinnen im Dienst, können zu einer weniger besetzten Ambulanz führen. Die Arbeitszeitreduzierung könnte die Gesamtwartezeit verlängern, also auch die Sitzzeiten vor den Kabinen.

Das Gesundheitssystem steht derzeit in medialer Aufmerksamkeit, es gibt Aushandlungsprozesse, welche beide Seiten betreffen: Personal wie Patientenschaft. Steigende Unzufriedenheit und sinkende Motivation im Dienstleistungssektor Gesundheit / Medizin, kann sich so ein System reproduzieren?

Wie man erkennen kann sind die Erwartungen der Patientenschaft in die Richtung Ausbau der Anlaufstellen und Erweiterung der Behandlungsplätze. Die gegenwärtige Situation zeichnet

ein anderes Bild ab. Das Gesundheitssystem ist schwierig zu fassen und zu beschreiben, es wirken viele Mechanismen (Politik, Wirtschaft, Wissenschaft um nur einige zu nennen) auf einander ein. Die moderne Medizin steht in Verbindung zu den Kausalitätsverhältnissen, welche in das Konzept der modernen Wohlfahrtsgesellschaft passen (Vogd 2011a: 273).

Abb. 6: Krankenbehandlung der Moderne (Vogd 2011: 273):



Auch die unterschiedlichen Ausdifferenzierungen der Fachrichtungen erfordern differente Anknüpfungen und sind schwer vergleichbar. Beispielsweise haben Chirurgen andere Befundanforderungen als eine Dermatologie und diese werden auch unterschiedlich kommuniziert. Der / die Chirurg/in sieht seine / ihre Tätigkeit im OP, interne Mediziner/innen sehen ihre Behandlungsstrategie in einer medikamentösen Therapie usw. Darin jetzt einen Vergleich zu ziehen ist daher schwierig, mit der vorliegenden Arbeit habe ich Ansatz- und Diskussionspunkte erarbeitet, welche als Ausgangspunkt für weiterführende Arbeiten dienen können bzw. gut eingearbeitet werden können.

6. Literaturliste

6.1. Buchquellen

- Bauch, Jost (1996): Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft. München: Juventa.
- Bruns, Wiebke (2013): Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen. Hamburg: Springer Verlag.
- Coulter, Angela, Entwistle, Vikki; Gilbert, David (1999): Sharing decisions with patients: is the information good enough? In: British Medical Journal 1999 Jan 30 (7179): 318 – 322.
- Dresing, T.; Pehl, T. (2011): Praxishandbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 3. Auflage. Marburg.
- Gouthier, H.J. Matthias, Tunder, Ralph: Die Empowerment-Bewegung und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen. In: Hoefert, Hans-Wolfgang / Klotter, Christoph (Hrsg.) (2011): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe. S. 33 – 45.
- Hoefert, Hans-Wolfgang / Klotter, Christoph (Hrsg.) (2011): Wandel der Patientenrolle. Neue Interaktionsformen im Gesundheitswesen. Göttingen: Hogrefe.
- Klima, Rolf: Konflikt. In: Fuchs-Heinritz et al (2007): Lexikon zur Soziologie. 4., grundlegend überarbeitete Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Körtner, H.J. Ulrich (2012): Grundkurs Pflegeethik. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Wien: Facultas.
- Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim: Beltz.
- Luhmann, Niklas (1981): Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas, Baecker, Dirk (Hrsg.) (2006): Einführung in die Systemtheorie. Dritte Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

- Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mehnert, A., Lehmann C., Koch U. (2012): Schwierige Gesprächssituation in der Arzt-Patient-Interaktion. In: Bundesgesundheitsblatt 2012, 55: 1134 – 1143. Online publiziert: 29. August 2012. Springer-Verlag.
- Pelikan M. Jürgen, Stephan Wolff (Hrsg) (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Pelikan, Jürgen M. (2009): Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in einer „Gesundheitsgesellschaft“? Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 34-2, 28 – 47.
- Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage, 1997, Hamburg: Walter de Gruyter.
- Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie, 6. Auflage. München / Jena: Urban & Fischer.
- Simon B. Fritz (2013): Einführung in die systemische Organisationstheorie. Vierte, unveränderte Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Stichweh, Rudolf: Niklas Luhman (1927 – 1998). In: Kaesler, Dirk (Hrsg.) (2007): Klassiker der Soziologie. 5., überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage, München: Verlag C. H. Beck. S. 240 – 264.
- Vogd, Werner (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften. Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In: Soziale Systeme, 11 (2), S. 236-270.
- Vogd, Werner (2011)a: Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. 1. Aufl., Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Vogd, Werner (2011)b: Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung – eine Brücke. 2., erweiterte und vollständige Aufl., Opladen: Budrich- Verlag.

Wolff, Stephan: Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation. In: Pelikan, J.; Wolff, S. (Hrsg.) (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim/München: Juventa. S.37 – 50

6.2. Internetquellen

23.08.2013; 10:51 Gesundheitswesen

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html

15.10.2013, 09:07

<http://www.paulwatzlawick.de/axiome.html>

<http://www.paulwatzlawick.de/index.html>

22.08.2013, 22:52 Patientenrechte

https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/patientenrechte_patientencharta.html

5.9.2013, 18:54 Ethikkommission

<http://ethikkommission.meduniwien.ac.at/service/patienteninformation/>

21.10.2013, 20:12 Fonds Gesundes Österreich

<http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/empowerment>

22.10.2013, 10:20 Ottawa Charta

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

22.10.2013, 11:35 Bundesministerium für Gesundheit

http://bm.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung

28.06.2014, 14:15 Selbsthilfe-Unterstützungsstelle SUS Wien

<http://www.wig.or.at/SUS%20Wien.45.0.html#parent=selbsthilfe>

28.06.2014, 14:25 Ärztekammer für Wien

<http://www.aekwien.at/index.php/hotlines-a-patienteninfo/selbsthilfegruppen>

6.3. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Kommunikation, innen-außen Darstellung der Ambulanz in der Organisation Krankenhaus.

Abb.2: Autopiese:

http://www.google.at/imgres?q=soziale+systeme&start=16&num=10&hl=de&biw=1280&bih=663&tbm=isch&tbnid=xyJmKYBSXJN8yM:&imgrefurl=http://www.flickr.com/photos/koe-steran/sets/72157623037711847/detail/&docid=zx_o-8t4FIr5FM&imgurl=http://farm5.static.flickr.com/4014/4364706985_02266d7bd3.jpg&w=500&h=274&ei=5X7fTvXeL6Tf4QT1q6yfBw&zoom=1&iact=hc&vpx=151&vpy=386&dur=333&hovh=166&hovw=303&tx=245&ty=78&sig=101521161201456028587&sqi=2&page=2&tbnh=92&tbnw=168&ndsp=18&ved=1t:429,r:0,s:16

11:23 Uhr, 6.12.2012; überprüft am:23.11.2013 13:40

Abb. 3: Deduktion / Induktion:

https://www.google.at/search?q=deduktion&client=firefox-a&hs=SVU&rls=org.mozilla:de:official&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=d8_iUrKnHInCtQa0mYDQCQ&ved=0CAkQ_AUoAQ&biw=1366&bih=664#facrc=&imgdii=&imgrc=T_hzhnC8aJGCI-M%253A%3BByPLWtvQk-7AQ0M%3Bhttp%253A%252F%252Fupload.wikimedia.org%252Fwikipedia%252Fcommons%252Fthumb%252Ff%252Ff2%252FInduktion-Deduktion.svg%252F300px-Induktion-Deduktion.svg.png%3Bhttp%253A%252F%252Fde.wikipedia.org%252Fwiki%252FDeduktion%3B300%3B188

21:41 Uhr, 28.12.2013;

Abb. 4: Ablaufmodell zusammenfassende Inhaltsanalyse

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 68.

Abb. 5: Grafik der Kategorie „Kausale Motivation“

Abb. 6: Krankenbehandlung der Moderne:

Vogd, Werner (2011): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. 1. Aufl., Weilerswist: Velbrück Wissenschaft. S. 273

Tabellen

Tabelle 1: Zusammensetzung der Interviewpartner/innen

Tabelle 2: Darstellung des qualitativen Interviewleitfadens

Tabelle 3: Haupt- & Unterkategorien nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

7. Anhang

7.1. Interviewleitfaden

Der Leitfaden gliedert sich in 4 Teile. Im ersten wird die Konsultationsgeschichte, die Vorgeschichte der Erkrankung erfragt; ebenfalls sollen die einleitenden Fragen zur Auflockerung dienen und dem oder der Interviewpartner/in erleichtern sich in die Situation eines Ambulanzbesuches hinzu versetzen. Daraus entwickelt sich der 2. Teil indem die Motivation und das Sinnverständnis der Patienten und Patientinnen gegenüber der Ambulanz herausgefunden werden soll. Dieser Teil ist die spezifische Fragestellung dieser Masterarbeit. Im 3. Block soll allgemein die Wahrnehmung der Betroffenen erhoben werden, wie sich das System Ambulanz in den gegebenen Strukturen des Systems darstellt, aus diesem Block soll die Hauptfragestellung dieser Arbeit beleuchtet werden. Die letzten Fragen sind soziodemographischer Art wie z.B. Fragen nach dem Alter und Beruf darin enthalten das Ausmaß der Berufsausübung.

Insgesamt wird der Leitfaden in einem Gespräch mit dem oder der Interviewpartner/in angewendet, der Gesprächsfluss soll nicht ins Stocken geraten, das Gegenüber soll alle persönlich wichtigen Gedanken, Befindlichkeiten, Gegebenheiten usw. besprechen können. Der Leitfaden dient als Gedächtnisstütze und es ist durchaus möglich, dass die Fragen während der Interviewsituation umformuliert werden. Da die Interviews ausschließlich von der Autorin geführt werden.

I. Konsultationsgeschichte

1. Bitte erzählen Sie mir von Ihrer Erkrankung und Ihrem Behandlungsweg.
2. Wie kamen Sie zu Ihrer Diagnose?
3. Gibt oder gab es Personen, durch die Sie zu Ihrem / Ihrer jetzigen Arzt / Ärztin gekommen sind?
4. Weswegen gehen Sie gerade in diese Ambulanz?
5. Möchten Sie mir noch etwas zu Ihrer Krankheit berichten?

II. Motivation und Sinnverständnis

1. Was wissen Sie über die Ambulanz, welche Sie regelmäßig aufsuchen?
2. Wann war Ihr letzter Ambulanzbesuch und wie häufig besuchen Sie die Ambulanz?
3. Wie sind Sie über die Ambulanz informiert worden?
4. Was war ausschlaggebend, dass Sie diese Ambulanz gewählt haben?
5. Was oder wer hatte Einfluss auf Sie?
6. Hätten Sie Alternativen, die Sie aufsuchen können?
7. Wie empfanden Sie die Gesprächssituation mit dem Arzt / der Ärztin?
8. Ging der Arzt / die Ärztin auf Sie ein?
9. Konnten Sie ihr Anliegen vorbringen?
10. Wurde adäquat auf Ihr Anliegen eingegangen?

III. Allgemeine Wahrnehmung

1. Wie sehr ist Ihre Krankheit im Alltag präsent?
2. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit informiert?
3. Wie ist Ihr Verständnis für Ihre Krankheit nach der Konsultation?
4. Welche Gefühle haben Sie bzw. hatten Sie während des Ambulanzbesuches?
Angst / Schmerz / Hoffnung / Depression?
5. In welchen Situationen hatten Sie diese Gefühle?
6. Wie fühlten Sie sich während der Gesprächssituation?
7. Was fiel Ihnen sofort auf ? (Artefakte)
8. Was stach Ihnen ins Auge?
9. Wie waren die Räumlichkeiten des Wartebereichs?
10. Wie finden Sie die Organisation der Ambulanz?
11. Wie lange warteten Sie auf den Aufruf?

12. Wie lange waren Sie im Behandlungszimmer?
13. Füllten Sie einen Fragebogen aus?
14. Wurde bei Ihnen schon einmal die gleiche Behandlung / Therapie vollzogen, waren diese gleich / ähnlich?
15. Gibt es Anmerkungen zum Ablauf? / Auffälligkeiten?
16. Gab es Störungen von außen bzw. Unterbrechungen?
17. Sprach der Arzt / die Ärztin mit Ihnen über etwas anderes als Ihre Krankheit?
Beispielsweise Beruf – Arbeitsunfähigkeit / Krankenstand.
18. Erinnern Sie sich an einen bestimmten Geruch?
19. Viel Ihnen ein Geruch auf?

IV Soziodemographische Fragen

1. Wie alt sind Sie?
2. Sind Sie derzeit berufstätig?
3. Wenn ja: Voll- oder Teilzeit?
4. Wenn nein: Pension oder Krankenstand?
5. Welchen Beruf üben Sie aus bzw. übten Sie aus?

Möchten Sie mir noch etwas erzählen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.2. Kurzfassung

Ziel dieser Masterarbeit war es herauszufinden, ob Zusammenhänge zwischen den wahrgenommenen Bedingungen für das Bestehen des Teilsystems Ambulanz und der tatsächlichen Beweggründe für die Konsultation der Ambulanz durch die Patientenschaft bestehen. Relevant ist dies, um die Sicht der Patienten/innen im inneren Umfeld der Ambulanz zu erkennen und zu artikulieren.

In der theoretischen Einführung werden die Kommunikationswege und Hintergründe der Organisation Krankenhaus und die darin verflochtenen institutionell geregelten Abläufe erläutert. Ebenso wird auf die Besonderheit der Interaktion zwischen Arzt / Ärztin – Patient / Patientin eingegangen. Diese Rahmenbedingungen formen jegliche Konsultation und Kommunikation in dem Setting Krankenhaus. Diese werden mittels der klassischen Systemtheorie nach Luhmann erörtert.

Um diese abstrakte Ebene der Kommunikationstheorie auf eine Basis der Analyse zu bewegen, habe ich anhand eines aus dem theoretischen Vorbaus entwickelten Leitfadens qualitative Interviews mit 12 Personen geführt. Das so entstandene Datenmaterial wurde anhand eines vorher festgelegten Reglements nach Mayring ausgewertet und interpretiert.

Zusammenfassend zeigt diese Masterarbeit, dass die Motivation der Patientenschaft eine Ambulanz wiederholt aufzusuchen abhängig ist von deren Persönlichkeitsmerkmalen, ebenso wie von den Kommunikationsskills der Ärzteschaft. Des Weiteren bietet das Gesundheitssystem keine adäquaten, vergleichbaren Anlaufstellen mit dem fundierten Spezialwissen, wie es die beschriebenen Spezialambulanzen aufweisen. Das Teilsystem der Ambulanz bietet durch den hohen Grad an Spezialisierung Sicherheit in einem von Unsicherheit dominierten Feld. Die Gründe hierfür sind der letzte Stand der Forschung, die hohe Betreuungsqualität und fundierte Aufklärung seitens der Ärzteschaft.

Kritisiert werden die Servicequalitäten, und die räumlichen Gegebenheiten, ebenso wie das Zeitmanagement. Die Patientenschaft zeigt eine hohe Bereitschaft an Flexibilität und Kompromissbereitschaft in den Belangen der Planung und Investition von Zeit um zu der adäquaten Behandlung zu gelangen.

Zukunftsweisend könnten effektivere Anmeldesysteme und transparente Aufrufsysteme sein. Sie könnten Erleichterung und Sicherheit für die Patientenschaft bringen.

7.3. Abstract

The aim of this thesis was to find out whether correlations between perceived conditions for the existence of the subsystem health care center /outpatients and the causal motivation of patients to inquire at the outpatient clinic. This apperception is relevant to recognize the micro-environment of the walk-in clinic from a patients' point of view.

The theoretical introduction explains the way of communication, background of the clinic organization and regulatory proceedings. Additionally, the interaction between physician – patient is highlighted. These conditions contribute to any consultation and communication in the setting hospital. All of these aspects are discussed by means of the classical system theory according to Luhmann.

To move the conception level of communication theory to a line of analysis, qualitative interviews with 12 persons were conducted, previously developed connecting the theoretical guidelines. The resulting data was analyzed and interpreted according to the predetermined recommendations according to Mayring.

In summary, this thesis reveals the motivation of the interviewee patients - to repeatedly visit a walk-in clinic- mainly depends on personality traits and communication skills of the physicians. In addition, in the health care system there is a lack of adequate and comparable contact points providing special knowledge or the description of specialised outpatients. In the subsystem walk- in clinic, the specialization - caused by the last state of research, the high quality of care and funded consultation - offers a high degree of security in a field of dominated uncertainty.

Critically regarding the qualities of service and the areal conditions, as well as time management, the patient population shows a high flexibility and willingness to compromise on issues of planning and investment of time to get the appropriate therapy.

Looking forward, patients could certainly benefit from an effective patient registration and a transparent calling by name system.

7.4. Curriculum Vitae

PERSÖNLICHE DATEN

Name:	Carmen Trost
Akademischer Grad:	B.A.
Geburtsdatum:	9.3.1977
Geburtsort:	Hainburg/Donau; NÖ

AUSBILDUNG

03/2011 bis dato	Masterstudium Soziologie, Universität Wien. Schwerpunkt: Gesundheit und Organisation
2007 – 10/2010	Bachelorstudium Soziologie an der Universität Wien
2006 - 2009	Studium Veterinärmedizin
05/2006	Zusatzprüfung für Biologie
06/2002	Berufsreifeprüfung am Bfi Wien
2000 - 2002	Lehrgang für Berufsreifeprüfung
08/1999	Diplom für Gesundheits- und Krankenpflege

BA-Arbeit: Gesundheitsförderung im Netzwerk Gesundheitsförderliche Krankenhäuser am Beispiel von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und dessen spezifischen Gesundheitsproblemen.

BERUFLICHE ERFAHRUNG

02/ 2012 bis dato	Study Nurse / Coordinator an der Universitätsklinik für Orthopädie AKH Wien
10/2010 – 01/2011	Beauftragte für die Qualitätssicherung bei MediCare (1010 Wien)

08/2008	DGKS bei Medicare (im Ausmaß einer Beschäftigung)	Geringfügigen
11/2005 – 06/2008	Assistentin in der Tierarztpraxis Fischamend; NÖ (im Ausmaß einer Geringfügigen Beschäftigung)	
07/2003	Freistellung bis zur Karenz	
10/2001 – 07/2003:	DGKS im UKH Meidling (OP, Wundversorgung, Nachtaufnahme)	
02/2001 – 10/2001:	DGKS in der Chirurgischen Ambulanz im SMZ Floridsdorf (Inkl. Nachtdienst, Interne Ambulanz, Septischer OP)	
2000:	DGKS im Zentral OP mit Zentralsterilisation in Hainburg/Donau	
09/1999 – 01/2000:	DGKS und Teamleiterin von 6 Heimhilfen beim Hilfswerk NÖ	

BESONDERE KENNTNISSE

- Gründungsmitglied / Vorstand im ÖBVS – Österreichischer Berufsverband für StudienassistentenInnen Study Nurses & Coordinators
- ICH- Good Clinical Practice April 2014
- Scientific Board Member and lecturer EMSOS Congress 2014 – Nurse and Allied Professions - in Vienna
- Statistikauswertungsprogramm SPSS, AMOS
- Universitätskurs Englisch B2 (SS 2010)