

determining the decision to see a doctor. Especially the influence of characteristics of the delivery system (e.g. differences between urban and rural regions) and characteristics of users (e.g. social class) are investigated.

In this article the conceptual frame of the study is described. The model is based on assumptions of the action-decision-theory. It structures the process of decision and action into four phases: the first two, perception and interpretation, are summarized as «process of attention»; the subsequent ones, coping and evaluation, as «process of acting». The model describes the social system (the total of demographic, socio-structural and socio-economic variables) and the

memory system (contained within the individual life history) as mediating factors influencing the decision to act.

Literatur

- [1] Miller, G. A., Galanter, E. and Pribram, K. H.: Plans and the structure of behavior. New York: Holt, 1960.
- [2] Hacker, W.: Allgemeine Arbeits- und Ingenieurpsychologie. Psychische Struktur und Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Hans Huber Verlag, 1978.

Einige Bedingungen von Erwartungen an die Arztkonsultation

Bernhard Cloetta, Christoph Junker

IAE Forschungsgruppe Gesundheitsversorgung, Universität Bern, Inselspital 14c, 3010 Bern

Fragestellung

Unter Erwartungen verstehen wir hier die subjektiv bedeutsamen Vorstellungen eines Individuums über zukünftige Ereignisse. Deren Bedeutung im Zusammenhang mit Entscheidungen [3] gilt auch für die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen. Interessante Ergebnisse liegen besonders über die Erwartungen von Patienten an den Arzt und sein Handeln vor [2]. Die hier vorgestellte Arbeit versuchte, solche Erwartungen bei ambulanten Patienten in der Grundversorgung möglichst breit zu erfassen. Vor allem interessierte die Frage, welche Dimensionen bei den Patienten-Erwartungen über Zugang und Erreichbarkeit einer Praxis bzw. eines Ambulatoriums sowie über den Ablauf und das Ergebnis der Konsultation festzustellen sind.

Über das Gesamtprojekt, das im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 8 durchgeführt wurde und aus dem hier ein Aspekt vorgestellt wird, berichten wir zusammenfassend an anderer Stelle [1].

Methode

Befragt wurde eine bezüglich Alter und Geschlecht sehr breitgestreute Gruppe von 259 ambulanten Patienten eines Ambulatoriums (Poliklinik) und von allgemeinmedizinischen und allgemeininternistischen Arztpraxen in einer grossstädtischen Agglomeration im Jahr 1982. Das halbstrukturierte Interview wurde unmittelbar vor der Konsultation durchgeführt und dauerte im Durchschnitt eine Stunde. Neben den Erwartungen wurden Fragen zu folgenden Bereichen gestellt: aktuelle Beschwerden oder Anliegen, unmittelbarer Auslöser des Entscheids zur Konsultation, frühere Inanspruchnahme und Erfahrungen mit Ärzten, frühere Krankheiten, Einstellungen zur Medizin, sozialstatistische Variablen. Diese Daten der Patienten wurden durch knappe Angaben des Arztes über

Konsultationsgründe, Diagnose und Therapie ergänzt. Die offenen Antworten wurden kategorisiert. Bei den Erwartungen wurde nachträglich versucht, Quasiskalen zu bilden. Dabei berücksichtigten wir inhaltliche Gesichtspunkte und die Ergebnisse von Faktorenanalysen. Dieses Vorgehen ist als exploratorisch zu bezeichnen, was bei den Ergebnissen bedacht werden muss.

Erwartungsdimensionen

Bei den *Prozesserwartungen (PE)* geht es vor allem darum, welche Vorstellungen der Patient darüber hat, wie der Arzt während der Konsultation sich ihm gegenüber verhalten und was er alles tun wird. Als Beispiel für die vier entwickelten Quasitests lässt sich PE4 wie folgt umschreiben:

Der Patient ist allgemein positiv gestimmt und nicht ängstlich, was Arzt, Konsultationsablauf und -ergebnis betrifft; gegenüber: Er ist unsicher, abwartend, ängstlich bezüglich Arzt, Konsultationsprozess und möglichem Ergebnis (9 Items, davon 5 negativ verschlüsselt).

Ergebniserwartungen (EE) beinhalten Vorstellungen darüber, was bei der Konsultation herauskommen wird, welche Schlüsse der Arzt ziehen und welche Massnahmen er vorschlagen wird. Von den zwei entwickelten Quasitests lässt sich EE1 folgendermassen kennzeichnen:

Der Patient erwartet konkret Hilfe, Abklärung und Information sowie teilweise spezifizierete therapeutische Massnahmen; gegenüber: Er will Ergebnis sowie Behandlung auf sich zukommen lassen und erhofft sich Beruhigung oder wenigstens Klarheit über seine Befürchtungen (7 Items, davon 3 negativ).

Alle diese Skalen korrelieren nur geringfügig miteinander; die höchste Korrelation beträgt $r = .38$ zwischen PE1 und PE3. Die internen Konsistenzen (Cron-

bachs alpha) liegen zwischen $r-tt = .42 - .53$. Diese Werte wären für Fragebogenskalen ungenügend; hier haben wir es aber mit Skalen zu tun, die aus nachträglich kategorisierten offenen Antworten gewonnen wurden.

Erwartungsbilanzen (EB) wurden aus einem separaten Interviewteil gewonnen. Jeder Befragte hatte 28 vorgegebene Aussagen sowohl nach der persönlichen Wichtigkeit als auch nach dem vermuteten Eintreffen zu beurteilen. Die Auswertung erfolgte nach den Regeln der Erwartungs-mal-Wert-Theorien: Das Eintreffen günstiger Ereignisse sowie das Ausbleiben ungünstiger Ereignisse schlagen sich positiv auf die Bilanz nieder, das Ausbleiben günstiger sowie das Eintreten ungünstiger Ereignisse hingegen negativ. Eine Faktorenanalyse der 28 Items ergab eine 4-Faktoren-Lösung, die 35 % der Gesamtvarianz aufklärt. Als Beispiel der 4 Erwartungsbilanzen stellen wir EB4 vor:

Der Patient erwartet einen sorgfältigen, sehr umsichtigen, respektierten Arzt, der sich beim Gespräch und der Untersuchung Zeit nimmt, mögliche Gefährdungen früh erkennt und hilfreiche Ratschläge gibt. Zudem wird für die Konsultation ein passender Zeitpunkt und eine angenehme Praxisatmosphäre gewünscht (10 Items).

Die Erwartungsbilanzen korrelieren unter sich zwischen $r = .27 - .55$. Zu den anderen Erwartungsdimensionen bestehen keine Zusammenhänge ausser deutlichen Korrelationen von EE2 mit EB1 ($r = .59$) und EB4 ($r = .51$).

Separate Variablenblöcke	N	aufgeklärte Varianz in %		
		PE4	EE1	EB4
Aktuelle Beschwerden und Anliegen	13	0,10	0,19	0,03
Auslöser des Konsultationsentscheids	9	-	0,06	0,02
Frühere Inanspruchnahme und Erfahrungen mit Ärzten	13	-	-	0,05
Frühere Krankheiten	12	0,01	-	0,02
Einstellungen zur Medizin	15	-	-	0,07
Einrichtungstyp und ärztliche Massnahmen	7	0,05	0,09	0,03
Sozialdaten	6	0,06	0,04	0,18
Alle substantiellen Variablen zusammen	21–29	0,22	0,30	0,32

N: Anzahl Prädiktor-Variablen der Regressionsanalysen
PE4, EE1, EB4: Kriteriumsvariablen

Tab. 1. Bedingungen von Erwartungen

Bedingungen der Erwartungsdimensionen

Welche groben Zusammenhänge zwischen den Erwartungen und anderen erfassten Variablen bestehen, zeigt *Tabelle 1* mit Ergebnissen von getrennten Regressionsanalysen mit sieben Variablenblöcken:

Drei Variablenblöcke hängen mit allen drei vorgestellten Erwartungsvariablen zusammen, nämlich mit aktuellen Beschwerden und Anliegen, aufgesuchtem Einrichtungstyp und ärztlichen Massnahmen, Sozialdaten. Die substantiellen Einzelvariablen (zwischen 21 und 29) aus den sieben Variablenblöcken wurden für jede Erwartungsdimension in eine neue Regressionsanalyse eingegeben. Die damit aufgeklärte Varianz zeigt die unterste Zeile der Tabelle. Diese Beispiele zeigen, welche Art von Ergebnissen mit verbesserten Instrumenten erzielt werden könnten. Entsprechende Entwicklungsarbeiten sind gegenwärtig im Gang.

Résumé

Quelques conditions des attentes concernant la visite chez le médecin

Immédiatement avant le contact avec le médecin, des questions concernant les attentes à l'égard de l'interaction, du processus et des résultats de la consultation ont été posées à 259 patients. Des quasi-échelles ont été développées à partir de ces questions ouvertes ou fermées. Des corrélations sont présentés entre ces échelles et des variables socio-économiques, les symptômes et problèmes présentés et le type d'institution médicale visitée.

Summary

Some conditions of expectations concerning the consultation of a physician

Immediately prior to their consultation of a physician 259 ambulatory patients were interviewed concerning their expectations of the interaction with the physician, the course and results of the consultation. From the responses received to open and closed questions several quasi-scales were developed. These scales showed correlations to variables such as nature of the medical problem, type of practice and socio-economic indicators.

Literatur

[1] *Schaufelberger, H. J., Cloetta, B., Noack, H.*: Der Patient in der ambulanten ärztlichen Versorgung. MMG 1986 (im Druck).
 [2] *Uhlmann, R. F., Inui, T. S., Carter, W. B.*: Patient requests and expectations. Medical Care 1984; 22: 681–85.
 [3] *Westhoff, K.*: Erwartungen und Entscheidungen. Berlin: Springer, 1985.