



Patientenzentrierte Medizin: Was wollen Patient*innen?

Schifteh Dohr-Hashemi¹, Jurgen Willems¹, & Ali I. Ozkes¹

¹ Wirtschaftsuniversität Wien, Department für Management, Institut für Public Management & Governance

Abstract

In diesem Datenreport geben wir einen Einblick in die öffentliche Meinung in Österreich zu Qualitätskriterien, die Patient*innen im Kontakt mit Krankenhäusern und Ärzt*innen als wichtig erachten. Die Daten wurden in einer Stichprobe von 2.800 Befragten zwischen Jänner und Juni 2025 erhoben. Die wichtigsten Kriterien sind: (1) *eine saubere Umgebung im Gesundheitswesen*, (2) *professionelle Interaktionen mit Gesundheitspersonal* und (3) *klare und ausreichende Informationen*. Es zeigen sich kleine Unterschiede in Bezug auf demografische Merkmale wie Alter, Geschlecht, Beruf, Bildungsgrad und Migrationshintergrund. Diese Unterschiede bleiben jedoch auf etwa einen Skalenpunkt auf einer 9-stufigen Befragungsskala beschränkt.

Public Management and Governance Review (ISSN: 2960-592X) ist eine Open Access- Zeitschrift. Die Urheberrechte der Artikel liegen bei den Autor*innen. Dieser und weitere Artikel sind abrufbar unter: pmgr.wu.ac.at



Keywords

Patientenzentrierte Medizin, öffentliche Meinung, Public Management, Public Governance, Health Care Management, Gesundheitsversorgung, Qualitätswahrnehmung

Zusätzliche Informationen und Danksagung

Diese deutschsprachige Version des Datenreports basiert auf einer Übersetzung und Ergänzung des Originalbeitrags in englischer Sprache [1].

Sämtliche Daten können hier heruntergeladen werden: <https://osf.io/m7jsu/>
Die Abbildungen können hier heruntergeladen werden (in Englisch und Deutsch): <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.29517263>

Die Daten und Abbildungen stehen Open Access zur Verfügung. Ein Verweis auf diesen Datenreport ist verpflichtend, wenn weitere Datenanalysen durchgeführt und an anderer Stelle davon berichtet wird und/oder wenn Abbildungen aus diesem Report wiederverwendet werden.

Wir danken Joschka Sammer für seine Unterstützung bei einer ergänzenden Literaturrecherche zu Bedürfnissen von Patient*innen.



Was wollen Patient*innen?

Gesundheitsleistungen werden fortlaufend optimiert, um sowohl die Behandlungsergebnisse als auch die Serviceerfahrung für Patient*innen und ihr Umfeld zu verbessern. An diesem kontinuierlichen Prozess ist eine Vielzahl an Institutionen und Akteur*innen beteiligt, wobei die Primärversorgung, ambulante Dienste, Krankenhäuser, und Gesundheitspersonal die zentralen Leistungserbringer darstellen. Sie stehen an vorderster Front, wenn es darum geht, eine qualitativ hochwertige, komplexe und vielschichtige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Die Qualität dieser Leistungen wird nicht nur durch die konkrete Verbesserung der individuellen Gesundheit bestimmt, sondern auch durch die direkt erlebte Serviceerfahrung der Patient*innen und ihrer Angehörigen vor, während und nach der Leistungserbringung. So sind beispielsweise gute und klare Kommunikation, effiziente Administrationsprozesse und Leistbarkeit wichtige Faktoren, die dazu führen, dass Gesundheitsversorgung als qualitativ hochwertig wahrgenommen wird.

Daher sind neben diversen Einrichtungen wie Krankenhausträgern und den Manager*innen auch gesundheitspolitische Entscheidungsträger*innen zentrale unterstützende Akteur*innen in diesem Gesundheitsökosystem. Forschung im Bereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft sowie in den Life Sciences leistet ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Dies geschieht nicht nur durch die Entwicklung neuer Medikamente, Medizinprodukte, Verfahren und Behandlungen, sondern auch durch neue Erkenntnisse dazu, wie Innovationen in bestehende Strukturen implementiert werden können.

Aktuelle Analysen zur Entwicklung der österreichischen Gesundheitsversorgungsforschung im Zeitraum 2000-2024 verdeutlichen einen steigenden Publikationstrend. Über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg zeigt sich dabei ein klarer thematischer Schwerpunkt auf Fragen der Leistungserbringung im Gesundheitswesen sowie auf patientenzentrierten Ansätzen [2]. Einen besonderen Anstieg der Publikationstätigkeit verzeichnen die Jahre 2019-2020, als die Covid-Pandemie den Blick auf die Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Gesundheitssystems lenkte. In diesem Kontext rückten integrierte Versorgung, digitale Gesundheitslösungen und mentale Gesundheit stärker ins Zentrum der Forschungstätigkeit. Forschungslücken bestehen hingegen im Hinblick auf unterversorgte Bevölkerungsgruppen,

Patientenzentrierte Medizin

Dieser Datenreport ist Teil einer Initiative zu *Patient-Centered-Medicine*. Herausforderungen und Chancen in der Gesundheitsversorgung werden maßgeblich durch die sich wandelnden Bedürfnisse und Präferenzen von Patient*innen geprägt. Das Prinzip der patientenzentrierten Medizin nimmt dabei eine wegweisende Rolle ein. Es unterstützt verschiedene Akteur*innen dabei ihre Anstrengungen in diesem Public-Governance-Ökosystem zu koordinieren und auf wirksame Gesundheitslösungen auszurichten. Dazu zählen zentrale Akteur*innen wie Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen und Apotheker*innen. Ebenso gehören unterstützende Akteur*innen aus Krankenhausmanagement und -administration, Forscher*innen im Bereich Pflege- und Gesundheitswissenschaften sowie den Life Sciences, pharmazeutische Unternehmen (sowohl kleine als auch große) und politische Entscheidungsträger*innen dazu.

Für die Forschung verweisen wir auf diesen Überblick: **Abgeschlossene und laufende Studien.**

Für die Lehre verweisen wir auf die Executive MBA-Programme der WU:

- **Life Science & Health Care Management** (englischsprachig, international und sektorenübergreifend ausgerichtet)
- **Health Care Management** (deutschsprachig, Fokus DACH-Raum und Gesundheitssektor)



der Integration digitaler Gesundheitstechnologien sowie bei der ökonomischen Bewertung von Reformen in der Primärversorgung [2].

Unsere Studie ergänzt diese Entwicklungen um eine quantitative Datenerhebung, die im Zeitraum von Jänner bis Juni 2025 in Österreich durchgeführt wurde, und verbindet den patientenzentrierten Fokus aktueller Forschung mit einer repräsentativen Erhebung. Auf Basis von wissenschaftlicher Literatur, Expert*inneninterviews und Fokusgruppen wurden 17 Qualitätskriterien der Gesundheitsversorgung abgeleitet und als Online-Befragung in die repräsentative Datenerhebung integriert. Ziel dieses Datenreports ist es, Einblicke darin zu geben, wie Patient*innen die Bedeutung dieser 17 Qualitätskriterien bei Kontakten mit (1) Krankenhäusern und (2) Ärzt*innen bewerten. Diese Einblicke bieten einen datenbasierten, aktuellen Referenzrahmen für Lehre, Beratung sowie für Entscheidungsträger*innen im Gesundheitswesen.

Qualitätskriterien in der Gesundheitsversorgung

Die (wahrgenommene) Qualität der Gesundheitsversorgung wird von verschiedenen Faktoren bestimmt. Manche Faktoren beziehen sich unmittelbar auf die Behandlungsergebnisse und Verbesserung der Gesundheit, andere auf unterstützende Prozesse und Serviceerfahrungen im Rahmen der Versorgung.

Zu den unmittelbaren Faktoren zählt etwa eine wirksame Behandlung, die eng mit dem Vertrauen in die Professionalität und Profession verbunden ist [3], [4], [5]. Sauberkeit, Hygiene und Sicherheit der Versorgungsumgebung sind wiederkehrende Voraussetzungen für die Qualitätswahrnehmung in der Gesundheitsversorgung [3], [5], [6], [7]. Weitere direkte Faktoren betreffen den persönlichen Kontakt mit Gesundheitspersonal [3], [8], [9] sowie unmittelbare psychologische und emotionale Unterstützung [3], [10], [11], [12], [13].

Zu den unterstützenden Faktoren zählen unter anderem die Qualität und Klarheit der Kommunikation [3], [6], [7], [9], [11], [12], [14], [15], [16], die Einbindung von Patient*innen und Angehörigen in Behandlungsentscheidungen [3], [9], [12], [14], die Effizienz der Leistungserbringung [5], [6], [16], [17] sowie die Leistbarkeit [8], [10].

Diese Qualitätswahrnehmungen sind auch im Kontext der österreichischen Versorgungsstruktur zu sehen. Während viele Gesundheitssysteme eine klare Dreiteilung in Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung kennen, ist das österreichische System traditionell zweistufig organisiert (primäre Ebene: klassische „Hausärzt*innen, Primärversorgungszentren, mobile Dienste; sekundäre Ebene: Fachärzt*innen und Krankenhäuser) [18].

Da der Zugang zwischen diesen Ebenen in Österreich zudem nicht streng geregelt ist, können Patient*innen häufig direkt Fachärzt*innen oder Krankenhäuser aufsuchen, ohne zuvor allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen zu haben [18], [19], und sie tun dies deutlich häufiger als Patient*innen in anderen europäischen Ländern [20]. Patient*innenerfahrungen entstehen dadurch in Österreich aus einer breiten Vielfalt an direkten Begegnungen mit Ärzt*innen und Spitälern, die unabhängig von der formalen Versorgungsebene die Wahrnehmung von Qualität prägen.



Gesamtergebnisse

Im Rahmen der Online-Erhebung wurden die Befragten zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt. Eine Gruppe wurde gebeten, sich an den letzten Besuch in einem Krankenhaus zu erinnern, während die andere Gruppe aufgefordert wurde, sich an den letzten Besuch bei einem Arzt/einer Ärztin zu erinnern. Es konnten sowohl Situationen berücksichtigt werden, in denen die Befragten selbst Patient*innen waren, als auch solche, in denen sie eine*n Patient*in begleiteten.

Beide Gruppen wurden gebeten, zu bewerten, wie wichtig ihnen jeweils 17 Qualitätskriterien in der Gesundheitsversorgung sind. Die Bewertung erfolgte auf einer 9-stufigen Skala von –4 bis +4, wobei ausschließlich die Skalenenden verbal verankert waren: *Überhaupt nicht wichtig* (–4) und *Sehr wichtig* (+4).

Abbildung 1 zeigt die deskriptiven Gesamtergebnisse für die gesamte Stichprobe. Die 17 Qualitätskriterien sind von oben nach unten nach ihrem durchschnittlichen Mittelwert gereiht.

Die Mittelwerte pro Kriterium zeigen deutlich, dass die Befragten alle Kriterien als wichtig erachten, da sie sich alle auf der rechten Seite der Skala befinden. Am wichtigsten wird das Kriterium (1) *In einer sauberen Umgebung zu sein* bewertet (2,56).

Darauf folgen mehrere Kriterien, die alle die Interaktion mit Gesundheitspersonal betreffen: (2) *Professionell behandelt zu werden* (2,52), (3) *Freundlich behandelt zu werden* (2,46), und (4) *Das Gefühl, vom Arzt/von der Ärztin gehört zu werden* (2,35).

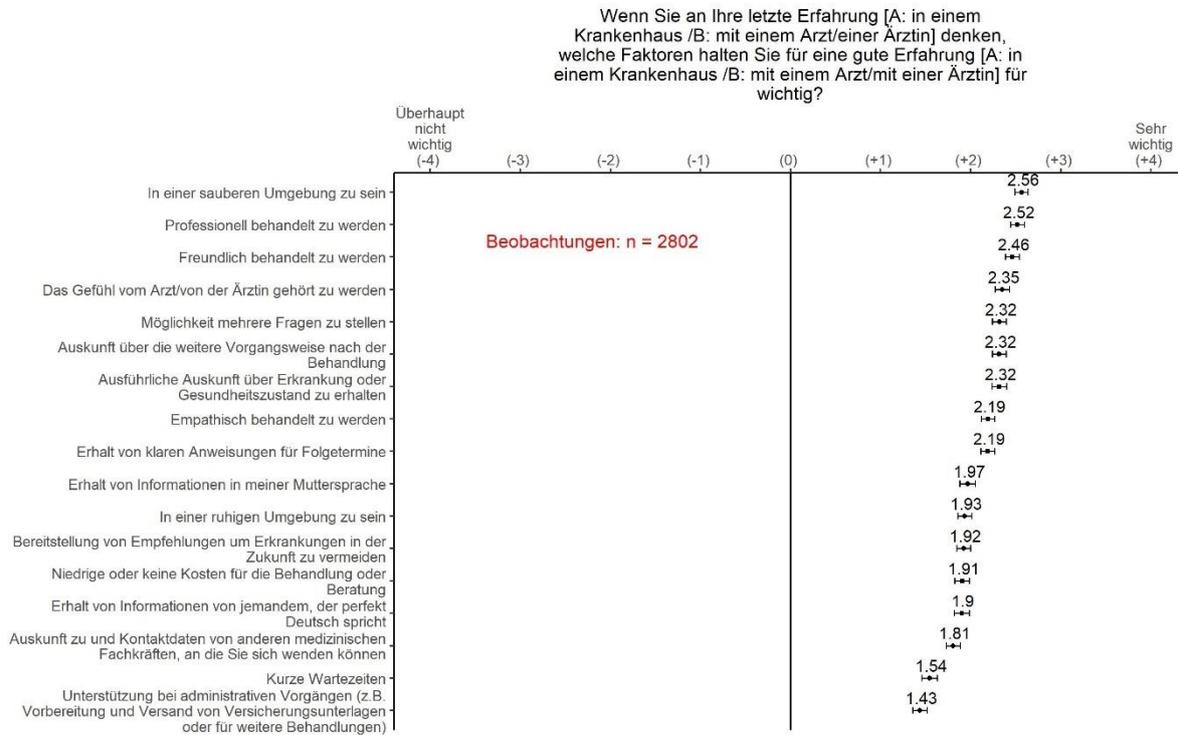
Im Anschluss weisen mehrere Kriterien auf den Stellenwert von adäquater Patient*innenkommunikation und den Erhalt relevanter Informationen zur Behandlung hin: (5) *Möglichkeit, mehrere Fragen zu stellen* (2,32), (6) *Auskunft über die weitere Vorgangsweise nach der Behandlung* (2,32), und (7) *Ausführliche Auskunft über Erkrankung oder Gesundheitszustand zu erhalten* (2,32).

Am unteren Ende der Skala finden sich jene Kriterien, die von den Befragten als am wenigsten wichtig bewertet werden: (15) *Auskunft zu und Kontaktdaten von anderen medizinischen Fachkräften, an die Sie sich wenden können* (1,81), (16) *Kurze Wartezeiten* (1,54) und (17) *Unterstützung bei administrativen Vorgängen (z. B. Vorbereitung und Versand von Versicherungsunterlagen oder für weitere Behandlungen)* (1,43).

Auffällig ist, dass das Kriterium *Kurze Wartezeiten* vergleichsweise niedrig bewertet wird. Dies steht sowohl im Kontrast zu gesundheitspolitischen Debatten, in denen lange Wartezeiten auf Facharzttermine oder elektive Eingriffe regelmäßig im Mittelpunkt stehen [21], als auch im Kontrast zu vorhandenen Forschungsergebnissen. Mehrere Studien zeigen, dass kurze Wartezeiten in engem Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit Gesundheitsleistungen stehen und auch die Bereitschaft beeinflussen, dieselbe Einrichtung erneut aufzusuchen [22].

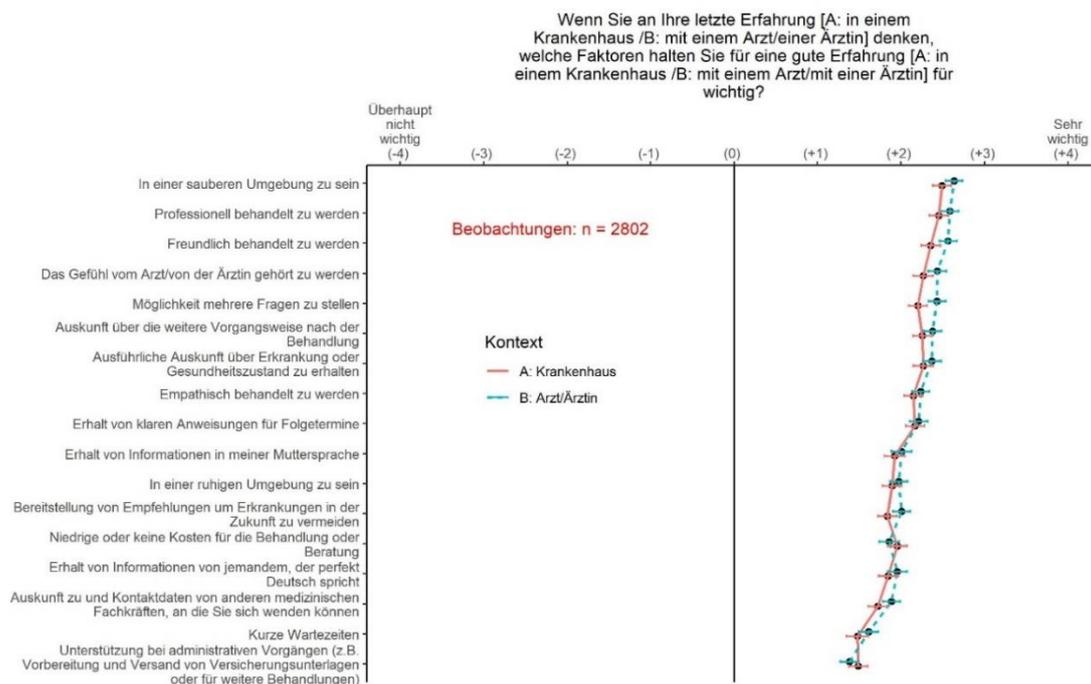


Abbildung 1: Kriterien, von oben nach unten gereiht, basierend auf dem durchschnittlichen Wert der Gesamtstichprobe.



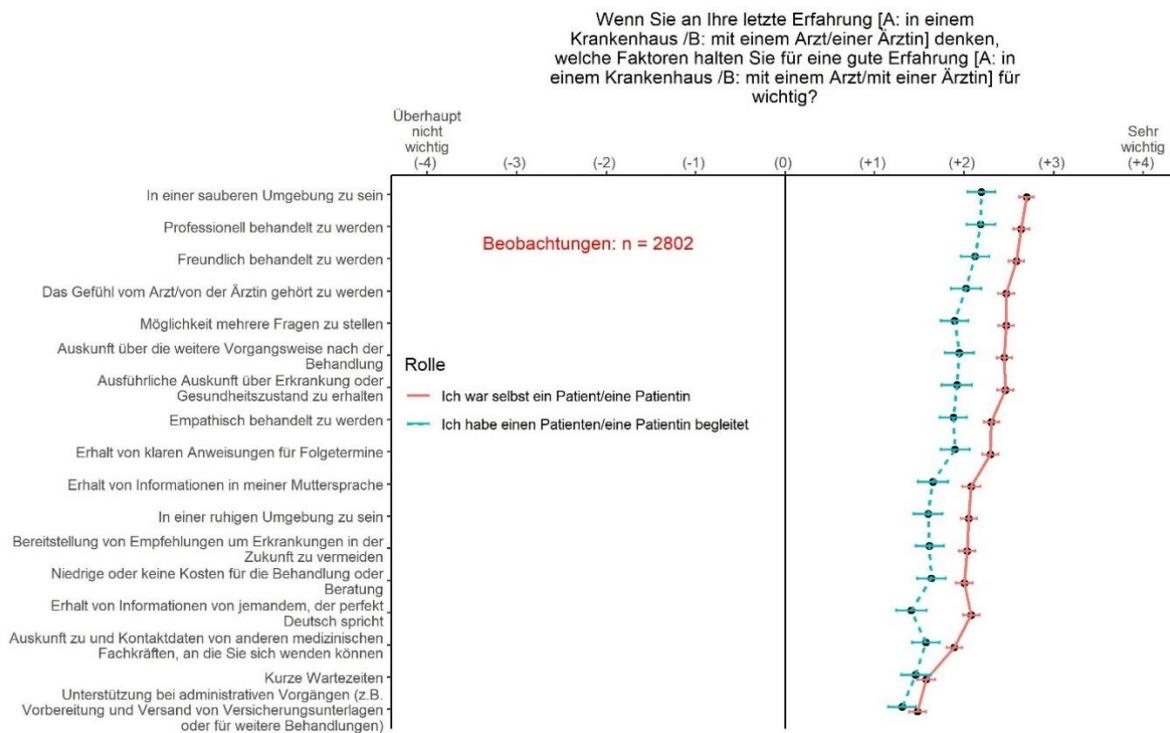
Weitere Analysen, die zwischen Krankenhaus- und Arztbesuchen unterscheiden, zeigen keine wesentlichen Unterschiede in der (relativen) Bewertung der Qualitätskriterien. Dies ist in Abbildung 2 dargestellt, in der die Linien für beide Konsultationsarten kaum voneinander abweichen.

Abbildung 2: Der Versorgungskontext zeigt keine Unterschiede in der wahrgenommenen Bedeutung der Qualitätskriterien



Deutliche Unterschiede ergeben sich hingegen, wenn man die Rolle betrachtet, in der Personen ein Krankenhaus oder einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen, also ob sie dies als (1) Patient*in oder (2) Begleitperson tun. Das zeigt Abbildung 3.

Abbildung 3: Als Patient*in werden alle Kriterien wichtiger eingeschätzt als in der Rolle einer Begleitperson



Ergänzend zu unserer Erhebung, geben aktuelle Daten aus dem CRONOS3-Panel (Cross-National Online Survey Panel, European Social Survey) Einblick in die Zufriedenheit mit drei Aspekten beim letzten Krankenhaus- oder Facharztbesuch. Die Erhebung wurde parallel in elf ausgewählten europäischen Staaten, darunter Österreich, durchgeführt [23]. Dabei handelt es sich um Dimensionen, die auch in unserer Befragung eine zentrale Rolle spielen: (1) *fachliche Expertise und Professionalität des Gesundheitspersonals*, (2) *persönliche Aufmerksamkeit einschließlich Haltung und Zeitaufwand* sowie (3) *Information und Kommunikation zur eigenen Behandlung*.

Die CRONOS3-Befragung wurde in Österreich vom 11. September bis 9. Oktober 2024 durchgeführt (Stichprobe 882 Befragte). Die Mittelwerte auf der Skala von 0 *Sehr unzufrieden* bis 10 *Sehr zufrieden* liegen bei 7,9 Punkten für (1) Expertise, bei 7,7 Punkten für (2) persönliche Aufmerksamkeit und ebenfalls bei 7,7 Punkten für (3) Information und Kommunikation. Damit liegt Österreich im Vergleich der elf europäischen Länder dieser Befragungswelle im Mittelfeld: nahezu gleichauf mit Belgien, über den Werten von Frankreich und Tschechen, jedoch deutlich unter dem Spitzenreiter Finnland, wo durchgängig Werte über 8,3 für alle Aspekte der Zufriedenheit erreicht werden [23].



Ergebnisse nach demografischen Merkmalen

Weitere Abbildungen zeigen Unterschiede nach demografischen Merkmalen, allerdings nur für Befragte, die diese Fragen beantwortet haben und keine Angaben, wie *Andere*, *Trifft nicht zu* oder *Sonstiges* im Online-Fragebogen machten.

Abbildung 4 zeigt, dass alle Qualitätskriterien mit zunehmendem Alter als wichtiger erachtet werden. Dies wird auch in Abbildung 7 sichtbar, wo Studierende im Durchschnitt niedrigere Werte aufweisen als pensionierte Befragte.

Frauen bewerten alle Kriterien als wichtiger im Vergleich zu Männern (Abbildung 5). Auch der Bildungsgrad korreliert mit einigen Unterschieden, vor allem bei jenen Kriterien, die im Durchschnitt als am wichtigsten bewertet werden (Abbildung 6).

Befragte mit Migrationshintergrund (erste, zweite oder dritte Generation) geben an, alle Kriterien als weniger wichtig einzuschätzen als Personen ohne Migrationshintergrund. Besonders deutlich wird dies beim Kriterium *Erhalt von Informationen in meiner Muttersprache*. Das wird nicht nur im Vergleich zu Befragten ohne Migrationshintergrund, sondern auch innerhalb der eigenen Gruppe im Vergleich zu anderen Qualitätskriterien als deutlich weniger wichtig bewertet (Abbildung 8).

Der Anhang enthält zusätzliche Abbildungen zum Thema politische Orientierung und Geschlechterverteilung.



Abbildung 4: Ältere Personen bewerten alle Kriterien als wichtiger.

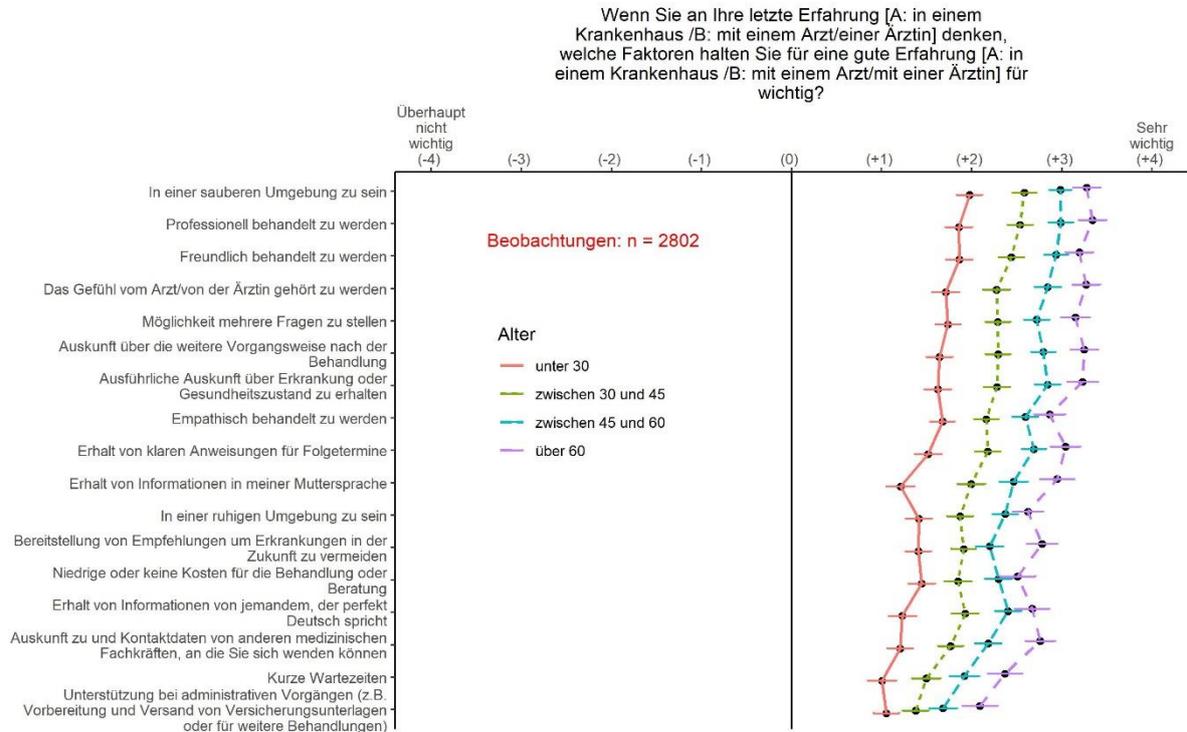


Abbildung 5: Frauen bewerten alle Kriterien als wichtiger im Vergleich zu Männern.

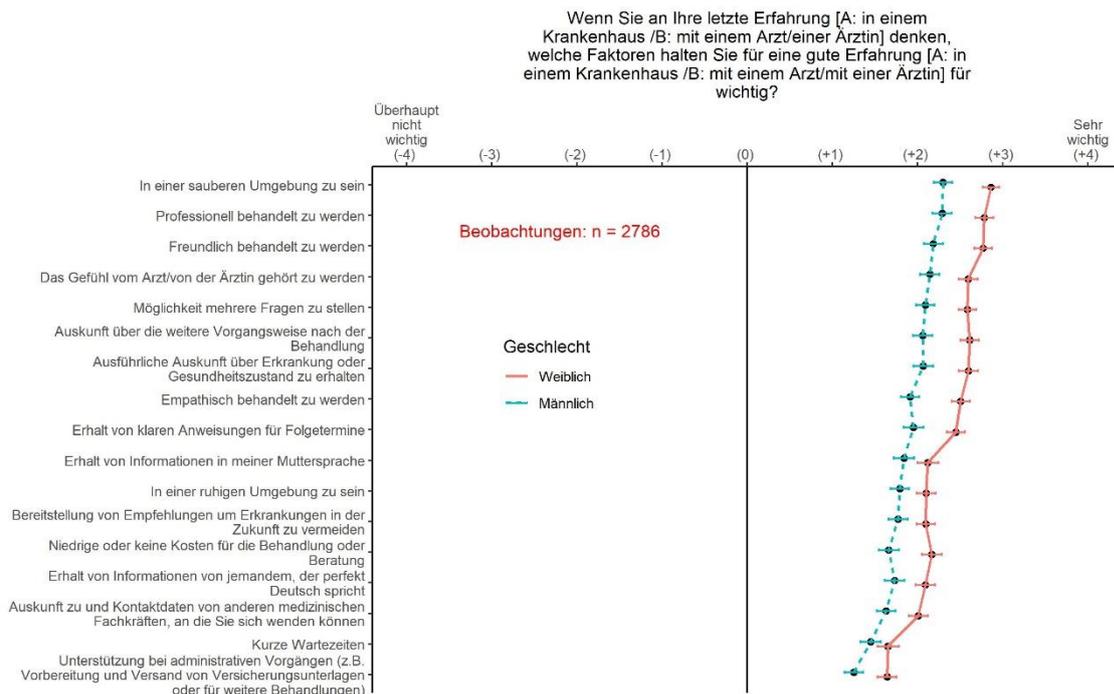




Abbildung 6: Unterschiede nach Bildungsgrad, vor allem bei den am wichtigsten bewerteten Kriterien.

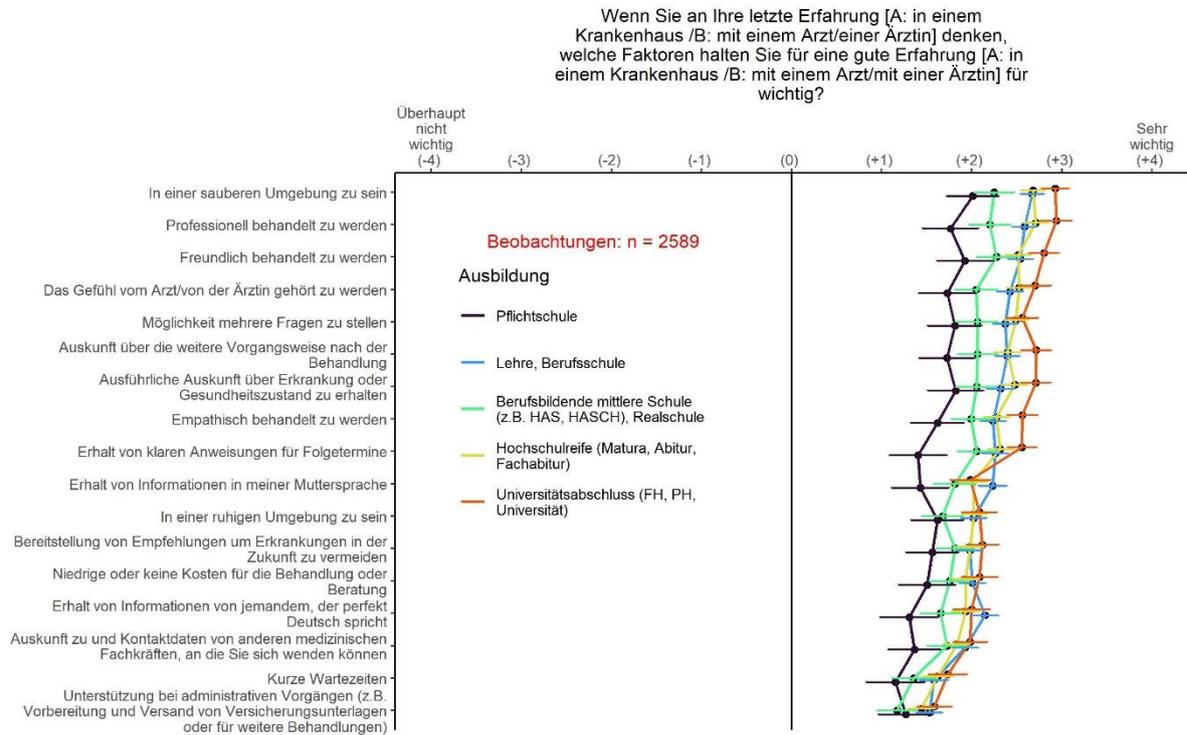


Abbildung 7: Unterschiede nach Beschäftigung, vermutlich im Zusammenhang mit Alterseffekten.

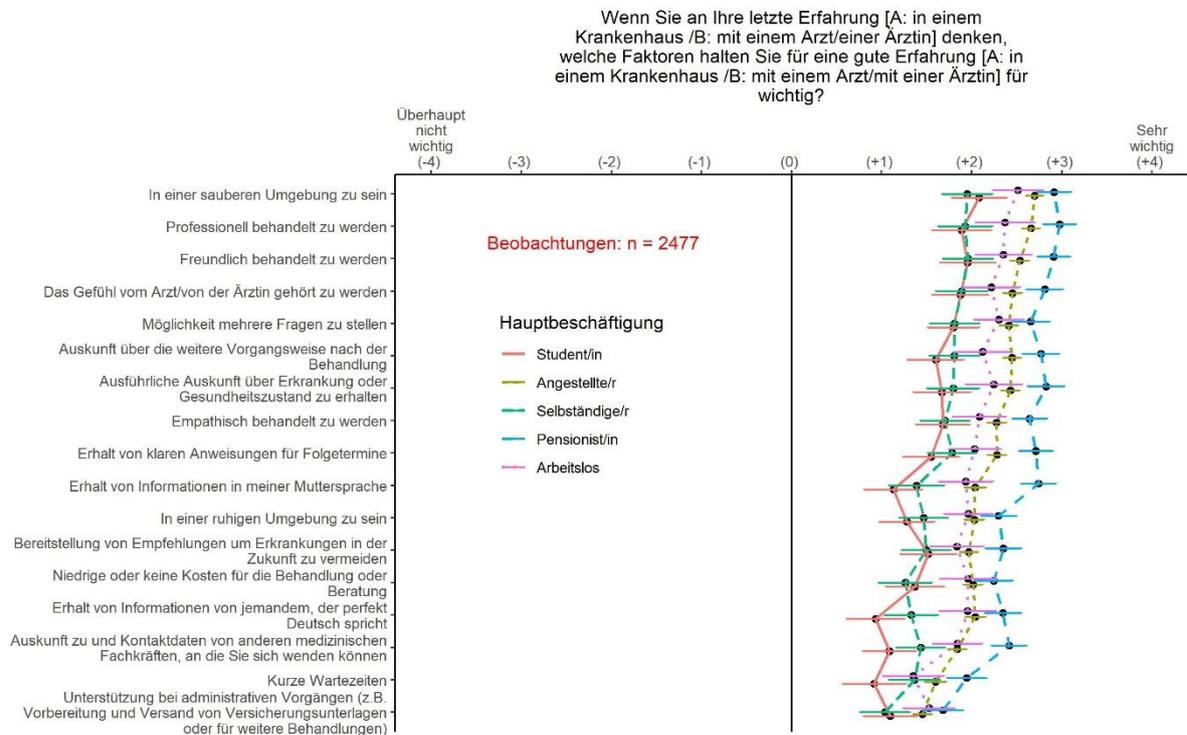
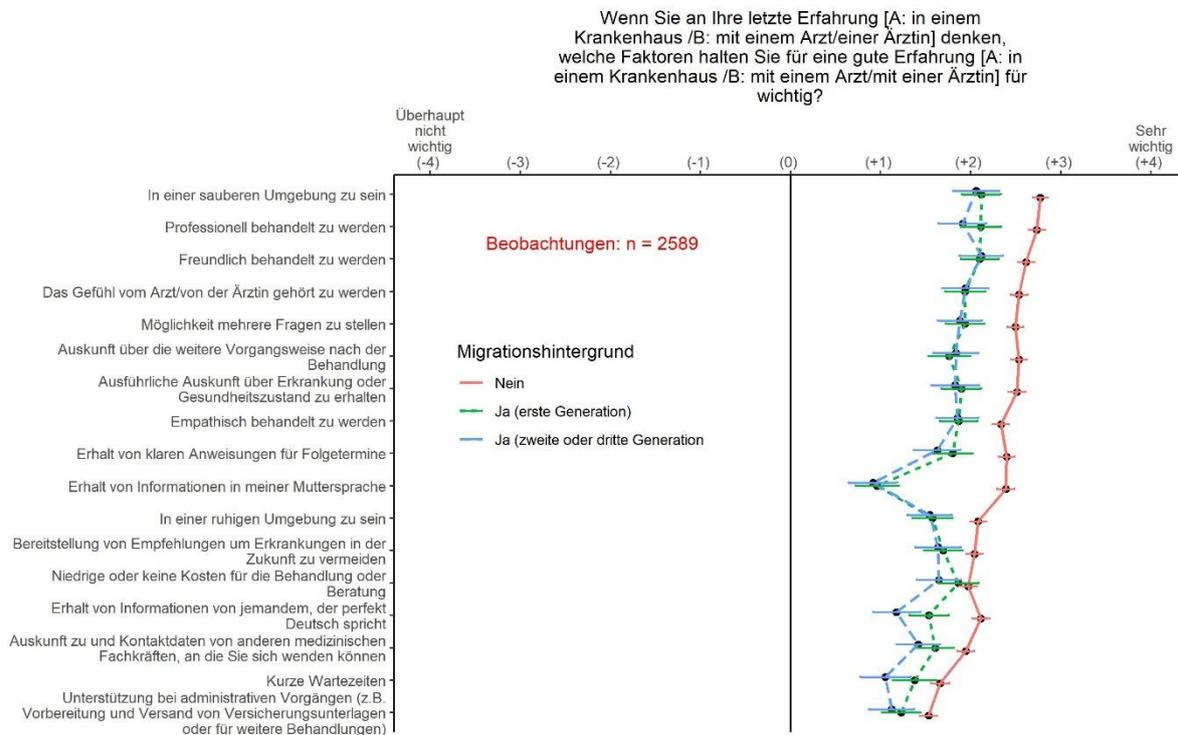


Abbildung 8: Unterschiede nach Migrationshintergrund.



Zusammenfassung des Datensets und Überlegungen zur Datenerhebung

Das Befragungsinstrument wurde entwickelt, indem Qualitätskriterien aus (1) bestehenden wissenschaftlichen und praxisorientierten Studien, (2) mehreren Gesprächen mit Gesundheitsfachkräften in Österreich und im Ausland sowie (3) drei Fokusgruppen mit Bürger*innen und Patient*innen, identifiziert wurden. Wir haben schließlich 17 Kriterien ausgewählt, um ein breites Themenspektrum abzudecken. Zudem haben wir entschieden, die Einschätzungen der Befragten mit einer 9-stufigen Skala von -4 bis +4 zu erheben. Die Extremwerte der Skala waren zusätzlich verbal verankert: *Überhaupt nicht wichtig* (-4) und *Sehr wichtig* (+4).

Die Datenerhebung erfolgte mit Unterstützung eines professionellen Panelanbieters (Qualtrics Surveys). Die in diesem Report verwendeten Fragen wurden in eine größere Datenerhebung des Instituts für Public Management und Governance an der Wirtschaftsuniversität Wien integriert, die verschiedene Themen umfasst.

Die Daten wurden im Zeitraum vom 06. Jänner 2025 bis 05. Juni 2025 erhoben. Dem Panelanbieter wurde vorgegeben, die Stichprobe nach Geschlechterverteilung pro Altersgruppe sowie nach Bundesländern repräsentativ zu erheben. Ältere Personengruppen sind dabei leicht unterrepräsentiert. Da als Sampling-Kriterien lediglich Alter, Geschlecht und Bundesland herangezogen wurden, wurden nicht alle Variablen auf vollständige Repräsentativität geprüft, zu denen in diesem Report Gruppenunterschiede berichtet werden (z.B. Bildungsgrad).

In derselben Datenerhebung haben wir die Befragten auch gefragt: „Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen im Gesundheitswesen in Österreich in den nächsten drei Jahren?“ Allerdings bekamen jene Befragten, die die Fragen dieses Datenreports, also zu den Qualitätskriterien in der Gesundheitsversorgung erhielten, nicht die Fragen zu den



Herausforderungen des Gesundheitssektors, und umgekehrt. Die Befragten wurden per Zufallszuweisung einer der beiden Untergruppen zugeordnet: (1) Qualitätskriterien oder (2) Herausforderungen. Zusätzlich wurde auch die Reihenfolge der Fragen randomisiert, um Antwortverzerrungen durch Reihenfolgeeffekte zu vermeiden.

Die Daten dieses Reports können hier heruntergeladen werden: <https://osf.io/m7jsu/>. Die Abbildungen können hier heruntergeladen werden (in Englisch und Deutsch): <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.29517263>

Die Daten und Abbildungen stehen Open Access zur Verfügung. Ein Verweis auf diesen Datenreport ist erforderlich, wenn weitere Datenanalysen durchgeführt und an anderer Stelle davon berichtet wird und/oder wenn Abbildungen aus diesem Report verwendet werden.

Autor*innen

Schifteh Dohr-Hashemi ist Universitätsassistentin und Doktorandin am Institut für Public Management & Governance der Wirtschaftsuniversität Wien. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Gesundheitsmanagement und Governance öffentlicher Gesundheitssysteme, mit besonderem Interesse an der Implementierung fortgeschrittener Technologien und künstlicher Intelligenz.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-3074-491X>

Jurgen Willems ist Professor für Public Management & Governance an der Wirtschaftsuniversität Wien. Zudem ist er akademischer Direktor von zwei Executive MBA-Programmen an der WU Executive Academy mit Schwerpunkt Life Sciences und Health Care Management. Seine Lehre umfasst verschiedene Managementthemen, darunter Organizational Behavior, Management & Digital Transformation sowie Public and Nonprofit Governance. Jurgen Willems war als Visiting Scholar an der University of Southern Denmark, der American University in Washington, der Université de La Réunion, der University of Missouri und der University of Texas at Austin tätig. Seine Forschung befasst sich mit einer Vielzahl von Themen zu Bürger*innen-Staat sowie Bürger*innen-Gesellschaft Interaktionen.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4439-3948>

Ali I. Ozkes ist Senior Researcher am Institut für Public Management & Governance der Wirtschaftsuniversität Wien sowie an der SKEMA Business School. Er absolvierte sein Bachelorstudium an der London School of Economics and Political Science, seinen PhD an der École Polytechnique und seine Habilitation an der Universität Paris 1 Panthéon-Sorbonne. Seine Forschung umfasst Themen wie Gesundheitsmanagement, kollektive Entscheidungsprozesse, Reproduzierbarkeit von Forschung, KI-Ethik und Verhaltensökonomie. Seine Arbeiten sind in führenden Fachzeitschriften aus Management, Wirtschaftswissenschaften und Informatik erschienen.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8720-2494>

Anhang

In diesem Anhang berichten wir über zwei zusätzliche Aspekte. Erstens wird untersucht, ob sich Unterschiede nach politischer Orientierung der Befragten zeigen. Zweitens stellen wir eine zusätzliche Abbildung für die Geschlechterverteilung dar, in der auch die Kategorie „divers“ berücksichtigt wird.



Politische Repräsentation

Unsere Online-Erhebung enthielt sechs Fragen dazu, ob und inwieweit sich die Befragten von verschiedenen politischen Parteien in Österreich vertreten fühlen. Mehrfachantworten waren möglich, das heißt, die Befragten konnten für jede der sechs Parteien angeben, in welchem Ausmaß sie sich von dieser Partei vertreten fühlen. Antwortoptionen waren: (-2) *Überhaupt nicht*, (-1) *Nur bei wenigen Elementen*, (0) *Medium*, (+1) *Bei vielen Elementen*, (+2) *Vollständig*. Anschließend wurden diese Werte für jede Partei in zwei Kategorien zusammengefasst: Die Werte -2, -1 und 0 wurden als *Fühlt sich nicht von [Name der Partei] vertreten* und die Werte +1, +2 wurden als *Fühlt sich von [Name der Partei] vertreten*, kategorisiert.

Insgesamt zeigen sich nur minimale Unterschiede, was darauf hindeutet, dass die politische Orientierung keinen wesentlichen Einfluss auf die wahrgenommene Bedeutung der Qualitätskriterien in der Gesundheitsversorgung hat.

Abbildung 9a: Fühlt sich vertreten durch die SPÖ.

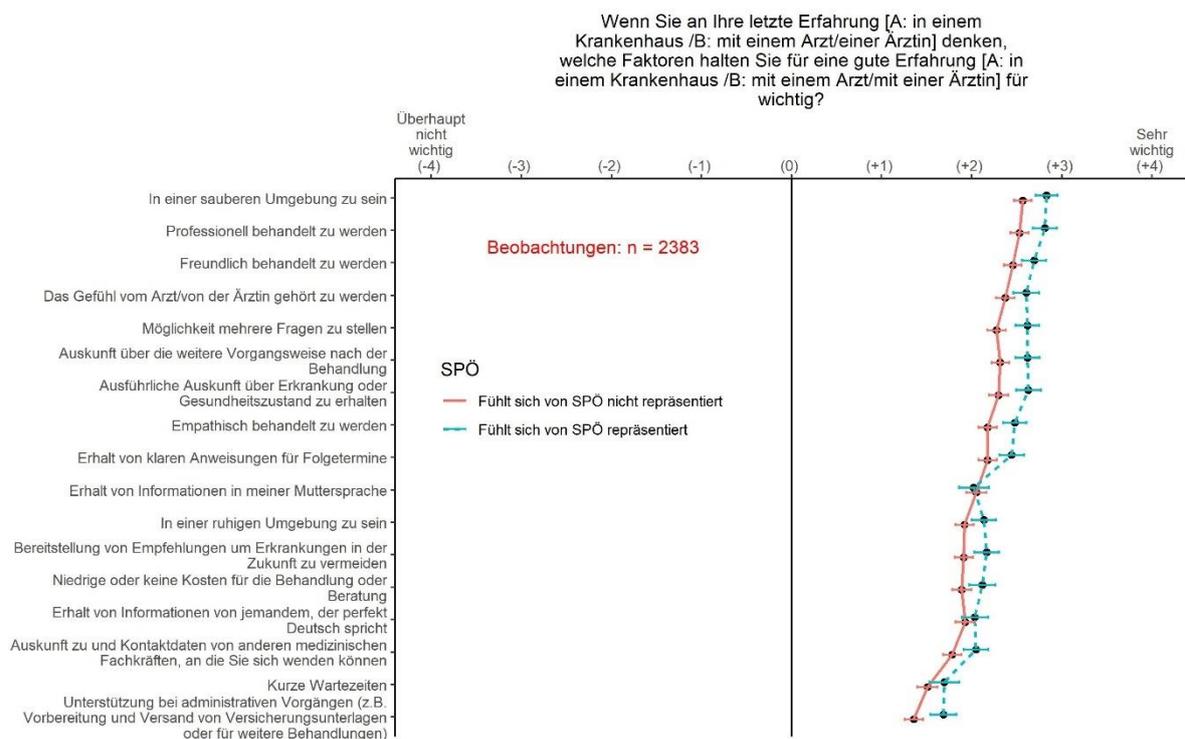




Abbildung 9b: Fühlt sich vertreten durch die ÖVP.

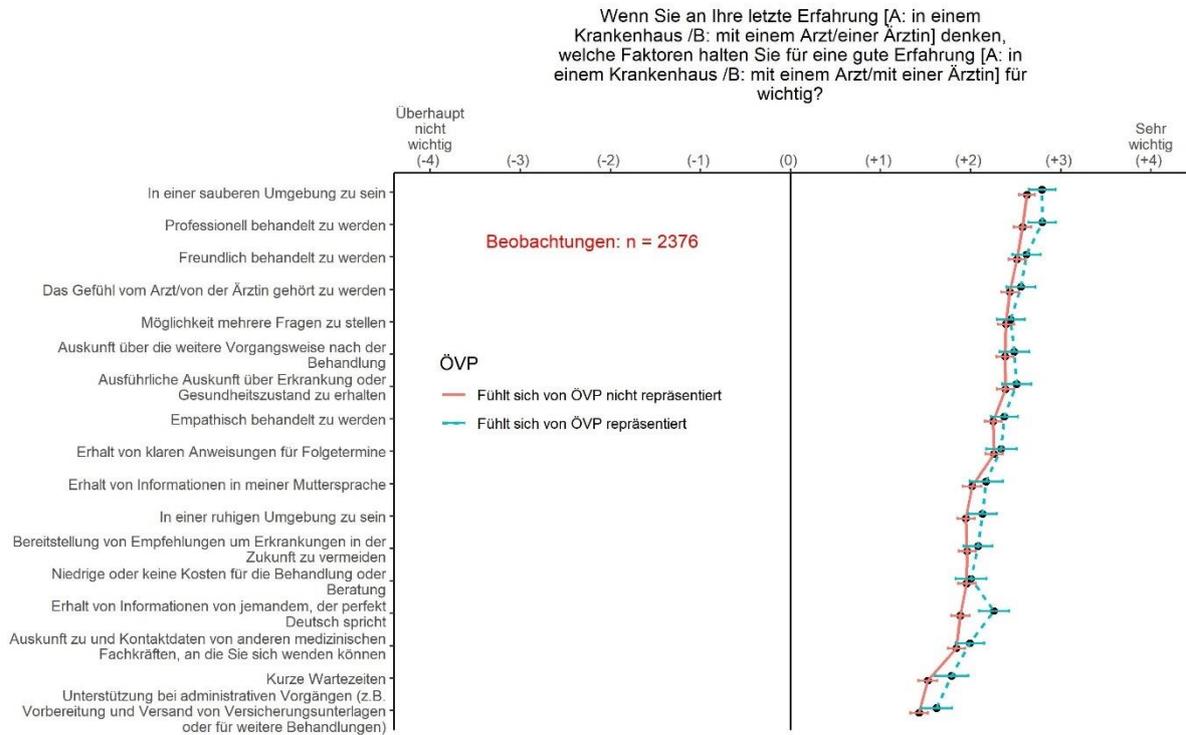


Abbildung 9c: Fühlt sich vertreten durch die FPÖ.

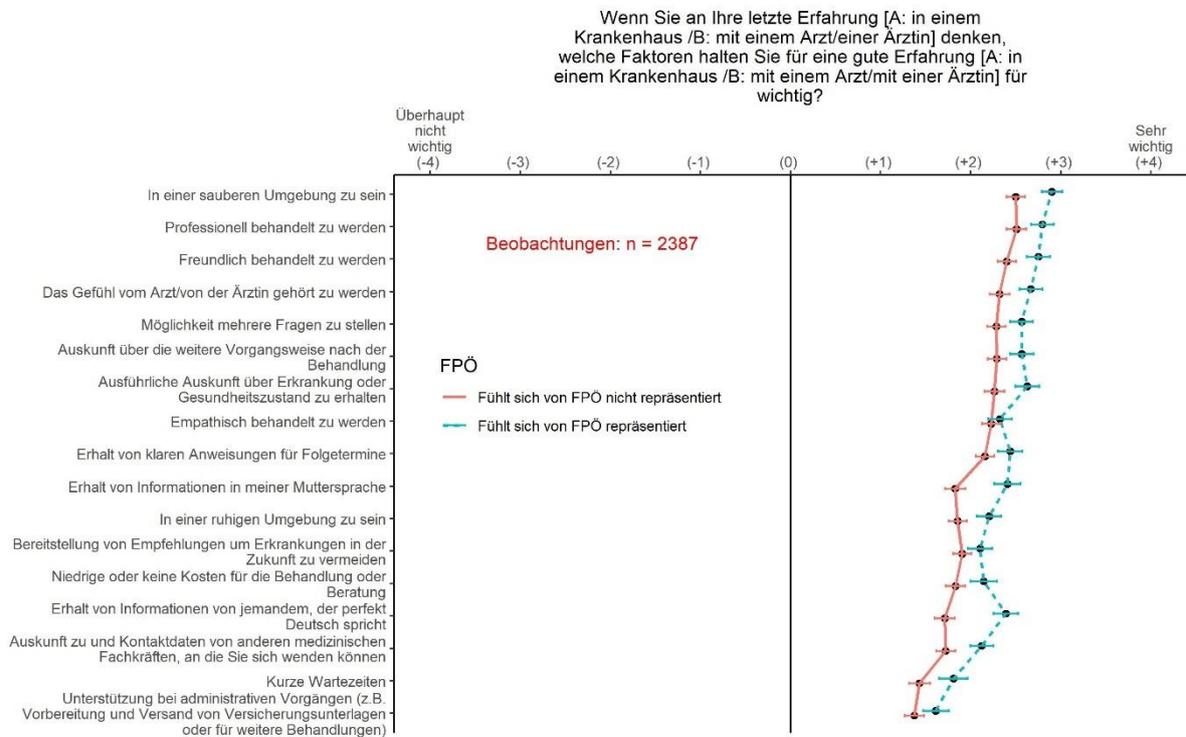




Abbildung 9d: Fühlt sich vertreten durch Die Grünen.

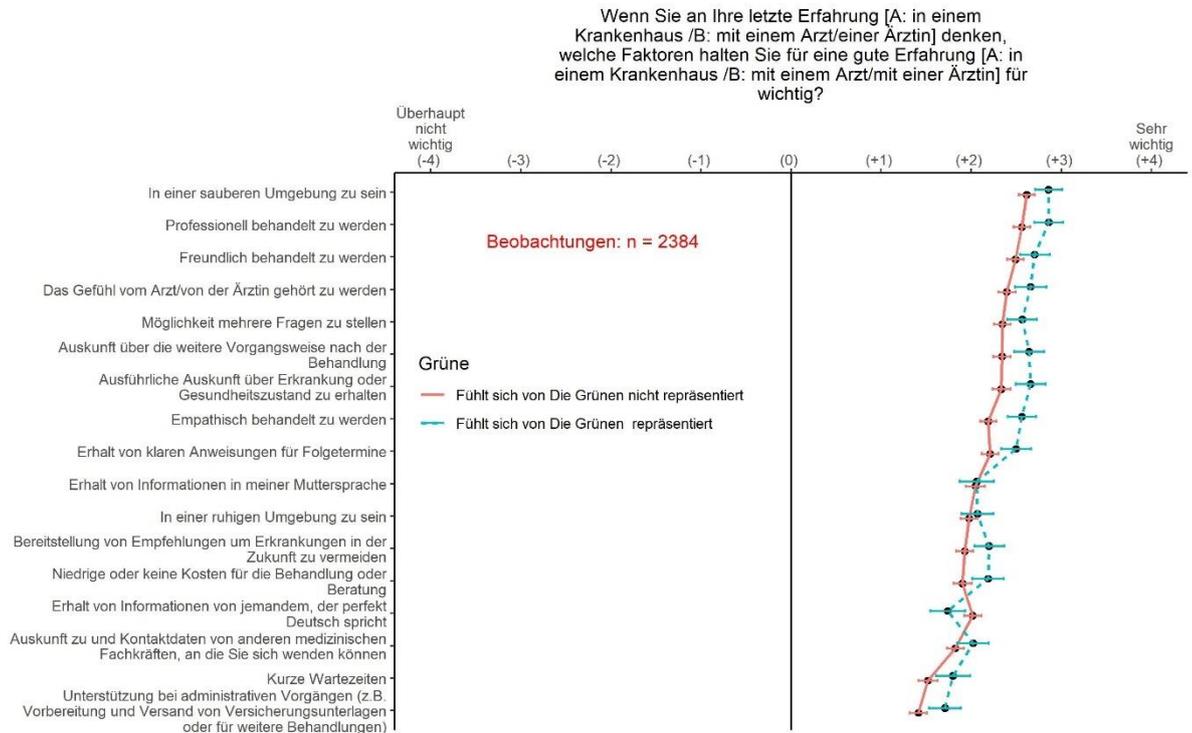


Abbildung 9e: Fühlt sich vertreten durch die NEOS.

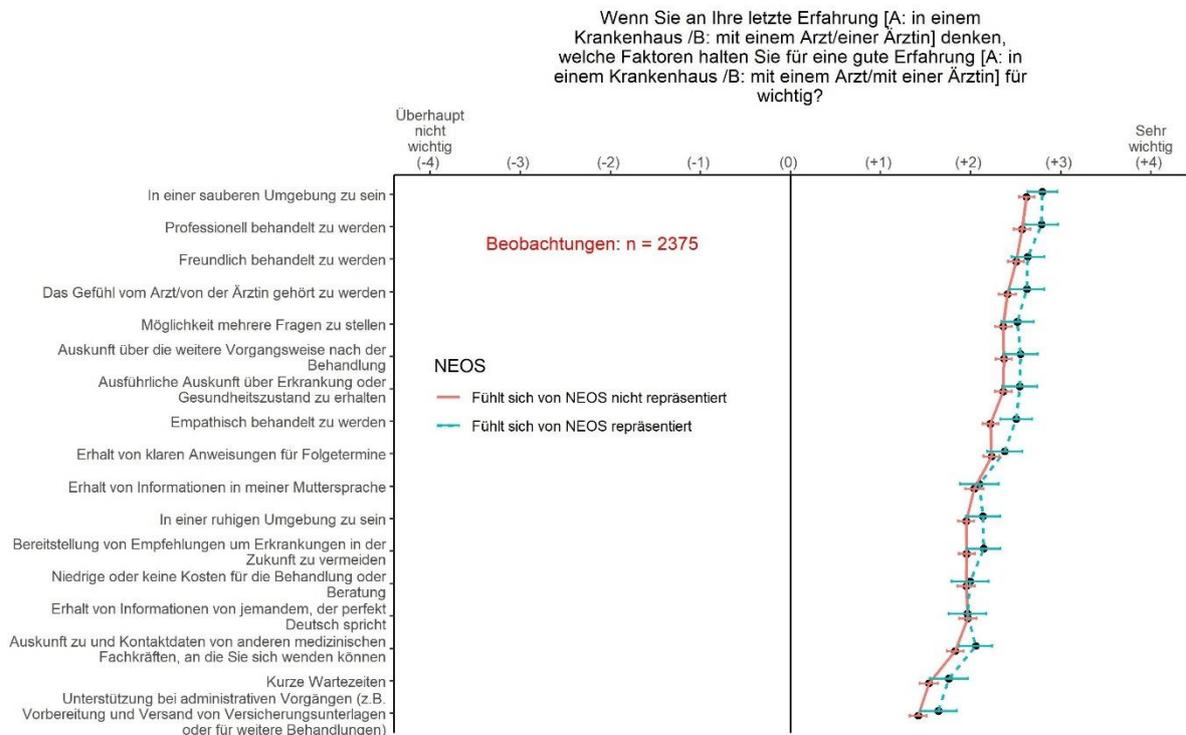




Abbildung 9f: Fühlt sich vertreten durch die KPÖ.

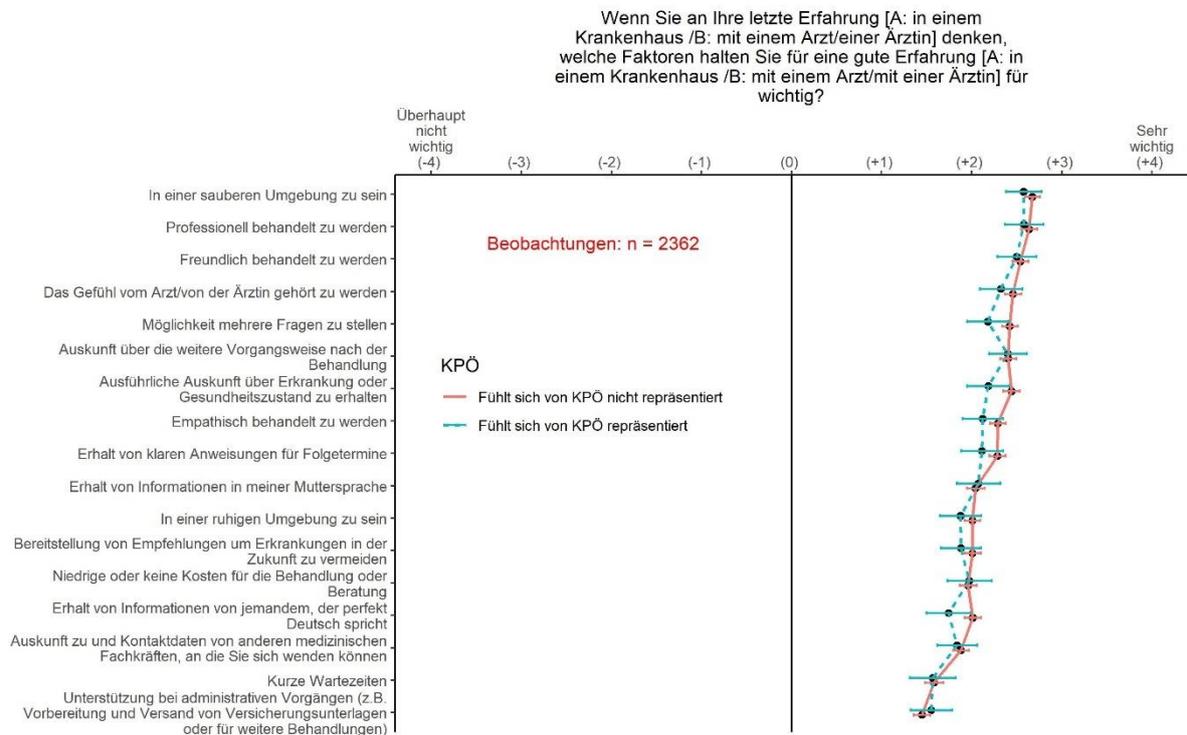
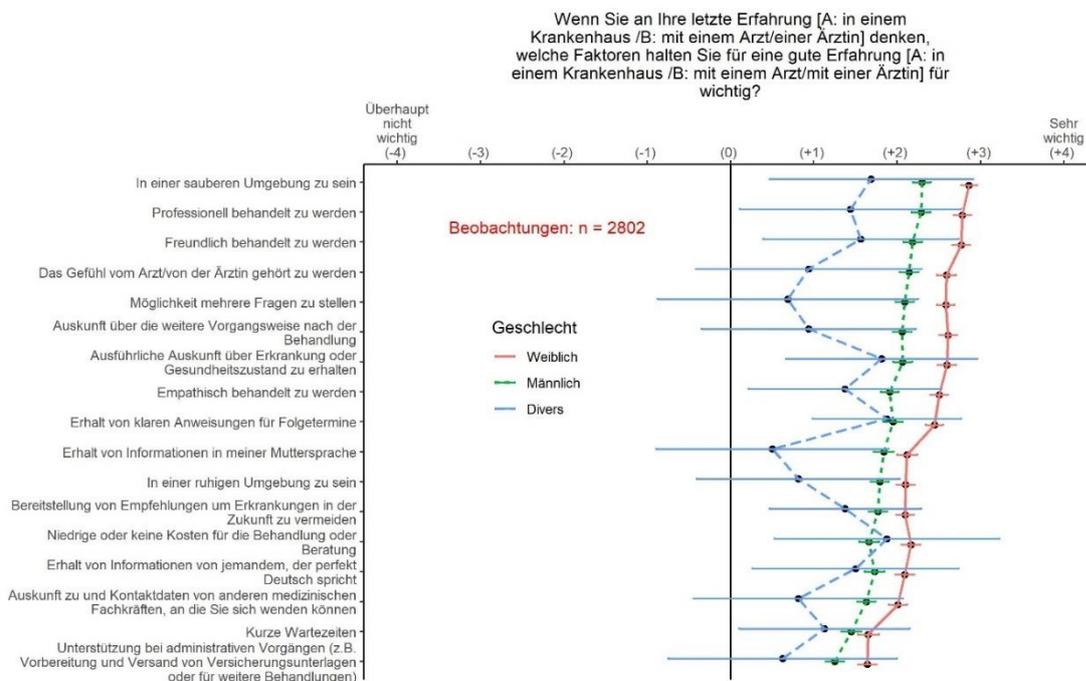


Abbildung 10: Geschlechterunterschiede unter Einbezug der Kategorie „divers“.



Zusätzliche Abbildung zur Geschlechterverteilung

Die Frage nach dem Geschlecht enthielt auch die Option „Divers“ als Antwortmöglichkeit, die im Haupttext nicht berücksichtigt wurde. Abbildung 10 zeigt die Geschlechterdaten



einschließlich dieser Option, wobei die Antworten aufgrund der geringen Anzahl an Befragten mit breiten Konfidenzintervallen (statistischer Unsicherheit) verbunden sind.

References

- [1] J. Willems, S. Dohr-Hashemi, and A. I. Ozkes, „Patient-centered medicine: What do patients want?“, *Public Management and Governance Review*, Bd. 2, Nr. 1, Juli 2025, doi: <https://doi.org/10.60733/PMGR.2025.10>.
- [2] K.-E. (Anna) Choi and S. Fitzek, „The evolution of health services research in Austria: a bibliometric exploration of trends, themes, and collaborations“, *Front. Health Serv.*, Bd. 5, März 2025, doi: <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1501035>.
- [3] C. Doyle, L. Lennox, and D. Bell, “A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness,” *BMJ Open*, vol. 3, no. 1, p. e001570, 2013, doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001570>.
- [4] H. P. Gross, S. Ingerfurth, and J. Willems, “Employees as reputation advocates: Dimensions of employee job satisfaction explaining employees’ recommendation intention,” *Journal of Business Research*, vol. 134, pp. 405–413, Sep. 2021, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.05.021>.
- [5] C. Adams, R. Walpolá, M. P. Iqbal, A. Schembri, and R. Harrison, “The three pillars of patient experience: identifying key drivers of patient experience to improve quality in healthcare,” *J Public Health (Berl.)*, Jan. 2024, doi: <https://doi.org/10.1007/s10389-023-02158-y>.
- [6] J. Willems and S. Ingerfurth, “The quality perception gap between employees and patients in hospitals,” *Health Care Manage Rev*, vol. 43, no. 2, pp. 157–167, Apr. 2018, doi: <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000137>.
- [7] P. H. Guler, “Patient Experience: A Critical Indicator of Healthcare Performance,” *Frontiers of Health Services Management*, vol. 33, no. 3, pp. 17–29, Apr. 2017, doi: <https://doi.org/10.1097/HAP.0000000000000003>.
- [8] Y. Lin et al., “Assessing Patient Experience and Healthcare Quality of Dental Care Using Patient Online Reviews in the United States: Mixed Methods Study,” *J Med Internet Res*, vol. 22, no. 7, p. e18652, Jul. 2020, doi: <https://doi.org/10.2196/18652>.
- [9] E. Burnett, K. Lee, R. Rushmer, M. Ellis, M. Noble, and P. Davey, “Healthcare-associated infection and the patient experience: a qualitative study using patient interviews,” *Journal of Hospital Infection*, vol. 74, no. 1, pp. 42–47, Jan. 2010, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2009.07.027>.
- [10] C. D. Foo et al., “Exploring the dimensions of patient experience for community-based care programmes in a multi-ethnic Asian context,” *PLoS ONE*, vol. 15, no. 11, p. e0242610, Nov. 2020, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242610>.
- [11] S. Steine, A. Finset, and E. Laerum, “A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients’ experience of interaction, emotion and consultation outcome,” *Family Practice*, vol. 18, no. 4, pp. 410–418, Aug. 2001, doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/18.4.410>.
- [12] F. Rapport et al., “What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals,” *BMC Health Serv Res*, vol. 19, no. 1, p. 38, Dec. 2019, doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3881-z>.
- [13] C. Jenkinson, “The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries,” *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 14, no. 5, pp. 353–358, Oct. 2002, doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>.



- [14] L. Zinckernagel et al., “How to measure experiences of healthcare quality in Denmark among patients with heart disease? The development and psychometric evaluation of a patient-reported instrument,” *BMJ Open*, vol. 7, no. 10, p. e016234, Oct. 2017, doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016234>.
- [15] E. Davies et al., “Evaluating the use of a modified CAHPS® survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative,” *Health Expectations*, vol. 11, no. 2, pp. 160–176, Jun. 2008, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00483.x>.
- [16] G. Hu et al., “Patient experience of hospital care in China: major findings from the Chinese Patient Experience Questionnaire Survey (2016–2018),” *BMJ Open*, vol. 9, no. 9, p. e031615, Sep. 2019, doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031615>.
- [17] L. Alkire (Née Nasr), G. E. O’Connor, S. Myrden, and S. Köcher, “Patient experience in the digital age: An investigation into the effect of generational cohorts,” *Journal of Retailing and Consumer Services*, vol. 57, p. 102221, Nov. 2020, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2020.102221>.
- [18] K. Hoffmann, S. Wojczewski, N. Rumpler, A. George, and P. de Boeckxstaens, „Giving patients a voice for healthcare reform in Austria: the qualitative voice-study“, *Fam Pract*, Bd. 41, Nr. 5, S. 790–797, Mai 2024, doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/mae031>.
- [19] O. Pichlhöfer und M. Maier, „Unregulated access to health-care services is associated with overutilization—lessons from Austria“, *Eur J Public Health*, Bd. 25, Nr. 3, S. 401–403, Juni 2015, doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku189>.
- [20] K. Hoffmann, R. Ristl, A. George, M. Maier, und O. Pichlhöfer, „The ecology of medical care: access points to the health care system in Austria and other developed countries“, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, Bd. 37, Nr. 4, S. 409–417, Okt. 2019, doi: <https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1663593>.
- [21] L. Siciliani, V. Moran, and M. Borowitz, “Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries,” *Health Policy*, vol. 118, no. 3, pp. 292–303, Dec. 2014, doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>.
- [22] R. T. Anderson, F. T. Camacho, und R. Balkrishnan, „Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care“, *BMC Health Services Research*, Bd. 7, Nr. 1, S. 31, Feb. 2007, doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-31>.
- [23] European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC), “CRONOS3 Wave 1 edition 1.3 Dataset,” Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research, Jul. 2025, doi: https://doi.org/10.21338/cron3w1e01_3.