

Persönliche PDF-Datei für Netzer T, Arndt S-C, Bebermeier S, Stiel S, Klemmt M.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.com

**Erlebte Autonomie von
Patient:innen in Hausarzt-
praxen: eine multizentrische
Querschnittsstudie**

Das Gesundheitswesen

2026

10.1055/a-2918-6420

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2026. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Das Gesundheitswesen* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0941-3790

Erlebte Autonomie von Patient:innen in Hausarztpraxen: eine multizentrische Querschnittsstudie

Perceived support for autonomy in general practice: a multicenter cross-sectional study

Autorinnen/Autoren

Tim Netzer¹ , Sarah-Christine Arndt¹, Sarah Bebermeier², Stephanie Stiel^{1*}, Malte Klemmt^{1*}

Institute

- 1 Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
- 2 Institut für Psychologie, Leibniz Universität Hannover

Schlüsselwörter

erlebte Autonomie, hausärztliche Versorgung, HCCQ

Keywords

perceived autonomy, general practice, HCCQ

eingereicht 15.06.2025

akzeptiert 17.07.2026

Artikel online veröffentlicht 2026

Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2918-6420

ISSN 0941-3790

© 2026. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Tim Netzer

Medizinische Hochschule Hannover

Institut für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

Germany

netzer.tim@gmail.com

ZUSAMMENFASSUNG

Einleitung Der Respekt vor der Patient:innenautonomie ist eines der leitenden Grundprinzipien der heutigen Medizinethik. Autonomieunterstützung kann die Gesundheitskompetenzen von Patient:innen verbessern und deren Adhärenz und das Outcome medizinischer Therapien fördern. Es fehlt an quantitativen Studien zum Autonomieerleben von Patient:innen sowie zu möglichen Prädiktoren im hausärztlichen Setting.

Methodik 2024 wurden in einer multizentrischen Querschnittsstudie Patient:innen in drei Hausarztpraxen in Niedersachsen befragt. Mittels eines Fragebogens wurden Patient:innenmerkmale sowie die erlebte Autonomie mit der deutschen Version des Health Care Climate Questionnaire (HCCQ) erfasst.

Ergebnisse Daten von n = 637 Personen wurden eingeschlossen. Teilnehmer:innen zeigen im Mittel ein hohes Maß an Autonomieerleben auf einer Skala von 1–7 (M = 6,1, SD = 1,1). Das Alter der Patient:innen ($\beta = 0,127$; T = 2,609; p = 0,009), das Vorhandensein einer Partnerschaft ($\beta = 0,101$; T = 2,421; p = 0,016) und der formale Bildungsstand ($\beta = -0,112$; T = -2,518; p = 0,012) erwiesen sich als signifikante Prädiktoren des Autonomieerlebens.

Schlussfolgerung In dieser Studie wurde das Autonomieerleben von Patient:innen erstmals im hausärztlichen Setting in Deutschland quantitativ erfasst. Insgesamt zeigt sich ein höheres Autonomieerleben als in Studien im stationären Setting. Es wird diskutiert, inwiefern dieser Befund auf eine Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung auf Augenhöhe hinweist und sich Patient:innen in ihrer individuellen Autonomie bereits gut wahrgenommen fühlen. Die Analyse von Prädiktoren gibt Hinweise darauf, dass bestimmte Gruppen, z. B. mit niedrigem Bildungsstand, gezielt in ihrer Autonomie gefördert werden sollten.

ABSTRACT

Introduction Respecting patient autonomy is one of the guiding principles of contemporary medical ethics. Supporting autonomy can improve patients' health literacy and promote their adherence to and the outcomes of medical treatments. Quantitative studies on the extent of patients' experience of autonomy and the predictors of this experience are lacking in general practice.

Methods In a multicenter cross-sectional study, patients in three general practices in Lower Saxony were surveyed in 2024. Via a paper-pencil questionnaire, patient characteristics and perceived autonomy were assessed using the German version of the Health Care Climate Questionnaire (HCCQ).

Results The study included n = 637 participants. Participants demonstrated a high level of perceived autonomy on a scale of 1–7 (M = 6.1, SD = 1.1). In the multi-regression analysis, age ($\beta = 0.127$; T = 2.609; p = 0.009), partnership ($\beta = 0.101$; T = 2.421; p = 0.016), and education level ($\beta = -0.112$; T = -2.518; p = 0.012) emerged as statistically significant predictors.

* gleichberechtigte Letztautor:innenschaft: Stiel Stephanie, Klemmt Malte

Conclusion This study was the first to quantitatively assess patients' experience of autonomy in a general practice setting in Germany. Overall, a higher level of autonomy was observed than in studies in inpatient settings. This might indicate an egalitarian doctor-patient relationship and a situation in which

patients already feel that their individual autonomy is recognized. The analysis of predictors provides evidence that specific groups, such as those with low levels of education, should be specifically helped in the promotion of autonomy.

Einleitung

Neben den Prinzipien des Nicht-Schadens, der Fürsorge und der Gerechtigkeit ist die Achtung und Wahrung der Autonomie von Patient:innen eines der vier leitenden Prinzipien der heutigen Medizinethik [1, 2]. Die Patient:innenautonomie wird u. a. in der Maßgabe der informierten Einwilligung als Legitimation jeglicher medizinischer Interventionen (§ 630 d BGB) sowie der gemeinsamen Entscheidungsfindung [3] sichtbar.

Ein positives Autonomieerleben kann die Gesundheitskompetenz von Patient:innen fördern, deren Therapieadhärenz stärken, das Outcome medizinischer Behandlungen verbessern, die Patient:innenzufriedenheit verbessern und das psychische Wohlbefinden unterstützen [4–9]. Im hausärztlichen Setting wurden Effekte von Autonomieerleben bislang bei Patient:innen mit chronischen Erkrankungen untersucht: je größer das Autonomieerleben in der Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung ist, desto „gesünder“ und positiver kann der Umgang mit chronischen Erkrankungen sein [9] und desto höher kann die Patient:innenzufriedenheit empfunden werden [10]. Bekannt ist zudem, dass Stress, soziale Isolation und fehlende Unterstützung Patient:innen in ihrem gesundheitsbezogenem Selbstmanagement begrenzen können, was auch zu einem geringeren Autonomieerleben führen kann [11].

Hausärzt:innen kommt aufgrund der engen und meist langjährigen Begleitung von Patient:innen mit teilweise häufigen Konsultationen eine besondere Rolle in der Beachtung und Förderung der Patient:innenautonomie zu. Insgesamt mangelt es jedoch an Studien zum Autonomieerleben und seinen Prädiktoren, insbesondere im hausärztlichen Setting. Demgegenüber wurden Einflussgrößen auf Autonomieunterstützung bereits untersucht: In einer Studie von Florijn zeigte sich, dass die Förderung von Autonomieerleben geringer ausfällt, je höher das Level an körperlichen und/oder geistigen Einschränkungen bei Patient:innen ist [12]. Auch gaben Patient:innen mit einem niedrigen Bildungsstatus weniger Autonomieunterstützung und weniger Gesundheitskompetenz an [13]. Es gibt zudem Hinweise darauf, dass das Autonomieerleben von Patient:innen auch mit dem Grad an empathischen Verhaltensweisen und der Kommunikation sowie von weiteren individuellen Verhaltensweisen der Ärzt:innen zusammenhängen kann [14].

Forschungsbedarf und Fragestellungen

Aktuell fehlt insbesondere Evidenz zum Ausmaß des Autonomieerlebens in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Fragestellungen der Studie lauten: Wie ausgeprägt erleben Patient:innen Autonomie in der hausärztlichen Versorgung und inwiefern beeinflussen Patient:innenmerkmale dieses Erleben? Ziel der Studie ist die Erfassung der subjektiv-empfundene Autonomie von Patient:innen im hausärztlichen Setting sowie etwaige Zusammenhänge mit Patient:innenmerkmalen.

Um zielführend hausärztlich beraten und Diagnostik- und Therapieziele gemeinsam mit Patient:innen festlegen zu können, ist das Wissen über das subjektive Autonomieerleben von Patient:innen von hoher Relevanz. Es soll untersucht werden, wie ausgeprägt das Autonomieerleben der Patient:innen im hausärztlichen Setting ist und welche Variablen es bedingen.

Methodik

Bei der Studie handelt es sich um eine multizentrische Querschnittsstudie, bei der die erlebte Autonomie von Patient:innen in Hausarztpraxen mittels schriftlicher Befragung untersucht wurde. Vor Beginn der Studie wurde ein Ethikvotum bei der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule eingeholt (Nr. 11464_BO_K_2024 vom 20.06.2024).

Sampling und Rekrutierung

Die Studienteilnehmer:innen wurden in drei hausärztlichen Praxen in Niedersachsen im Juli und August 2024 rekrutiert. Die Praxen liegen ländlich bis Randlage einer Großstadt mit 500 000 Einwohner:innen. Es handelt sich um Gemeinschaftspraxen mit 2 bis 7 Ärzt:innen (Allgemeinmediziner:innen, Internist:innen und Neurologe:innen), die 1500 bis 5000 Patient:innen pro Quartal behandeln. In die Studie eingeschlossen wurden 637 Patient:innen, welche die Praxis initiativ aufsuchten, der Teilnahme nach vorheriger Information schriftlich zugestimmt hatten, zum Zeitpunkt der Erhebung das 18. Lebensjahr vollendet hatten, über ausreichend Deutschkenntnisse zur Beantwortung der Fragen verfügten und kognitiv zur Teilnahme bereit waren. Die Teilnahme stand allen Patient:innen offen, die den o. g. Einschlusskriterien entsprachen, unabhängig vom Anlass des Praxisbesuches. Die Ansprache der Patient:innen erfolgte durch medizinische Fachangestellte am Empfangstresen der Praxen und im Rahmen der Akut- und Terminsprechstunde durch die behandelnden Ärzt:innen.

Datenerhebung

Die Befragung (paper-pencil) erfolgte entweder im Wartezimmer der Praxen oder auf Wunsch in einem separaten Raum. Die Abgabe der Fragebögen erfolgte anonym über verschlossene, nicht einsehbare Rückgabebehälter in den Praxen. Informationen zu Non-Respondern wurden nicht erfasst. Die Datenerhebung wurde nach Abschluss des zuvor festgelegten Erhebungszeitraumes beendet. Die erlebte Autonomie der Patient:innen wurde mit der validierten deutschen Fassung des Health Care Climate Questionnaire (HCCQ-D) erhoben [15]. Erfasst werden autonomiebezogene Wahrnehmungen des Ärzt:innen-Patient:innen-Kontaktes aus Perspektive der Patient:innen. Das Messinstrument beinhaltet 15 Items (z. B.: „Ich finde, dass mein Arzt mir bei Entscheidungen, die meine Ge-

► **Tab. 1** Stichprobe (n = 637 Patient:innen) und Patient:innencharakteristika.

Stichprobe (n = 637 Patient:innen)	
Alter (in Jahren)	M = 52,2; SD = 17,2; Range = 18–90
	18–30: 92 (14,4 %)
	31–45: 125 (19,6 %)
	46–55: 105 (16,5 %)
	56–70: 214 (33,6 %) > 70: 93 (14,6 %)
	Keine Angabe: 8 (1,3 %)
Geschlecht	Weiblich: n = 380 (59,7 %)
	Männlich: n = 256 (40,2 %)
	Divers: n = 1 (0,1 %)
	Keine Angabe: n = 0
Staatsbürgerschaft	Deutsch: 615 (96,5 %)
	Andere: 12 (1,9 %)
	Keine Angabe: 10 (1,6 %)
Familienstand	Verheiratet: 344 (54,0 %)
	Ledig: 110 (17,3 %)
	In fester Partnerschaft: 73 (11,5 %)
	Geschieden/Getrennt: 53 (8,3 %)
	Verwitwet: 45 (7,1 %)
	Keine Angabe: 12 (1,9 %)
Höchster Schulabschluss	Mittlere Reife: 257 (40,3 %)
	Abitur/Hochschulabschluss: 216 (33,9 %)
	Volks-/Hauptschulabschluss: 157 (24,6 %)
	Kein Abschluss: 5 (0,8 %)
	Keine Angabe: 2 (0,3 %)
Berufliche Situation	Berufstätig in Vollzeit: 223 (35,0 %)
	Rente: 184 (28,9 %)
	Berufstätig in Teilzeit: 131 (20,6 %)
	Schule/Ausbildung: 21 (5,3 %)
	Hausfrau/-mann: 17 (2,7 %)
	Studium: 15 (2,4 %)
	Arbeitssuchend: 13 (2,0 %)
	Sonstiges/Keine Angabe: 2 (0,3 %)
Subjektiver Gesundheitszustand (1 = sehr schlecht; 5 = sehr gut)	M = 3,2; SD = 0,9
	1: 18 (2,5 %)
	2: 111 (17,4 %)
	3: 284 (44,6 %)
	4: 182 (28,6 %)
	5: 36 (5,7 %)
	Keine Angabe: 6 (0,9 %)
Vorhandensein min. einer chronischen Erkrankung	Ja: 302 (47,4 %)
	Nein: 322 (50,5 %)
	Keine Angabe: 13 (2,0 %)
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	Ja: 436 (68,4 %)
	Nein: 200 (31,4 %)
	Keine Angabe: 1 (0,2 %)
n = Fallzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Range = Spannweite; % von Stichprobe	

sundheit betreffen, die Wahl gelassen hat.“), die auf einer 7-stufigen Likert-Skala (1 = “stimme überhaupt nicht zu”; 7 = “stimme voll und ganz zu”) beantwortet werden. Die Reliabilität der Skala er-

weist sich als sehr gut (Cronbachs alpha 0,936)¹. Zusätzlich enthielt der Fragebogen Items zu soziodemografischen (u. a. Alter, Geschlecht, Familienstand, formale Bildung) und gesundheitsbezogenen (u. a. Vorliegen einer chronischen Erkrankung, subjektiv eingeschätzter Gesundheitszustand) Personenmerkmalen. Der subjektive Gesundheitszustand wurde auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut) erfasst.

Datenanalyse

Die papierbasierten Fragebögen wurden manuell in einen elektronischen Datensatz übertragen und auf Plausibilität geprüft. Die Analyse erfolgte zunächst deskriptiv über die Berechnung von Häufigkeiten und Lage- sowie Streuungsmaßen. Zur Analyse der Items des HCCQ-D wurden item- und fallbezogene Mittelwerte gebildet. Höhere HCCQ-Scores stehen für ein höheres Maß an wahrgenommenem Autonomieerleben [15]. Das Autonomieerleben der gesamten Stichprobe wurde über den HCCQ-Gesamtscore aus den Summen der fallbezogenen Mittelwerte gebildet.

Zur Untersuchung der Einflussvariablen und Ermittlung möglicher Prädiktoren erfolgte eine lineare, multiple Regressionsanalyse. Darin wurden in einem ersten Schritt die soziodemografischen Parameter Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit aufgenommen. In einem zweiten Schritt wurden individuelle Soziodemografika (Familienstand, Schulabschluss) und in einem dritten Schritt gesundheitsbezogene Variablen (Gesundheitszustand, chronische Erkrankung, Medikamenteneinnahme) aufgenommen. Die Auswertung erfolgte mit SPSS Version 29.

Ergebnisse

Stichprobe

Insgesamt nahmen 637 Patient:innen an der Studie teil (weiblich: 59,7 %; n = 380). Die Teilnehmenden waren im Mittel 52,2 Jahre alt (SD = 17,2; Range = 18–90). Ihren subjektiven Gesundheitszustand schätzten die Befragten mit M = 3,2 (SD = 0,9) als leicht überdurchschnittlich ein. 47,4 % (n = 302) der Befragten gaben an, an mindestens einer chronischen Erkrankung zu leiden und 68,4 % (n = 436) nahmen regelmäßig Medikamente ein. Weitere Stichprobenmerkmale zeigt ► **Tab. 1**.

Autonomieerleben – deskriptive Analyse

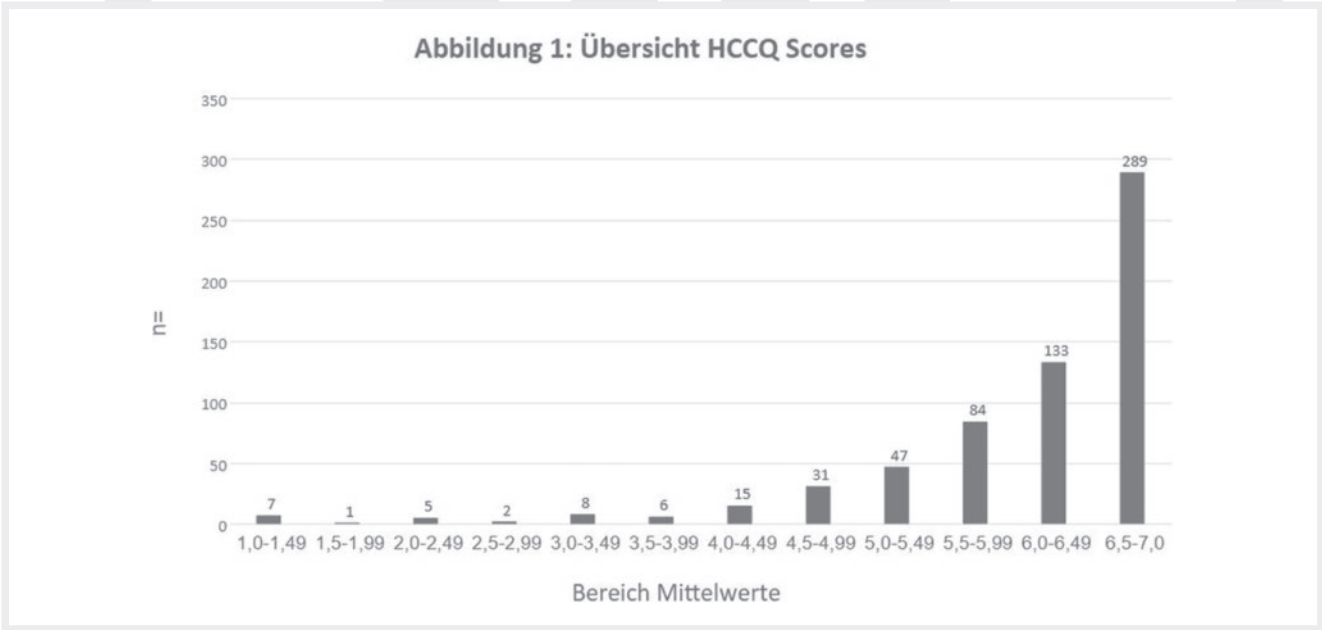
► **Tab. 2** gibt einen Überblick über die Lage- und Streuungsmaße der einzelnen Items des HCCQ-D. Die höchsten Zustimmungswerte zeigen die Items (3) „Ich kann mit meinem Arzt offen sprechen“ (M = 6,5; SD = 1,1) und (5) „Ich fühle mich von meinem Arzt akzeptiert“ (M = 6,4; SD = 1,2). Die im Verhältnis geringsten Zustimmungswerte verzeichnete das revers kodierte Item (13) „Ich fühle mich nicht gut bei der Art, wie mein Arzt mit mir spricht (r)“ (M = 2,7; SD = 2,4). Die Teilnehmenden erreichen im Durchschnitt

¹ Die Reliabilität der Skala erhöht sich auf .965 bei Ausschluss von Item 13, welches revers kodiert ist und offenbar von einigen Teilnehmenden konsistent zu den nicht revers kodierten Items beantwortet wurde. Da der Ausschluss des Items die weiteren Analyseergebnisse und Schlussfolgerungen nicht bedeutsam verändert, wurde das Item in der Analyse belassen.

► Tab. 2 Deskriptive Ergebnisse des HCCQ-D.

Item	n	M	SD
(1) Ich finde, dass mein Arzt mir bei den Entscheidungen, die meine Gesundheit betreffen, die Wahl gelassen hat.	610	5,80	1,40
(2) Ich fühle mich von meinem Arzt verstanden.	620	6,20	1,26
(3) Ich kann mit meinem Arzt offen sprechen.	625	6,51	1,12
(4) Mein Arzt gibt mir Selbstvertrauen in meine eigene Fähigkeit zur Veränderung.	604	6,01	1,31
(5) Ich fühle mich von meinem Arzt akzeptiert.	621	6,37	1,19
(6) Mein Arzt hat sich vergewissert, dass ich meine Erkrankung wirklich verstanden habe und weiß, was ich tun muss.	616	6,00	1,38
(7) Mein Arzt ermutigt mich, Fragen zu stellen.	612	5,96	1,43
(8) Ich habe sehr großes Vertrauen in meinen Arzt.	621	6,27	1,21
(9) Mein Arzt beantwortet meine Fragen vollständig und umsichtig.	621	6,29	1,21
(10) Mein Arzt hört mir zu, wenn ich erkläre, wie ich die Dinge gerne machen würde.	616	6,20	1,24
(11) Mein Arzt kann sehr gut mit Gefühlen anderer umgehen.	593	6,11	1,28
(12) Ich finde, dass mein Arzt sich um mich als Mensch bemüht.	618	6,28	1,20
(13) Ich fühle mich nicht gut bei der Art, wie mein Arzt mit mir spricht.*	606	2,67	2,37
(14) Mein Arzt versucht zu verstehen, wie ich die Dinge sehe, bevor er mir einen neuen Weg vorschlägt.	600	5,81	1,45
(15) Ich finde, dass ich meine Gefühle offen vor meinem Arzt zeigen kann.	618	6,15	1,30

n = Fallzahl; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; *Item umcodiert



► Abb. 1 Übersicht HCCQ-Gesamt-Scores.

einen HCCQ-Gesamt-Score von $M = 6,1$ ($SD = 1,1$; Range = 1–7). Die Verteilung ist rechtssteil und linksschief (siehe ► Abb. 1).

Autonomieerleben – Analyse von Prädiktoren

Um Prädiktoren des Autonomieerlebens zu identifizieren, wurde eine multiple Regressionsanalyse durchgeführt (siehe ► Tab. 3). In einem ersten Schritt erfolgte die Analyse der Merkmale Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit. Dabei zeigte sich das Alter als signifikanter Prädiktor ($\beta = 0,163$; $T = 3,959$; $p < 0,001$, ältere Personen geben ein höheres Autonomieerleben an). In einem zweiten Schritt erfolgte die Hinzunahme der Variablen Familienstand und formale Bildung. Auch in diesem Modell blieb der Prädiktor Alter

statistisch signifikant ($\beta = 0,103$; $T = 2,321$; $p = 0,021$). Zusätzlich zeigten sich auch der Familienstand ($\beta = 0,102$; $T = 2,461$; $p = 0,014$, Personen mit Partner:in geben ein höheres Autonomieerleben an) und die formale Bildung ($\beta = 0,111$; $T = -2,518$; $p = 0,012$, Personen mit höherem Bildungsabschluss geben ein höheres Autonomieerleben an) signifikant. In einem letzten Schritt wurden die individuellen Gesundheitsvariablen (subjektiver Gesundheitsstatus, Vorhandensein chronischer Erkrankungen, regelmäßige Medikamenteneinnahme) in das Regressionsmodell aufgenommen. Diese Variablen erweisen sich als nicht signifikant. In dem finalen dritten Modell sind das Alter ($\beta = 0,127$; $T = 2,609$; $p = 0,009$; je älter, desto höher der HCCQ-Score), der Familienstand ($\beta = 0,101$; $T = 2,421$;

► Tab. 3 Ergebnisse der Regressionsanalyse.

abhängige Variable: HCCQ-Gesamtscore			
Prädiktoren	β	T	p
(Konstante)		39,082	<0,001
Geschlecht	-0,021	-0,51	0,61
Staatsangehörigkeit	-0,056	-1,359	0,175
Alter	0,163	3,959	<0,001
(Konstante)		26,673	<0,001
Geschlecht	-0,008	-0,191	0,848
Staatsangehörigkeit	-0,044	-1,065	0,287
Alter	0,103	2,321	0,021
Familienstand	0,102	2,461	0,014
Schulabschluss	-0,111	-2,518	0,012
(Konstante)		20,575	<0,001
Geschlecht	-0,005	-0,131	0,896
Staatsangehörigkeit	-0,042	-1,009	0,313
Alter	0,127	2,609	0,009
Familienstand	0,101	2,421	0,016
Schulabschluss	-0,112	-2,518	0,012
subjektive Gesundheit	0,014	0,323	0,747
chronische Erkrankung	0,023	0,494	0,621
Dauermedikation	0,04	0,795	0,427
Anmerkungen: Modell3: n = 579, $R^2 = 0,053$, korr $R^2 = 0,040$; F = 4,019, p < 0,001			

p = 0,016; mit Partner:in = höherer HCCQ-Score) und die formale Bildung ($\beta = -0,112$; T = -2,518; p = 0,012; je höher der Abschluss, desto höher der HCCQ-Score) signifikante Prädiktoren des Autonomieerlebens der Teilnehmenden. Die Varianzaufklärung liegt bei $R^2 = 0,05$.

Diskussion

Das Ziel dieser Studie war es, die erlebte Autonomie von Patient:innen im hausärztlichen Setting quantitativ zu erfassen und Prädiktoren des Autonomieerlebens zu untersuchen. Die Patient:innen der vorliegenden Stichprobe gaben ihr Autonomieerleben über alle Fragen des HCCQ-D im Mittel mit 6,1 an (Skalenspannweite 1–7). Signifikanten Einfluss auf die Höhe des Autonomieerlebens haben die Merkmale Alter (p < 0,009), Familienstand (p < 0,016) und formaler Bildungsstand (p < 0,012). Die Stichprobe ist im Hinblick auf diese soziodemografischen Merkmale heterogen.

Der hohe Gesamtscore des HCCQ-D in dieser Studie zeigt, dass die Teilnehmenden ein hohes Autonomieerleben in der hausärztlichen Versorgung empfinden. Knapp die Hälfte aller Teilnehmenden erreichte eine nahezu maximale Zustimmung für das Autonomieerleben im HCCQ-D. In Studien mit vergleichbarer Fragestellung aus anderen Versorgungssettings zeigt sich im Mittel ein geringeres Autonomieerleben [16, 17]. Die Gründe für das hohe Autonomieerleben im hausärztlichen Setting sollten in künftigen Studien untersucht werden, insbesondere mögliche Einflüsse wie Kontaktintensität, die Dauer der Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung, das Maß an Vertrauen oder die Schwere von Erkrankungen. Es ist anzunehmen, dass Autonomieerleben positiv mit der Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen korreliert. Für ein hohes Autonomie-

erleben sollte demnach eine langjährige und bestenfalls als positiv wahrgenommene Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung (wie im hausärztlichen Setting i.d.R. gegeben) förderlich sein. Auch ist bereits bekannt, dass Patient:innen ihren Hausärzt:innen ein hohes Maß an Vertrauen entgegenbringen [18].

Eine hohe Zustimmung in der Stichprobe erreichten die Items 2 und 5. Diese Fragen thematisieren die Parität auf der Beziehungsebene („Augenhöhe“) in der Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung. Die hohe Zustimmung könnte Folge einer engen und positiven Arzt:innen-Patient:innen-Beziehung sein oder auf Bestrebungen innerhalb der Primärversorgung zurückgehen, die Arzt:innen-Patient:innen-Beziehung symmetrischer zu gestalten [19]. Eine solche symmetrische Gestaltung sollte eine Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung darstellen, die sich (auch) in einem höheren individuellen Autonomieerleben der Patient:innen widerspiegelt. Aufgrund der großen Patient:innenstichprobe, die sich auf mehrere Hausärzt:innen verteilen, gehen wir von einer Heterogenität der personengebundenen Beziehungen und einer Varianz in den Effekten globaler Bestrebungen aus und können einen Erhebungsbias (im Sinne einer Selektion besonders enger Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehungen oder gelungener Symmetriegestaltungen) nahezu ausschließen.

Eine geringere Zustimmung erreichten die Items 1 und 14, die auf die Abstimmung von Behandlungsentscheidungen abzielen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Teilnehmenden sich möglicherweise aufgrund geringerer medizinischer Kenntnisse im Vergleich zu ihren Ärzt:innen oder erkrankungsbedingten Einschränkungen diesbezüglich als weniger autonom erleben. Laut Florjin [12] kann die Entscheidung Behandler:innen die Therapieplanung zu überlassen als Ausprägung der individuellen Autonomie von Patient:innen angesehen werden, d. h. der willentliche und bewusste (teilweise) Verzicht auf Partizipationsmöglichkeiten gilt ebenso als autonome Handlung wie die aktive Partizipation.

In den Regressionsmodellen zeigte sich das Lebensalter als signifikanter Prädiktor für das Autonomieerleben, d. h. je älter die Patient:innen, desto größer die erlebte Autonomie. Für ältere Patient:innen konnten Hwang und Kolleg:innen zeigen, dass eine positiv erlebte soziale Unterstützung, eine positive Lebenseinstellung sowie ein hoher Grad an subjektiv empfundener körperlichen Unversehrtheit das Maß an erlebter Autonomie positiv beeinflussen können [20]. Dabei kann es auch einen Unterschied machen, ob eine Person von der Hilfe anderer abhängig ist oder nicht [21]. Für die Gruppe der jüngeren Patient:innen existiert bislang keine Evidenz zur erlebten Autonomie. Wir vermuten, dass Faktoren, wie Kontakthäufigkeit, schlechterer Gesundheitsstatus sowie der jeweilige Kontaktanlass das Autonomieerleben in Abhängigkeit vom Alter beeinflussen könnten. Bekannt ist, dass es nur einen schwachen, nicht-linearen Zusammenhang zwischen dem Alter von Patient:innen und der Inanspruchnahme hausärztlicher Leistungen gibt, jedoch nehmen die Kontakte zur:m Hausärzt:in mit zunehmenden Alter zu [22]. Diese Anzahl der Kontakte wächst ebenfalls mit der Anzahl chronischer Krankheiten von Patient:innen [22]. Welche Faktoren schlussendlich welche Effekte auf das Autonomieerleben in Abhängigkeit vom Lebensalter haben, kann Gegenstand weiterer Forschungsvorhaben sein.

Zudem zeigte sich der formale Bildungsstand als signifikanter Prädiktor für das Autonomieerleben. Je höher der formale Bildungsstand ist, desto höher ist das berichtete Maß an erlebter Autonomie. Wie

Lin et al. bereits darlegen konnten, zeigen Personen mit einem niedrigen Bildungsstand signifikant niedrigere Gesundheitskompetenzen und Managementfähigkeiten in Bezug auf den Umgang mit chronischen Erkrankungen und erleben weniger Autonomieunterstützung [13]. Die Daten unserer Studie weisen in eine ähnliche Richtung.

Unter Hinzunahme der individuellen Soziodemografika zeigte sich das Merkmal Partnerschaft (verheiratet oder in fester Partnerschaft lebend) hinsichtlich eines höheren Autonomieerlebens als signifikant. Gettens et. al. haben die Rolle der Partnerschaft im Zusammenhang mit der individuellen Autonomie untersucht [21] und fanden heraus, dass eine hohe Autonomieunterstützung durch den/die Partner:in zu einem besseren Outcome in Gesundheitsfragen führt. Die erlebte Autonomie von Patientinnen und Patienten kann somit abhängig von Personenmerkmalen der Patient:innen, der Autonomieförderung durch Ärzt:innen sowie dem sozialen Umfeld der Patient:innen sein. Inwiefern Interaktionen im sozialen Umfeld eine subjektiv empfundene autonomiefördernde Wirkung haben können, und wovon dies abhängt, kann im Rahmen dieser Studie nicht genauer spezifiziert werden.

Dass sich in der vorliegenden Studie keine statistisch-signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Autonomieerleben und dem Vorhandensein chronischer Erkrankungen zeigen, mag zunächst verwundern. In einer Studie von Arndt et al. zeigt sich für chronisch Erkrankte zumindest eine höhere Autonomiepräferenz [23]. Zudem ist anzunehmen, dass im Falle chronischer Erkrankungen die Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen aufgrund häufigerer Konsultationen und längerfristiger und tiefgreifenderer Behandlungsentscheidungen spezifisch ausgestaltet sein könnte. Die Gründe für den fehlenden Zusammenhang in der Stichprobe können im Rahmen dieser Studie nicht geklärt werden. In Folgestudien wäre eine differenziertere Betrachtung von Patient:innen mit chronischen Erkrankungen inklusive der Erfassung weiterer Variablen erforderlich, um spezifische Einflüsse chronischer Erkrankungen auf das Autonomieerleben zu untersuchen.

Stärken und Limitationen

Stärken der Studie sind die große Stichprobengröße von Patient:innen im hausärztlichen Setting. Hinsichtlich der untersuchten Merkmale (Alter, Familienstand, Bildungsstand) ist diese hinreichend heterogen. Trotzdem bleibt aufgrund der Auswahl der Praxen eine Regionalität und demnach eine Einschränkung der Repräsentativität bestehen. Ob sich die Ergebnisse dieser Studie auch in anderen Versorgungsregionen zeigen, könnte Gegenstand weiterer Studien sein. Der HCCQ-D Gesamtscore ist in dieser Stichprobe sehr hoch, wodurch im Bereich des hohen Autonomieerlebens Differenzierungen schwierig sind. Möglicherweise haben vorzugsweise Patient:innen an der Studie teilgenommen, die im Vorfeld schon ein hohes Autonomieerleben haben oder zumindest dem Thema besonders aufgeschlossen gegenüberstehen. Nicht auszuschließen ist, dass die hohen Werte in Bezug auf das subjektiv empfundene Autonomieerleben auf dem besonderen Setting und der in Selbstauskünften möglichen sozial erwünschten Antworttendenzen basieren. Weiterhin ist in der vorliegenden Stichprobe der Anteil an Personen mit einer Nicht-Deutschen Staatsbürgerschaft so gering, dass der Einfluss der Herkunft auf das Autonomieerleben nicht untersucht werden konnte. Weitere Limitationen betreffen die geringe Varianzaufklärung von 5% sowie die fehlende Erhebung von Non-Respondern. Damit kann ein potenzieller Selektionsbias nicht

ausgeschlossen werden. Auch wurden chronische Erkrankungen lediglich dichotom erfasst. Inwieweit das Ausmaß einer oder mehrerer Erkrankungen einen Zusammenhang auf das Autonomieerleben haben kann durch diese Studie nicht abschließend geklärt werden.

Ausblick

In einer optimalen hausärztlichen Versorgung sollten sich Patient:innen autonom fühlen. Alter, formaler Bildungsstatus und das Vorhandensein einer Partnerschaft sind signifikante Einflussgrößen auf das Autonomieerleben. Um das Autonomieerleben im hausärztlichen Setting noch zu steigern, sind ggf. individuelle Patient:innenmerkmale zu berücksichtigen. Vor allem jüngere Patient:innen, Patient:innen ohne Partnerschaft und solche mit geringem Bildungsstand sollten speziell adressiert werden. Zur Optimierung dieser Adressierung sollten weitere Prozesse, die das Autonomieerleben stärken, noch genauer untersucht werden.

Fazit für die Praxis

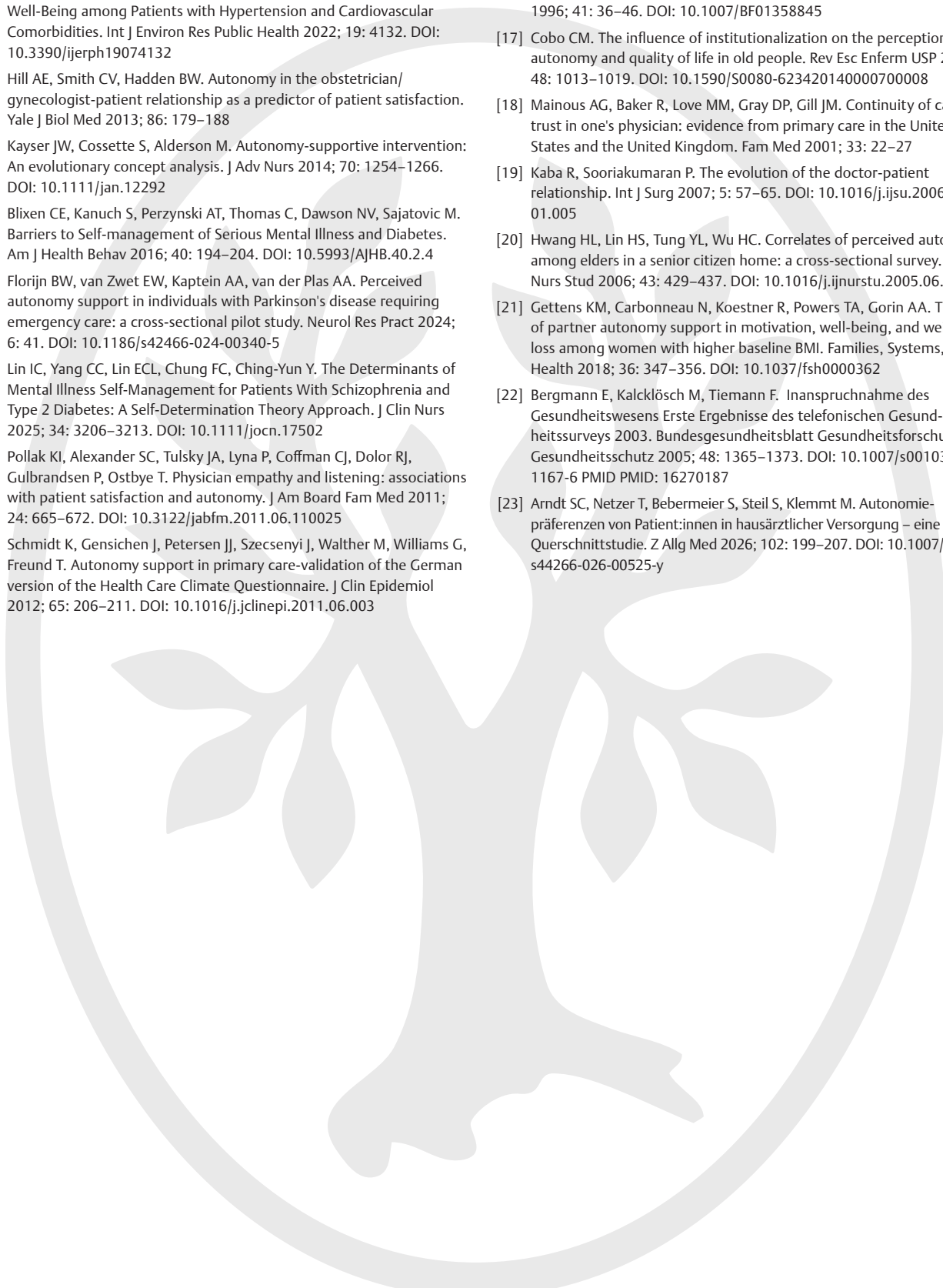
- Patient:innen haben im hausärztlichen gegenüber dem stationären Setting ein höheres Maß an Autonomieerleben.
- Alter, formaler Bildungsstand und das Vorhandensein einer Partnerschaft zeigen sich als signifikante Prädiktoren für höheres Autonomieerleben.
- Es besteht weiterer Forschungsbedarf im hausärztlichen Setting, um die Autonomieförderung noch gezielter zu adressieren.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Beauchamp TL, Childress JF. Respect for Autonomy. In: Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2019
- [2] Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet. 2002; 359: 520–522. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)07684-5
- [3] Sandman L, Munthe C. Shared Decision-Making and Patient Autonomy. Theoretical Medicine and Bioethics 2009; 30: 289–310. DOI: 10.1007/s11017-009-9114-4 397
- [4] Williams GC, Deci EL. Activating patients for smoking cessation through physician autonomy support. Med Care 2001; 39: 813–823. DOI: 10.1097/00005650-200108000-00007
- [5] Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, Deci EL. Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. J Pers Soc Psychol 1996; 70: 115–126. DOI: 10.1037//0022-3514.70.1.115 PMID: 8558405
- [6] Williams GC, McGregor HA, King D, Nelson CC, Glasgow RE. Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. Patient Educ Couns 2005; 57: 39–45. DOI: 10.1016/j.pec.2004.04.001
- [7] Hurkmans EJ, Maes S, de Gucht V, Knittle K, Peeters AJ, Ronda HK, Vlieland TP. Motivation as a determinant of physical activity in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res 2010; 62: 371–377. DOI: 10.1002/acr.20106, PMID: 20391483

- 
- [8] Yeom HE, Lee J. Impact of Autonomy Support on the Association between Personal Control, Healthy Behaviors, and Psychological Well-Being among Patients with Hypertension and Cardiovascular Comorbidities. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 4132. DOI: 10.3390/ijerph19074132
- [9] Hill AE, Smith CV, Hadden BW. Autonomy in the obstetrician/gynecologist-patient relationship as a predictor of patient satisfaction. *Yale J Biol Med* 2013; 86: 179–188
- [10] Kayser JW, Cossette S, Alderson M. Autonomy-supportive intervention: An evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2014; 70: 1254–1266. DOI: 10.1111/jan.12292
- [11] Blixen CE, Kanuch S, Perzynski AT, Thomas C, Dawson NV, Sajatovic M. Barriers to Self-management of Serious Mental Illness and Diabetes. *Am J Health Behav* 2016; 40: 194–204. DOI: 10.5993/AJHB.40.2.4
- [12] Florijn BW, van Zwet EW, Kaptein AA, van der Plas AA. Perceived autonomy support in individuals with Parkinson's disease requiring emergency care: a cross-sectional pilot study. *Neurol Res Pract* 2024; 6: 41. DOI: 10.1186/s42466-024-00340-5
- [13] Lin IC, Yang CC, Lin ECL, Chung FC, Ching-Yun Y. The Determinants of Mental Illness Self-Management for Patients With Schizophrenia and Type 2 Diabetes: A Self-Determination Theory Approach. *J Clin Nurs* 2025; 34: 3206–3213. DOI: 10.1111/jocn.17502
- [14] Pollak KI, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Coffman CJ, Dolor RJ, Gulbrandsen P, Ostbye T. Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *J Am Board Fam Med* 2011; 24: 665–672. DOI: 10.3122/jabfm.2011.06.110025
- [15] Schmidt K, Gensichen J, Petersen JJ, Szecsenyi J, Walther M, Williams G, Freund T. Autonomy support in primary care-validation of the German version of the Health Care Climate Questionnaire. *J Clin Epidemiol* 2012; 65: 206–211. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2011.06.003
- [16] Geling O, Janssen C, Lüschen G. Alter, Gesundheitsstatus und die Inanspruchnahme von Allgemein- und Fachärzten. *Soz Präventivmed* 1996; 41: 36–46. DOI: 10.1007/BF01358845
- [17] Cobo CM. The influence of institutionalization on the perception of autonomy and quality of life in old people. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48: 1013–1019. DOI: 10.1590/S0080-623420140000700008
- [18] Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med* 2001; 33: 22–27
- [19] Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg* 2007; 5: 57–65. DOI: 10.1016/j.ijssu.2006.01.005
- [20] Hwang HL, Lin HS, Tung YL, Wu HC. Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43: 429–437. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.06.002
- [21] Gettens KM, Carbonneau N, Koestner R, Powers TA, Gorin AA. The role of partner autonomy support in motivation, well-being, and weight loss among women with higher baseline BMI. *Families, Systems, & Health* 2018; 36: 347–356. DOI: 10.1037/fsh0000362
- [22] Bergmann E, Kalcklösch M, Tiemann F. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens Erste Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2005; 48: 1365–1373. DOI: 10.1007/s00103-005-1167-6 PMID PMID: 16270187
- [23] Arndt SC, Netzer T, Bebermeier S, Steil S, Klemmt M. Autonomiepräferenzen von Patient:innen in hausärztlicher Versorgung – eine Querschnittstudie. *Z Allg Med* 2026; 102: 199–207. DOI: 10.1007/s44266-026-00525-y