

# Patientenzufriedenheit

Ergebnisse einer repräsentativen Studie  
in der ambulanten ärztlichen Versorgung

---

Beate Bestmann | Frank Verheyen



**Aufgabe, Ziel und Vision des WINEG** | Das WINEG möchte auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu einem konstruktiv-kritischen Dialog mit den Akteuren des Gesundheitswesens und zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten der TK beitragen. Gesundheitsökonomie, Patienteninformation und Versorgungsforschung bilden dabei die wichtigsten Forschungsgebiete. Das WINEG greift aktuelle politische und wissenschaftliche Themen auf und überprüft diese auf ihre Bedeutung für die TK-Versicherten. Es unterstützt die Entwicklung neuer Versorgungsformen und Vertragsarten durch wissenschaftliche Analysen und zeigt Systemschwächen in der deutschen Gesundheitsversorgung auf. ■

## Impressum

**Herausgeber der Schriftenreihe WINEG Wissen** Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) | Habichtstraße 30 | 22305 Hamburg | **Herausgeber dieser Ausgabe** WINEG | **Befragung** forsa Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH | **Druck** TK-Hausdruckerei | Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet. | **Zitierweise** Beate Bestmann, Frank Verheyen. Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. WINEG Wissen 01. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2010. | **ISBN** 978-3-9813762-0-3 | © Techniker Krankenkasse 2010.

## Vorwort

### Liebe Leserinnen und Leser,

die Patientenperspektive gewinnt im deutschen Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Dies zeigt sich nicht nur an der steigenden Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen in diesem Bereich, sondern auch an den Anfragen, die an uns als Krankenkasse gerichtet werden. Viele unserer Versicherten möchten sich vor einer Behandlung ganz gezielt über die Qualität von Leistungserbringern informieren. Die Beantwortung der Frage „Was macht eine gute Versorgung aus?“ ist durchaus komplex. Basis hierfür sind zum einen medizinische Kennzahlen wie beispielsweise Komplikationsraten oder Qualitätsindikatoren, aber auch Parameter wie Lebensqualität und Patientenzufriedenheit, die die subjektive Sicht der Patienten abbilden. Wir sind davon überzeugt, dass für ein umfassendes Bild subjektive und objektive Parameter betrachtet werden müssen.

Für den stationären Bereich werden seit 2005 im TK-Klinikführer Daten zur Behandlungsqualität (BQS-Qualitätsindikatoren) zusammen mit Daten zur Patientenzufriedenheit abgebildet (<http://www.tk-online.de/klinikfuehrer>). Die Resonanz auf dieses Portal ist bei Versicherten und beteiligten Kliniken so positiv, dass eine schrittweise Erweiterung auf den ambulanten Bereich für uns absolut notwendig erscheint. Aus diesem Grund hat das Wissenschaftliche Institut der TK (WINEG) eine Studie zur Zufriedenheit von Patienten mit den niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Diese Studie liefert erstmals deutschlandweit repräsentative Vergleichswerte für die Zufriedenheit im ambulanten Bereich. In den Ergebnissen werden Optimierungspotenziale deutlich in den Dimensionen „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ und „Information“. Dies sind die Bereiche, in denen es zum einen darum geht, den Versicherten/Patienten zum Experten seiner Erkrankung und Therapie zu machen, zum anderen geht es aber auch darum, dass Patient und Arzt gemeinsam medizinische Entscheidungen treffen. Diese Aspekte sind der TK schon seit Langem eine Herzensangelegenheit. Sie bestätigen uns einmal mehr darin, Angebote wie beispielsweise das Projekt „TK-Patientendialog“, für unsere Versicherten anzubieten. Der TK-Patientendialog ist ein webbasiertes, interaktives Dialogsystem, welches Patienten individuell über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten informiert und so eine gemeinsame Therapieentscheidung vorbereitet.

Das vorliegende Heft ist der erste Band aus der neuen Reihe „WINEG Wissen“. Zukünftig werden weitere Bände erscheinen, um Forschungsergebnisse aus dem WINEG zu präsentieren. Ziel dieser Reihe ist es, wissenschaftliche Impulse zu liefern und den Dialog zu wichtigen Themen im Gesundheitswesen zu eröffnen.



Prof. Dr. Norbert Klusen  
Vorsitzender des Vorstandes



# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung   Executive Summary	6
<b>1 Einleitung   Studie zur Patientenzufriedenheit</b>	<b>7</b>
1.1 Das Arzt-Patienten-Verhältnis	7
1.2 Shared Decision Making   partizipative Entscheidungsfindung	8
1.3 Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen	8
1.4 Zielsetzung der vorliegenden Studie	8
<b>2 Methodik   Beschreibung der Mittel</b>	<b>9</b>
2.1 Fragebögen	9
2.2 Stichprobe	9
2.3 Statistische Auswertung	10
<b>3 Ergebnisse</b>	<b>11</b>
3.1 Beschreibung der Stichprobe	11
3.2 Psychometrische Eigenschaften der verwendeten Fragebögen	12
3.3 Ergebnisse des ZAP	13
3.3.1 Auswertung auf Einzel-Item-Ebene	13
3.3.2 Auswertung auf Skalen-Ebene	14
3.4 Ergebnisse des KKG	15
3.4.1 Interpretation des KKG	15
3.4.2 Auswertung des KKG auf Skalen-Ebene	16
3.5 Typologisierung der Befragten	17
3.6 Determinanten der Zufriedenheit	18
<b>4 Zusammenfassung   Diskussion</b>	<b>20</b>
4.1 Methodische Aspekte	20
4.2 Ergebnisse des ZAP	18
4.3 Ergebnisse des KKG	20
4.4 Ergebnisse der Clusteranalyse	21
4.5 Ergebnisse der Regressionsanalyse	21
4.6 Fazit	21
<b>5 Literatur</b>	<b>22</b>

# Zusammenfassung | Executive Summary

## Hintergrund

Die Beziehung zwischen Arzt<sup>1</sup> und Patient ist eine der bedeutendsten im Gesundheitswesen und Gegenstand vieler wissenschaftlicher Untersuchungen. Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die Patientenzufriedenheit als einen Aspekt des Arzt-Patienten-Verhältnisses aus Perspektive der Patienten zu untersuchen. Aus diesem Grund wurde eine Stichprobe von insgesamt 1.000 Versicherten im Rahmen von Telefoninterviews zu ihrer Zufriedenheit mit ihrem behandelnden Arzt befragt. Hierbei wurden wissenschaftlich überprüfte und etablierte Fragebögen verwendet.

## Material und Methoden

Im Januar 2010 wurden auf Basis einer Zufallsstichprobe Telefoninterviews mit 1.000 gesetzlich Versicherten durchgeführt, die das 18. Lebensjahr vollendet hatten und in Privathaushalten lebten. Zur Erfassung der Zufriedenheit wurde der Fragebogen zur „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) eingesetzt. Zusätzlich wurden soziodemographische Daten und die „Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit“ (KKG) erfasst. Für die statistische Auswertung kamen vor allem regressions- und varianzanalytische Methoden zum Einsatz, außerdem wurden Clusteranalysen durchgeführt.

## Ergebnisse

Sowohl der ZAP als auch der KKG wurden in dieser Studie erstmals als Telefoninterviews eingesetzt. Beide Fragebögen zeigten zufriedenstellende bis gute psychometrische Eigenschaften, die vergleichbar zu den Werten aus dem jeweiligen Manual waren. Betrachtet man die Skalen des ZAP, so zeigt sich bei den Befragten eine hohe Zufriedenheit mit ihrem behandelnden Arzt. Die Zufriedenheit mit der „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ ist etwas niedriger als in den übrigen Dimensionen. Betrachtet man die Ergebnisse auf Einzel-Item-Ebene, so findet sich eine geringere Zufriedenheit in den Bereichen Information/Kommunikation, beispielsweise bei den Items „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?“, „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Information über die Wirkung der verordneten Medikamente?“

Insgesamt scheinen soziodemographische Variablen wenig Einfluss auf die Zufriedenheit der Befragten zu haben. Eindeutige Zufriedenheitstypen lassen sich in der Clusteranalyse nicht identifizieren.

Betrachtet man die Bedingungen der Zufriedenheit in einer Regressionsanalyse, so zeigten die Skalen „Interaktion“ und „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ den größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit der Befragten.

## Fazit

Insgesamt zeichnet sich in den Ergebnissen eine erfreulich hohe Zufriedenheit der Patienten ab. Dennoch gibt es Optimierungspotenzial in den Bereichen Interaktion, Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung. Diese Themen werden in einer Reihe von TK-Projekten bereits jetzt bearbeitet. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist es der TK ein Anliegen, diese Angebote fortzuführen und ggf. weiter auszubauen. ■

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text der Begriff Arzt stellvertretend für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

# 1 Einleitung | Studie zur Patientenzufriedenheit

**Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eine der bedeutendsten Beziehungen im Gesundheitswesen und ist Gegenstand zahlreicher sozialwissenschaftlicher, ethischer, aber auch ökonomischer Betrachtungen.**

## 1.1 Das Arzt-Patienten-Verhältnis

Ein zentraler Punkt ist hierbei immer wieder die Asymmetrie der Beziehung, welche sich vor allem in Bezug auf die Information manifestiert. Das Arzt-Patienten-Verhältnis zeichnet sich meist durch einen großen Informations- und Kompetenzunterschied zwischen den Beteiligten aus. Der Patient muss sich auf das Wissen und Können des Behandlers verlassen können und hat wenig Möglichkeiten, die Entscheidungen auf ihre Richtigkeit und Qualität hin zu überprüfen. Dass der Arzt mit seinen detaillierten Kenntnissen bezüglich Diagnose und Therapie einen großen Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten hat, ist augenscheinlich. Bei näherer Betrachtung ist es aber auch möglich, dass der Patient über Informationen verfügt, die dem Arzt nicht ohne Weiteres zugänglich sind. Dies betrifft vor allem Details seiner Erkrankung und sein gesundheitsrelevantes Verhalten (Lebensstil, Einhaltung von Therapievorschriften oder sportliche Betätigung), das der Arzt nicht oder nur sehr ungenau beobachten kann. Durch sein Verhalten kann der Patient seinen Heilungserfolg wesentlich mitbeeinflussen. Es handelt sich beim Arzt-Patienten-Verhältnis also nicht um eine einseitige, sondern um eine beidseitige Informationsasymmetrie, bei welcher der Arzt Experte ist für das Wissen über die Krankheit und ihre Behandlung, während der Patient Experte ist für sein individuelles Kranksein und sein gesundheitsbezogenes Verhalten.

Trotz ärztlicher Therapiefreiheit und Informationsasymmetrie wird die Entscheidung über die geeignete Therapie nicht vom Arzt allein gefällt, sondern es sollte in der Regel eine gemeinsame Entscheidung sein. Der Grad der Beteiligung des Patienten hat sich in den letzten Jahren aufgrund eines veränderten Rollenverständnisses von Patienten und Ärzten, aber auch veränderten Möglichkeiten der medizinischen Behandlung grundlegend gewandelt. Nicht zuletzt durch ein verändertes Selbstbild der Patienten hat sich so der Wandel von einem paternalistischen hin zu einem partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnis vollzogen. Die traditionell paternalistische Rolle, bei der der Arzt eine väterlich-bestimmende Rolle übernimmt, wird zunehmend durch ein hohes Maß an Selbstbestimmtheit der Patienten ersetzt.

Neuere Ansätze setzen sich zunehmend auch mit den ökonomischen Aspekten des Arzt-Patienten-Verhältnisses auseinander. Dies betrifft zum einen das Rollenverständnis, bei dem der Arzt zunehmend als Dienstleister und der Patient als Kunde gesehen wird. Es betrifft aber auch die ökonomischen Konsequenzen eines guten oder auch schlechten Arzt-Patienten-Verhältnisses, das sich auf die Compliance und damit mittelbar auch auf den Therapieerfolg auswirken kann. Dem Ansatz, Patienten als Kunden zu betrachten, stehen jedoch eine Reihe von Aspekten entgegen, die Tatsache zum Beispiel, dass sich die Patienten das Konsumgut „Gesundheit“ nicht frei aussuchen können und die Finanzierung der Leistungen in der GKV größtenteils solidarisch geschieht. ■

## 1.2 Shared Decision Making | Partizipative Entscheidungsfindung

Wachsende Patientenkompetenz verändert auch das Verhältnis zwischen Patient und Arzt und führt zu veränderten Formen von Entscheidungsfindung.

*Shared Decision Making* (SDM) ist eine strukturierte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, die darauf abzielt, gemeinsam zu einer Entscheidung zu kommen, die auf (wissenschaftlicher) Evidenz beruht und den subjektiven Bedürfnissen des Patienten entspricht. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient evidenzbasierte Informationen über mögliche Therapieformen und Behandlungsergebnisse (Auswirkungen auf Lebenserwartung und Lebensqualität, aber auch Wahrscheinlichkeiten von erwünschten und unerwünschten Therapieeffekten) erhält. Diese Informationen bewertet der Patient anhand seiner subjektiven Sicht und entscheidet entsprechend seinen persönlichen Wünschen, Bedürfnissen und Behandlungszielen.

Im Deutschen wird für *Shared Decision Making* der Begriff Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) verwendet.

## 1.3 Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen

In einer Studie aus dem Jahr 2005 [1] wurde das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich untersucht. Hierzu wurden Telefoninterviews mit insgesamt mehr als 1.000 Personen durchgeführt. Im Vergleich mit Kanada, Australien, den USA, Großbritannien und Neuseeland bekam das deutsche Gesundheitswesen insgesamt gute Noten, insbesondere was den Zugang zu medizinischen Leistungen und die Versorgung chronisch Kranker betrifft. Dennoch äußerte fast ein Drittel der Befragten, dass das Gesundheitssystem schlecht sei und von Grund auf erneuert werden müsse.

Einer der auffälligsten Befunde bei den Defiziten ist aus Patientensicht in allen Ländern die Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Mehrheit der Befragten (61 %) gab an, dass ihr Arzt sie nicht immer über Behandlungsalternativen aufklärt und nach ihrer Meinung fragt. Beinahe die Hälfte der Befragten (46 %) gab an, dass ihr Arzt ihnen selten oder nie die Behandlungsziele erklärt. Fast ein Viertel (23 %) gaben an, dass sie widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten oder anderen im Gesundheitswesen Beschäftigten erhalten haben. 38 % der Kranken gab an, dass ihr Arzt sie selten oder nie über Nebenwirkungen der von ihnen eingenommenen Medikamente aufgeklärt hat. Auch zeigten sich hier geschlechtsspezifische Unterschiede: Frauen geben häufiger als Männer an, dass ihr Arzt mit ihnen nicht ausreichend über Behandlungsalternativen, Therapieziele, Warnsymptome und Arzneimittelnebenwirkungen spricht.

## 1.4 Zielsetzung der vorliegenden Studie

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die Patientenzufriedenheit als einen Aspekt des Arzt-Patienten-Verhältnisses aus Sicht der Patienten zu untersuchen. Aus diesem Grund wurde eine repräsentative Stichprobe von insgesamt 1.000 Versicherten im Rahmen von Telefoninterviews zu ihrer Zufriedenheit mit ihrem behandelnden Arzt befragt. Außerdem sollte untersucht werden, ob Persönlichkeitsmerkmale wie die Kontrollüberzeugung der Befragten einen Einfluss auf die Zufriedenheit der Befragten hat. Für beide Aspekte wurden wissenschaftlich überprüfte und etablierte Fragebögen verwendet.

Auch wenn bei der Durchführung der Studie strenge wissenschaftliche Kriterien zugrunde gelegt wurden, geht es hier nicht darum, die Qualität der ärztlichen Behandlung objektiv zu bewerten, sondern darum, zu erfahren, wie die Qualität der Behandlung aus (subjektiver) Patientensicht wahrgenommen wird. ■



## 2 Methodik | Beschreibung der Mittel

**Der in der Studie eingesetzte Gesamtfragebogen besteht aus wissenschaftlich überprüften (validierten) Fragebögen, ergänzt um einige Fragen zur Soziodemographie.**

### 2.1 Fragebögen

Der in der Studie eingesetzte Gesamtfragebogen besteht aus zwei validierten Fragebögen, die um einige Fragen zur Soziodemographie ergänzt wurden. Der ZAP (Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive) wurde von Bitzer et al. [2] als standardisiertes, patientenzentriertes Instrument der Patientenzufriedenheit entwickelt. Mit diesem Fragebogen werden die Dimensionen Praxisorganisation, Interaktion, Information, fachliche Kompetenz/Kooperation<sup>2</sup> sowie Einbindung in Entscheidungsprozesse abgebildet. Er eignet sich somit u. a. dazu, die Patientenzufriedenheit als Parameter der Ergebnisqualität im Rahmen von Qualitätsmanagement-Untersuchungen darzustellen. Die Entwicklung und psychometrische Testung dieses Fragebogens wurde vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Verbundprojektes „Qualitätsmanagement in der Arztpraxis“ gefördert.

Der KKG ist ein standardisierter und validierter Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit [3]. Er besteht aus 21 Fragen, die sich in die drei Skalen Internalität, soziale Externalität sowie fatalistische Externalität überführen lassen. Dieser psychologische Test dient dazu, die Pati-

enten zu typisieren. Das Konzept der Kontrollüberzeugung unterscheidet hierbei drei wesentliche gesundheits- beziehungsweise krankheitsbezogene Kontrollüberzeugungen: (1) Internalität: Überzeugung, dass Gesundheit und Krankheit durch die eigene Person kontrollierbar sind, (2) soziale Externalität: Überzeugung, dass sie durch andere Personen, zum Beispiel Ärzte, Pflegepersonal, Bezugspersonen, kontrollierbar sind und (3) fatalistische Externalität: Überzeugung, dass sie nicht kontrollierbar, sondern zufalls- oder schicksalsabhängig sind.

### 2.2 Stichprobe

Im Untersuchungszeitraum wurden insgesamt 1.000 gesetzlich krankenversicherte Personen befragt, die das 18. Lebensjahr vollendet hatten und in Privathaushalten lebten. Auf Basis einer systematischen Zufallsauswahl wurde hier eine mehrstufig geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Anhand eines strukturierten Fragebogens wurden computergestützte Telefoninterviews (CATI) durchgeführt. Im nächsten Schritt wurde die Repräsentativität der Stichprobe anhand von Daten der amtlichen Statistik [4] verglichen, und es wurden Gewichtungsfaktoren bezüglich der Variablen Alter, Geschlecht, Region (Ost/West) und Bildung eingeführt, um ein größtmögliches Maß an Repräsentativität in der Stichprobe zu gewährleisten. Ziel des Einsatzes von Gewichtungsfaktoren ist in erster Linie das Beseitigen von Verzerrungen, da aus der Zufriedenheitsforschung beispielsweise bekannt ist, dass es einen linearen Zusammenhang zwischen dem Alter der Befragten und ihrer Zufriedenheit gibt [5]. Aufgrund der Gewichtungsfaktoren kann es bei der Angabe von absoluten Zahlen dazu kommen, dass sich Dezimalbrüche ergeben (zum Beispiel N=25,7). Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde hierbei gerundet. Durch diese Rundungen erklärt sich auch, dass in Tabelle 1 in der Spalte „Total“ insgesamt 1001 Fälle stehen.

<sup>2</sup> Die Bezeichnung fachliche Kompetenz für die ZAP-Skala ist aus Sicht der Autoren ein wenig irreführend, da die Patienten die fachliche Kompetenz ihres behandelnden Arztes im Regelfall nur eingeschränkt beurteilen können. Betrachtet man die zur Skala gehörenden Einzelfragen, so zeigt sich, dass es sich hierbei um die subjektive Einschätzung der Gründlichkeit und Sorgfalt sowie die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen sowie die Bereitschaft zur Überweisung an Kollegen handelt.

## 2.3 Statistische Auswertung

Der erste Schritt der Auswertung bestand in einer deskriptiven Häufigkeitsauszählung aller abgefragten Items, um so gegebenenfalls Fragen mit Boden- beziehungsweise Deckeneffekten zu identifizieren. Darauf aufbauend erfolgte im Weiteren eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der Fragebogendimensionen aus dem ZAP und KKG<sup>3</sup>. Hierzu wurden die Kennwerte Trennschärfe, Schiefe, Itemschwierigkeit und Cronbach's Alpha berechnet.

Im nächsten Schritt erfolgte das Aggregieren der Einzelfragen zu den verschiedenen Dimensionen / psychometrischen Skalen (Scoring) entsprechend den Vorgaben aus dem jeweiligen Manual.

Für die weitere Auswertung wurden Korrelations- und varianzanalytische Methoden angewendet. Für die Analyse des Zusammenhanges zwischen den Skalen des ZAP und den Skalen des KKG wird der Korrelationskoeffizient nach Pearson berechnet. Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen wurden hierbei mittels t-Test für unabhängige Stichproben (beim Vergleich von zwei unabhängigen Gruppen wie zum Beispiel Männer versus Frauen) beziehungsweise mittels einfaktorieller Varianzanalysen bei mehr als zwei zu untersuchenden Gruppen (zum Beispiel beim Vergleich von Altersgruppen) untersucht. Post-hoc-Tests wurden bei Vorliegen von Varianzhomogenität nach Scheffé korrigiert, falls Varianz-Gleichheit nicht gegeben war, so wurde die Dunnett-T3-Prozedur verwendet.

Zur Typologisierung der Befragten wurde eine Two-Step-Clusteranalyse durchgeführt. Hierbei werden anhand vorgegebener Variablen distinkte Gruppen (Cluster) gebildet. Die Objekte innerhalb eines Clusters sollten hierbei möglichst ähnlich/homogen sein, die Objekte unterschiedlicher Cluster hingegen möglichst unähnlich/heterogen. Die Bewertung der Güte der jeweiligen Clusterlösungen erfolgt anhand des Silhouette Koeffizienten, der Werte von -1 bis +1 annehmen kann. Ab einem Wert von 0,5 kann von einer guten Clusterlösung ausgegangen werden.

Im letzten Auswertungsschritt wurden die Bedingungen der Zufriedenheit mit einer multiplen linearen Regression untersucht. Hierbei wurden schrittweise die Variablen mit dem größten prognostischen Wert für die Vorhersage der Zufriedenheit in das Regressionsmodell aufgenommen, um so das günstigste Modell herauszufinden. In der Ergebnisdarstellung finden sich die durch das jeweilige Modell erklärte Varianz ( $R^2$ ) sowie die standardisierten Beta-Koeffizienten. Die Varianzaufklärung beschreibt hierbei die Güte des Regressionsmodells, anhand der standardisierten Beta-Koeffizienten wird beschrieben, wie hoch der Beitrag der unabhängigen Variablen zur Vorhersage der Zufriedenheit ist.

Als globales Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0,05$  festgelegt. Da die vorliegende Studie mehr explorativen als konfirmatorischen Charakter hat, wurde auf eine Adjustierung des Signifikanzniveaus weitgehend verzichtet (Ausnahme: Post-hoc-Tests in der einfaktoriellen Varianzanalyse). ■

<sup>3</sup> Sowohl der ZAP als auch der KKG wurden ursprünglich als „Paper and Pencil“-Version entwickelt, der Einsatz dieser Fragebögen in Telefoninterviews ist neu. Aus diesem Grund empfiehlt sich eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften, um sicherzustellen, dass die Fragebögen auch als Interviewversion die Patientenzufriedenheit beziehungsweise Kontrollüberzeugung valide und vor allem reliabel messen.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden im Rahmen der Studie 1.000 Personen befragt, von denen 538 (53,8 %) weiblich waren. 17,8 % der Befragten kamen aus den neuen Bundesländern. Der Anteil der Nicht-Erwerbstätigen liegt mit 48 % in der Gesamtgruppe der Befragten auf den ersten Blick überraschend hoch. Betrachtet man dies jedoch in Hinblick auf die Altersverteilung, so erkennt man, dass dieser hohe Durchschnittswert vor allem durch zwei Gruppen zustande kommt, in denen der Anteil an Nicht-Erwerbstätigen sehr hoch ist (vgl. Tabelle 1). Dies ist zum einen die Gruppe der 18-29 Jährigen, in der sich ein hoher Anteil noch in der Ausbildung (überwiegend Schüler und Studenten) befindet. Die zweite Gruppe mit überdurchschnittlich hohem Anteil der Nicht-Erwerbstätigen ist die Gruppe 60 Jahre und älter. 281 Befragte (28,1 %) gaben an, entweder Rentner, Pensionär oder im Vorruhestand zu sein.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis besteht bei den meisten Befragten schon längere Zeit. Insgesamt 63,2 % der Befragten sind seit mehr als 5 Jahren bei dem selben Arzt Patient, wobei der Anteil in den neuen Bundesländern ca. 10 % höher liegt als in den alten Bundesländern (71,8 % versus 61,4 %). Etwa ein Fünftel der Befragten (21,7 %) gibt an, seit mehr als 12 Monaten bis zu 5 Jahren bei diesem Arzt in Behandlung zu sein. Bei insgesamt 15,1 % besteht das Arzt-Patienten-Verhältnis seit bis zu 12 Monaten.

In der Gesamtgruppe gaben 62 % der Befragten an, im Allgemeinen sehr stark oder stark auf die eigene Gesundheit zu achten. Hierbei zeigt sich in Bezug auf das Alter ein leichter linearer Trend: je älter die Befragten, desto stärker achten sie (nach eigener Aussage) auf ihre Gesundheit.

**Tabelle 1** | Alter und Erwerbstätigkeit der Befragten

Alter		Sind Sie zurzeit erwerbstätig?			Total
		Ja	Nein	Weiß nicht/ keine Angabe	
18 – 29 Jahre	Anzahl	102	72	0	174
	Prozent	58,6	41,4	0,0	100,0
30 – 44 Jahre	Anzahl	198	46	0	244
	Prozent	81,1	18,9	0,0	100,0
45 – 59 Jahre	Anzahl	194	68	1	263
	Prozent	73,8	25,9	0,4	100,0
60 Jahre und älter	Anzahl	23	290	0	313
	Prozent	7,3	92,7	0,0	100,0
Keine Angabe	Anzahl	2	4	1	7
	Prozent	28,6	57,1	14,3	100,0
<b>Total</b>	<b>Anzahl</b>	<b>519</b>	<b>480</b>	<b>2</b>	<b>1.001</b>
	<b>Prozent</b>	<b>51,8</b>	<b>48,0</b>	<b>0,2</b>	<b>100,0</b>

Der Gesundheitszustand im Allgemeinen wird von 60 % der Befragten als sehr gut oder gut beschrieben. Auch bei dieser Variablen lässt sich ein linearer Trend in Bezug auf das Alter feststellen: Je älter die Befragten sind, desto geringer ist der Anteil derer, die ihren eigenen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut bezeichnen. Während es zwischen Männern und Frauen, Ost und West sowie mit und ohne Partner Lebenden kaum Unterschiede in der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes gibt, so finden sich erwartungsgemäß umso deutlichere Unterschiede zwischen Chronikern und Nicht-Chronikern (vgl. Abbildung 1) sowie zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen.

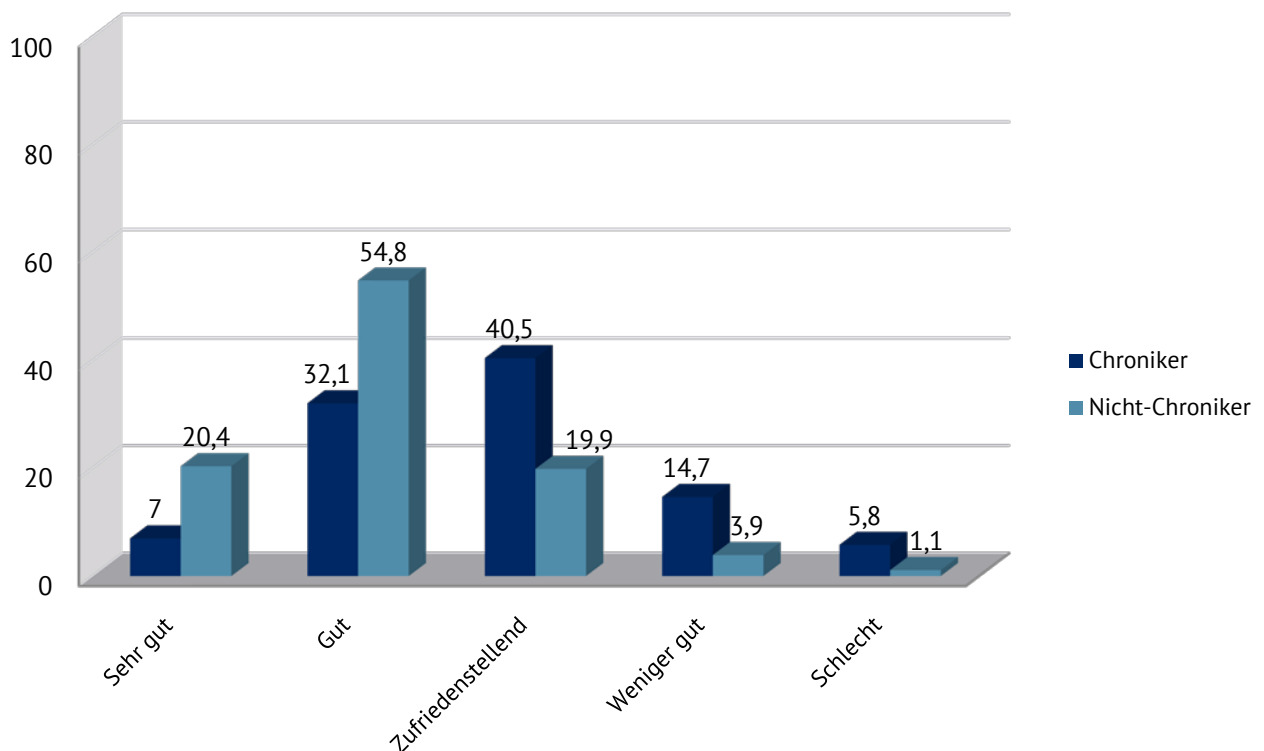
Ein überraschend hoher Anteil der Befragten (43 %, d. h. 430 Befragte) gab an, sich aufgrund einer chronischen Erkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung zu befinden. Hierbei ist jedoch anzumerken, dass der Begriff „chronisch“ im Interview nicht näher definiert wurde.

Der überwiegende Teil der Befragten (69 %, d. h. 690 Personen) war zuletzt beim Allgemeinmediziner, 8 % beim Gynäkologen, 7 % beim Internisten, 6 % beim Orthopäden sowie 2 % beim Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt oder beim Dermatologen. Dabei gaben insgesamt bei 69 % der Befragten, bei einem Arzt gewesen zu sein, 31 % waren bei einer Ärztin. Ein deutlich höherer Anteil der Frauen und der Befragten aus den neuen Bundesländern gaben an, bei einer Ärztin gewesen zu sein.

### 3.2 Psychometrische Eigenschaften der verwendeten Fragebögen

Da sowohl der ZAP- als auch der KKG-Fragebogen in der vorliegenden Studie erstmals als Telefoninterview eingesetzt wurden, war der erste Schritt der Auswertung eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften der Fragebögen. Die klassische Test-Theorie unterscheidet hierzu die Hauptgütekriterien Validität (Misst das Instrument inhaltlich das, was es messen soll?), Reliabilität (Wie genau misst das

Abbildung 1 | Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes von Chronikern und Nicht-Chronikern



**Tabelle 2** | Cronbach's Alpha für die eingesetzten Fragebögen, aktuelle Werte im Vergleich zu Angaben aus dem Manual

Skala	TK-Studie	Vergleichswerte (Manual)
ZAP – Praxisorganisation	0,69	0,75
ZAP – Interaktion	0,92	0,95
ZAP – Information	0,91	0,94
ZAP – Kooperation/fachliche Kompetenz	0,74	0,84
ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse	0,87	-
KKG – Internalität	0,75	0,76
KKG – soziale Externalität	0,62	0,66
KKG – fatalistische Externalität	0,79	0,75

Instrument das, was es messen soll?) und Objektivität (Kommen unterschiedliche Anwender mit dem gleichen Instrument zum gleichen Ergebnis?). Da die Fragebögen inhaltlich nicht modifiziert wurden, ist davon auszugehen, dass die Gütekriterien Validität und Objektivität durch das Setting Telefoninterview nicht beeinflusst werden. Der Fokus des ersten Auswertungsschrittes liegt daher auf der Analyse der Reliabilität, speziell in der Bestimmung der internen Konsistenz (Koeffizient Cronbach's Alpha). Betrachtet man die Kennzahl Cronbach's Alpha für die in der Studie eingesetzten Fragebögen, so zeigen sich für alle Skalen zufriedenstellende bis ausgezeichnete Werte. Als Grenzwert für eine reliable Skala wird ein Cronbach's Alpha größer/gleich 0,7 angesehen [6]. Dieser wird in der vorliegenden Studie auf einer Skala des KKG (soziale Externalität) knapp unterschritten. Ein ähnlicher Wert findet sich auch im Manual des KKG. Insgesamt kann jedoch davon ausgegangen werden, dass beide Fragebögen auch im Setting „Telefoninterview“ reliable Messinstrumente darstellen.

### 3.3 Ergebnisse des ZAP

#### 3.3.1 Auswertung auf Einzel-Item-Ebene

Bei Betrachtung der einzelnen Fragen (Items) des ZAP fällt zunächst auf, dass der Anteil der Antwortausfälle („Weiß nicht“ bzw. „Keine Angabe“) vor allem in den Bereichen Information und Einbindung in Entscheidungsprozesse deutlich erhöht (> 10 %) ist. Hohe Ausfälle kann man dahingehend interpretieren, dass die Befragten die Frage entweder nicht verstanden haben oder die Inhalte nicht auf sie zutreffen. Aber auch der Anteil der Patienten, die mit diesen Items eher unzufrieden beziehungsweise sehr unzufrieden sind, liegt bei bis zu 20 %. Das Item „Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte“ beantworten 14 % der Befragten mit „selten“ oder „nie“, 8 % haben die Frage nicht beantwortet. Weitere Defizite auf der Einzel-Item-Ebene zeigen sich in den Bereichen, die sich mit Risikokommunikation befassen wie beispielsweise der

Frage „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?“ oder „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?“, hier liegt der Anteil der Unzufriedenen und der Personen die die Angabe „Weiß nicht“ beziehungsweise keine Angabe machten bei 20-30 %.

### 3.3.2 Auswertung auf Skalen- Ebene

Das Scoring der ZAP-Skalen (Praxisorganisation, Kooperation/fachliche Kompetenz, Interaktion, Information und Einbindung in Entscheidungsprozesse) erfolgte wie im Manual beschrieben. Hierzu wurden die inhaltlich zusammengehörenden Items zusammengefasst und auf den Wertebereich von 0 bis 100 transformiert, wobei hohe Werte für eine hohe Zufriedenheit der Befragten stehen.

Die weiblichen Befragten zeigen über alle Skalen hinweg eine höhere Zufriedenheit als männliche Befragte. Die Zufriedenheit in den Bereichen Information und Einbindung in Entscheidungsprozesse ist sowohl bei männlichen wie auch bei weiblichen Be-

fragten geringer als in den übrigen Bereichen (Praxisorganisation, fachliche Kompetenz/Kooperation sowie Interaktion).

Bei globaler Betrachtung der ZAP-Skalen zeigen sich insgesamt verhältnismäßig hohe Zufriedenheitswerte. Die Zufriedenheit mit der Einbindung in Entscheidungsprozesse ist jedoch geringer als in den übrigen Zufriedenheitsdimensionen, was sich bereits in der Auswertung auf Einzel-Item-Ebene andeutete. Speziell auf der Skala Einbindung in Entscheidungsprozesse zeigte sich der Trend, dass die Zufriedenheit mit der Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses steigt. Aufgrund der besseren Lesbarkeit findet sich in den sich in den Abbildungen zum ZAP für die Skala „Einbindung in Entscheidungsprozesse“ die Abkürzung ZAP - SDM.

Betrachtet man die Skalen des ZAP in Hinblick auf die Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses („Wie lange gehen Sie selbst schon als Patient zu diesem Arzt/dieser Ärztin?“), so zeigt sich auf allen Skalen außer der Skala Fachliche Kompetenz, dass die Befragten, die seit mehr als 12 Monaten bei diesem Arzt in Behandlung sind, zufriedener sind.

Abbildung 2 | Skalen des ZAP bei männlichen und weiblichen Befragten

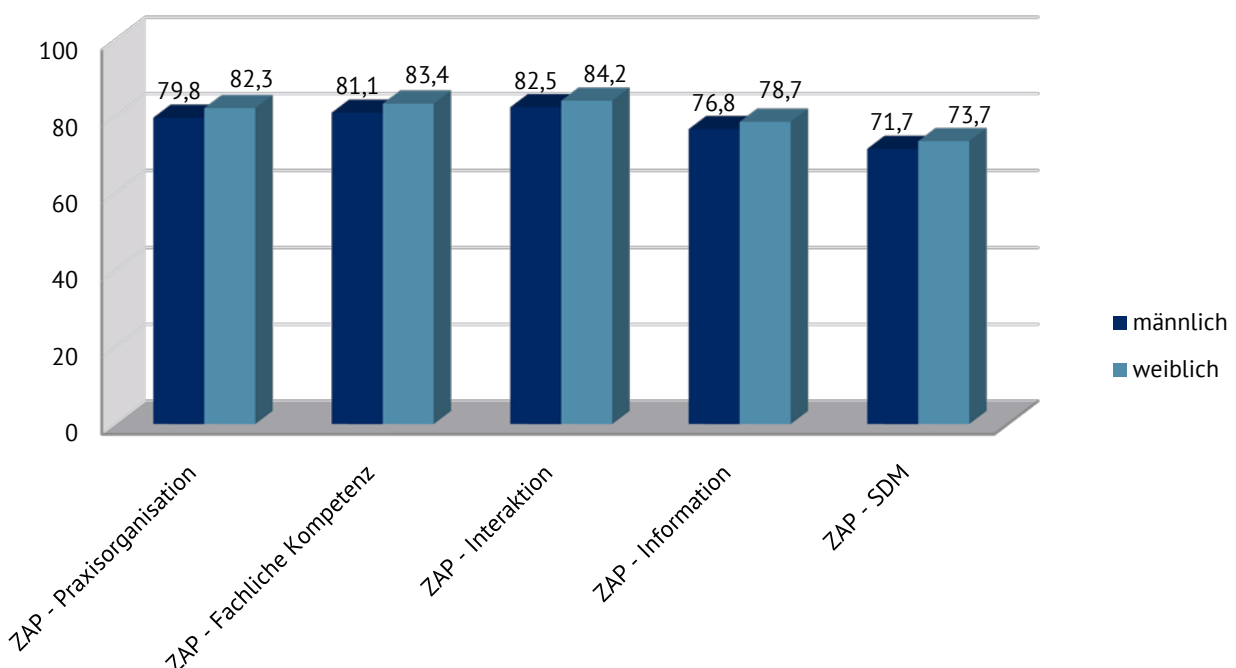
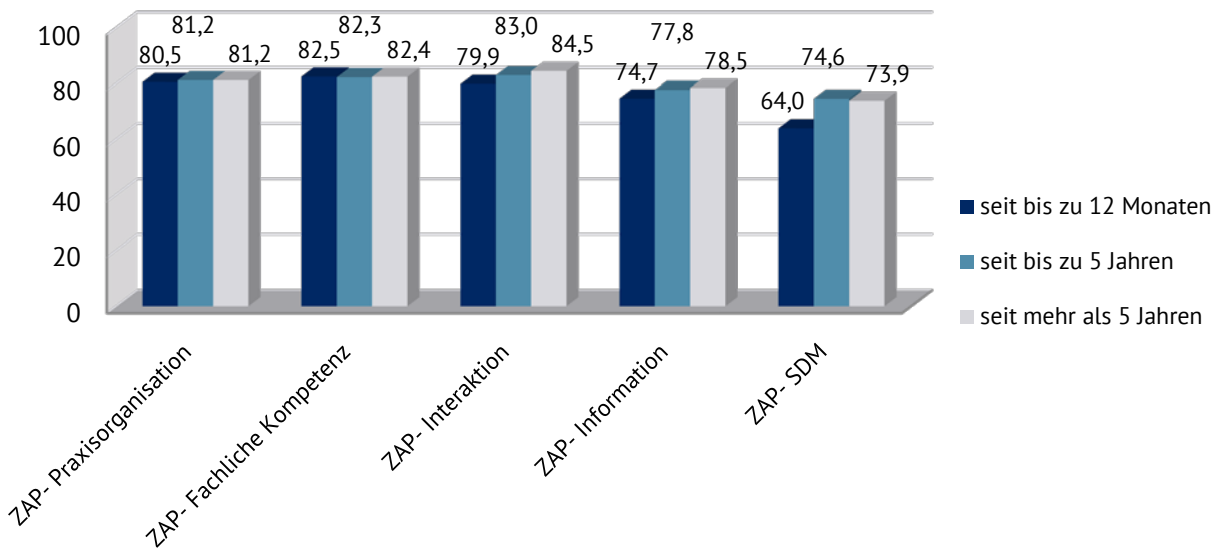


Abbildung 3 | Skalen des ZAP nach der Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung



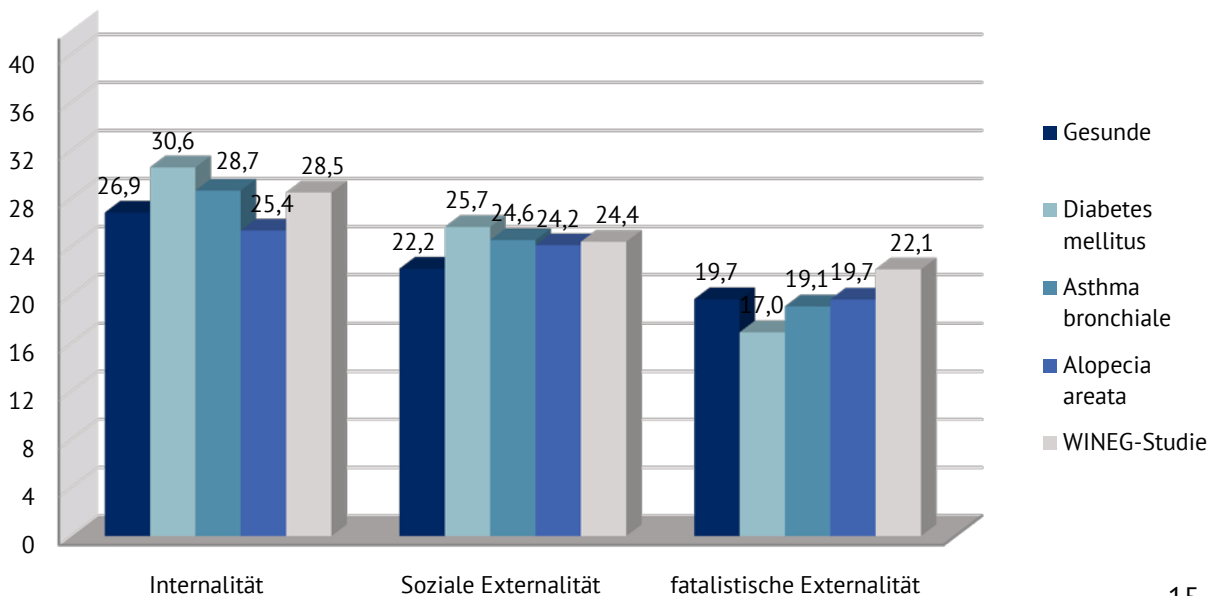
Etwas vereinfacht lässt sich sagen, dass die Patienten umso zufriedener sind, je länger sie bei dem Arzt in Behandlung sind. Besonders deutlich zeigt sich dies (geringere Zufriedenheit bei den Befragten, die seit bis zu 12 Monaten beim Arzt in Behandlung sind) bei der Einbindung in Entscheidungsprozesse. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass sich ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis erst aufbauen muss oder auch dass die Patienten im Falle von Unzufriedenheit möglicherweise den Arzt wechseln.

### 3.4 Ergebnisse des KKG

#### 3.4.1 Interpretation des KKG

Der Wertebereich für alle Skalen des KKG reicht von 7 bis 42, wobei hohe Werte für jeweils eine hohe und niedrige Werte jeweils für eine niedrige Kontrollüberzeugung stehen.

Abbildung 4 | Skalen des KKG, Vergleich der WINEG-Studie mit Referenzwerten aus dem Manual



Ein hoher Wert auf der Skala Internalität sagt aus, dass die befragte Person der Meinung ist, gesundheits- und krankheitsbezogene Ereignisse selbst kontrollieren und Einfluss darauf nehmen zu können.

Auf der Skala Soziale Externalität stehen hohe Werte dafür, dass die befragte Person glaubt, ihr eigener gesundheitlicher Zustand sei hauptsächlich durch das Handeln anderer bestimmt, in der Regel sind hierbei Ärzte und Pflegepersonal gemeint. Dies bedeutet, dass bei den Personen meist nur geringe Bestrebungen bestehen, den eigenen Gesundheitszustand aus Eigeninitiative heraus zu beeinflussen, jedoch eine hohe Bereitschaft besteht, anderen (als kompetent oder mächtig) empfundenen Personen zu folgen.

Hohe Werte bei Fatalistischer Externalität besagen, dass die befragte Person davon ausgeht, ihr eigener gesundheitlicher Zustand hänge in erster Linie von Zufall, Glück oder Schicksal ab. Dies bedeutet, dass geringe Chancen gesehen werden, den eigenen Gesundheitszustand aktiv zu beeinflussen (weder selbst noch durch andere). Bei dieser Gruppe kann davon ausgegangen werden, dass die Bereitschaft, aktiv an der Bewältigung einer Erkrankung mitzuwirken beziehungsweise gesundheitserhaltende Maßnahmen durchzuführen, eher gering ausgeprägt ist,

da der Gesundheitszustand als nicht beeinflussbar erlebt wird.

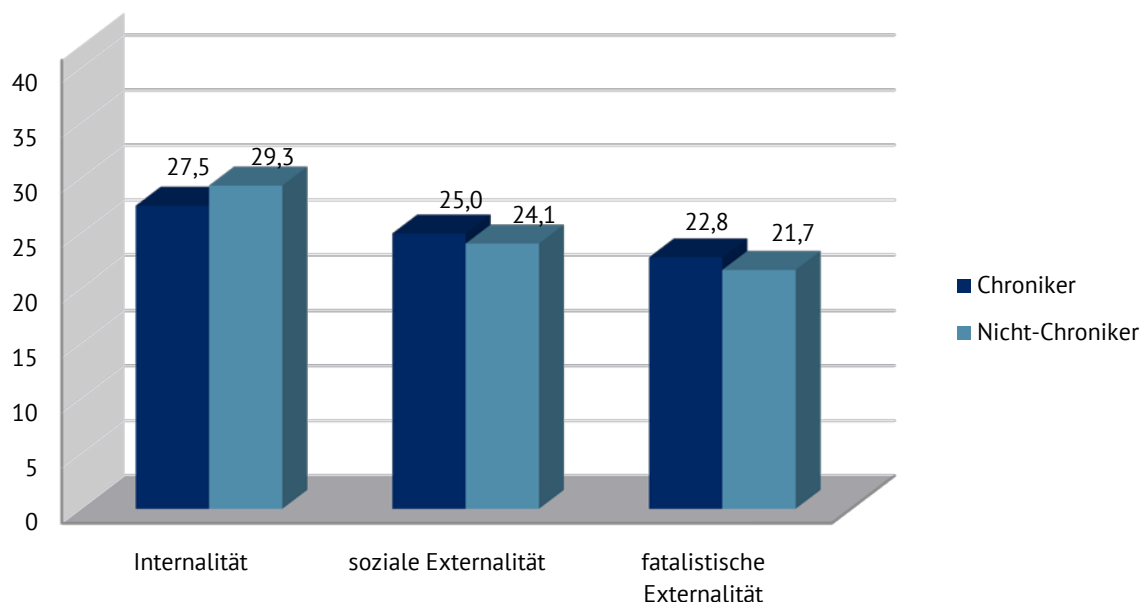
### 3.4.2 Auswertung des KKG auf Skalen-Ebene

Vergleicht man die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit den Vergleichswerten aus dem Manual (Abbildung 4), so zeichnen sich die Befragten der Studie auf allen drei Skalen (Internalität, Soziale Externalität und Fatalistische Externalität) durch höhere Werte aus als die Gesunden.

Auch bei Betrachtung der Variablen Erwerbstätigkeit zeigen sich auf allen drei Skalen signifikante Unterschiede. Die erwerbstätigen Befragten zeichnen sich durch höhere Ausprägungen der Internalität und geringere Werte auf den Skalen Soziale Externalität und Fatalistische Externalität aus.

Ebenfalls signifikante Unterschiede zeigen sich, wenn man Chroniker und Nicht-Chroniker vergleicht. Während die Werte für Internalität bei den Chronikern deutlich niedriger sind als bei den Nicht-Chronikern, zeigen sie auf den Skalen soziale und fatalistische Externalität höhere Skalen-Werte.

Abbildung 5 | Skalen des KKG bei Chronikern und Nicht-Chronikern





Setzt man die Ergebnisse des KKG in Bezug zu den Ergebnissen des ZAP, so zeigt sich kein Zusammenhang zwischen den Variablen. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson liegt in allen Kombinationen nahe bei 0. Für einen perfekten Zusammenhang würde man Werte nahe bei -1 (negativer Zusammenhang) oder +1 (positiver Zusammenhang) erwarten.

### 3.5 Typologisierung der Befragten

Mit Hilfe einer Clusteranalyse wurde untersucht, ob es verschiedene Zufriedenheitstypen gibt. Hierzu wurden im ersten Schritt die Skalen des ZAP und des KKG in die Clusteranalyse aufgenommen. Der Silhouette Koeffizient für dieses Modell (2-Cluster-Lösung) liegt bei 0,1, d. h. es handelt sich um ein eher schlechtes Modell zur Segmentierung der Daten. Nimmt man zusätzlich zu den Skalen des ZAP und des KKG auch soziodemographische Variablen in die Analyse auf, so

zeigt sich eine 2-Cluster-Lösung mit mäßiger Modellgüte (Silhouette-Koeffizient 0,3). Betrachtet man die in diesem Modell berücksichtigten Variablen nach Wichtigkeit, so zeigen sich vor allem die soziodemographischen Variablen (insbesondere beruflicher Status, Alter) als bedeutsam für die Differenzierung der Gruppen. Cluster 1 beinhaltet 45 % der Fälle und setzt sich vor allem aus älteren, nicht mehr erwerbstätigen Befragten zusammen. In Cluster 2 befinden sich vor allem jüngere Befragte, die noch erwerbstätig sind. Schließt man nur soziodemographische Daten in die Clusteranalyse ein, so findet sich eine 5-Cluster-Lösung mit sehr guter Modellgüte (Silhouette-Koeffizient 0,8). Zusammenfassend betrachtet lassen sich anhand der Daten keine Zufriedenheitstypen erkennen, wohl aber Gruppen in Bezug auf soziodemographische Merkmale der Stichprobe. Die Zufriedenheit der Befragten wird wenig von soziodemographischen Faktoren beeinflusst. Annahmen wie beispielsweise „Ältere sind zufriedener als Jüngere“, lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht belegen.

**Tabelle 3 |** Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Kontrollüberzeugung

		ZAP – Praxisorganisation	ZAP – fachliche Kompetenz	ZAP – Interaktion	ZAP – Information	ZAP – SDM
Internalität	Pearson-Korrelation (r)	-0,018	-0,006	0,018	0,060	0,083
	Sign. (2-seitig)	0,572	0,848	0,584	0,077	0,015
	N	946	937	950	862	874
Soziale Externalität	Pearson-Korrelation (r)	0,018	0,029	-0,018	0,025	0,051
	Sign. (2-seitig)	0,593	0,382	0,578	0,466	0,139
	N	909	901	912	830	844
Fatalistische Externalität	Pearson-Korrelation (r)	-0,057	-0,013	-0,096	-0,102	0
	Sign. (2-seitig)	0,088	0,701	0,004	0,003	0,035
	N	903	894	906	824	838

### 3.6 Determinanten der Zufriedenheit

Während es im ersten Teil dieses Hefts darum ging, die Zufriedenheit der Befragten zu beschreiben, geht es im Folgenden darum, die Bedingungen dieser Zufriedenheit genauer zu analysieren. Anhand eines multiplen Regressionsmodells wurde daher untersucht, ob es Variablen gibt, anhand derer sich die Gesamtzufriedenheit (Variable: „Wie zufrieden sind Sie mit dem zuletzt besuchten Arzt | der zuletzt besuchten Ärztin im Allgemeinen, d. h. nicht nur auf den letzten Arztbesuch bezogen?“) vorhersagen lässt. Schrittweise wurden hierbei diejenigen Variablen in das Modell aufgenommen, die sich als relevant erweisen. Variablen mit geringer Erklärungskraft werden aus dem Modell ausgeschlossen.

Der wichtigste Prädiktor für die Gesamtzufriedenheit ist der Aspekt Interaktion<sup>4</sup> aus dem ZAP. Zusammen mit der in die Regressionsgleichung eingeschlossenen Konstante werden 40,3 % der Varianz der Gesamtzufriedenheit aufgeklärt.

Durch Hinzunahme der Skala Einbindung in Entscheidungsprozesse verbessert sich die Varianzaufklärung auf 44,1 %. Nach Aufnahme der Variablen Fachliche Kompetenz/Kooperation, Dauer des Arzt-Patienten-Verhältnisses, Chroniker-Status, Beruflicher Status und Praxisorganisation erhöht sich die Varianzaufklärung schrittweise bis auf 46,9 %. Die Aufnahme weiterer Variablen würde zu keiner signifikanten Verbesserung des Regressionsmodells führen.

In Tabelle 4 ebenfalls dargestellt sind die sogenannten Beta-Koeffizienten, die die Wichtigkeit der in das jeweilige Regressionsmodell aufgenommenen Variablen widerspiegeln. Hierbei kristallisieren sich vor allem die Aspekte Interaktion und Einbindung in Entscheidungsprozesse heraus, die auch schon bei Betrachtung der Varianzaufklärung die wichtigsten Aspekte dargestellt haben. ■

---

<sup>4</sup> In die Skala Interaktion gehen die Aspekte Verständnis, Einfühlungsvermögen, Menschlichkeit, Zeit für den Patienten, Ernstnehmen, Zuspruch und Unterstützung, Geduld sowie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden ein.

**Tabelle 4 |** Ergebnisse der Regressionsanalyse, abhängige Variable „Wie zufrieden sind Sie mit dem zuletzt besuchten Arzt im Allgemeinen?“

Schritt	Modell	standardisierte Beta-Koeffizienten	Varianzaufklärung (korrigiertes r <sup>2</sup> )
1	Konstante ZAP – Interaktion	-0,635	40,3 %
2	Konstante ZAP – Interaktion ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse	-0,483 -0,246	44,1 %
3	Konstante ZAP – Interaktion ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse ZAP – fachliche Kompetenz/Kooperation	-0,402 -0,226 -0,136	45,0 %
4	Konstante ZAP – Interaktion ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse ZAP – fachliche Kompetenz/Kooperation Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung	-0,389 -0,217 -0,149 -0,104	46,1 %
5	Konstante ZAP – Interaktion ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse ZAP – fachliche Kompetenz/Kooperation Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung Chroniker-Status	-0,395 -0,209 -0,146 -0,101 +0,052	46,3 %
6	Konstante ZAP – Interaktion ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse ZAP – fachliche Kompetenz/Kooperation Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung Chroniker-Status Beruflicher Status	-0,395 -0,207 -0,147 -0,099 +0,060 +0,058	46,7 %
7	Konstante ZAP – Interaktion ZAP – Einbindung in Entscheidungsprozesse ZAP – fachliche Kompetenz/Kooperation Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung Chroniker-Status Beruflicher Status ZAP Praxisorganisation	-0,377 -0,197 -0,143 -0,102 +0,052 +0,061 -0,057	46,9 %

## 4 Zusammenfassung | Diskussion

### 4.1 Methodische Aspekte

Die verwendeten Fragebögen „Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) und „Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit“ (KKG) wurden in der vorliegenden Studie erstmals als Telefoninterviews eingesetzt. Die ermittelten Reliabilitätswerte (interne Konsistenz, Koeffizient Cronbach`s Alpha) sind vergleichbar mit denen in den entsprechenden Handanweisungen, so dass es für den Einsatz der Fragebögen auch als Telefoninterview keine Bedenken gibt.

Da die Grundlage für die Auswertung eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe war, können die Ergebnisse der Studie als aktuelle Referenzwerte für beide Fragebögen betrachtet werden.

### 4.2 Ergebnisse des ZAP

Zusammenfassend betrachtet zeigen sich die Befragten in der vorliegenden Studie überwiegend zufrieden mit ihrem behandelnden Arzt. Die Zufriedenheit mit der Einbindung in Entscheidungsprozesse ist jedoch niedriger als die Zufriedenheit in den übrigen Dimensionen. Hieraus wird sehr deutlich, dass sich die Befragten wünschen, in stärkerem Maße in medizinische Entscheidungen eingebunden zu werden. Dies bestätigt sich noch einmal bei der Auswertung des ZAP auf Ebene der Einzel-Items. Hier ist sowohl der Anteil der Antwortausfälle („Weiß nicht/keine Angabe“) als auch der Anteil der weniger Zufriedenen deutlich höher als in den übrigen Bereichen. Die Befunde, dass 22 % der Befragten angeben, dass sie selten oder nie danach gefragt werden, welche Therapiemöglichkeiten sie bevorzugen oder 14 % selten oder nie in dem Maß in Entscheidungen eingebunden werden, wie sie es sich wünschen, zeigen ein deutliches Optimierungspotenzial auf.

Weiteres Verbesserungspotenzial zeigt sich im Bereich der Information. Die Zufriedenheit bei den Fragen „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?“ und „Wie zufrieden sind Sie in Bezug auf die Information über die Wirkung der verordneten Medikamente?“ ist deutlich geringer als bei den übrigen Fragen.

### 4.3 Ergebnisse des KKG

Auf Einzel-Item-Ebene zeigen die Fragen des KKG keine besonderen Auffälligkeiten. Betrachtet man die Skalen des KKG (Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit), so zeigen sich auf den Skalen fatalistische und soziale Externalität höhere Werte als im Manual. Für den Befund, dass die Befragten der vorliegenden Studie beim Vergleich mit dem Manual höhere Werte als die Gesunden aufweisen, gibt es zwei mögliche Erklärungen: Zum einen sind die Werte aus dem Manual aus dem Jahr 1989 und enthalten Daten von Erwachsenen und Jugendlichen. Zum anderen handelt es sich bei den Befragten der vorliegenden Studie nicht nur um Gesunde, 43 % der Befragten gaben an, aufgrund einer chronischen Erkrankung regelmäßig in ärztlicher Behandlung zu sein.

Es finden sich signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Befragten, zwischen Chronikern und Nicht-Chronikern sowie zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen. Zu Dimensionen der Patientenzufriedenheit (ZAP) besteht kein statistischer Zusammenhang, d. h. die Kontrollüberzeugung eines Patienten scheint keinen Einfluss auf seine Zufriedenheit zu haben.

#### 4.4 Ergebnisse der Clusteranalyse

Im Rahmen einer Clusteranalyse wurde untersucht, ob es bei den Befragten bestimmte Zufriedenheitstypen gibt. Alle analysierten Modelle zur Clusterung bezüglich Zufriedenheit zeichneten sich durch mäßige bis schlechte Modellgüte aus. Soziodemographische Variablen zeigten bei der Bildung von distinkten Gruppen deutlich bessere Eigenschaften als die Skalen des ZAP oder KKG. Auf Basis der vorliegenden Daten lassen sich daher keine Zufriedenheitstypen bilden.

#### 4.5 Ergebnisse der Regressionsanalyse

Im letzten Auswertungsschritt wurde geschaut, welche Faktoren die Gesamtzufriedenheit der Befragten bestimmen. Im Regressionsmodell zeigt sich, dass die ZAP-Skalen Interaktion und Einbindung in Entscheidungsprozesse die höchste Erklärungskraft besitzen. Hieraus wird deutlich, dass es für Ärzte durchaus möglich ist, die Zufriedenheit ihrer Patienten zu beeinflussen und zu verbessern. Neben einer verstärkten

Einbeziehung in medizinische Entscheidungsprozesse ist die Interaktion zwischen Arzt und Patient von entscheidender Bedeutung für die Gesamtzufriedenheit. Gerade an Aspekten der Interaktion (Verständnis, Einfühlungsvermögen, Zuspruch und Unterstützung etc.), aber auch an der Einbindung seiner Patienten in Entscheidungen kann der Arzt gezielt arbeiten, um so die Gesamtzufriedenheit seiner Patienten zu verbessern.

#### 4.6 Fazit

In der vorliegenden Studie konnte gezeigt werden, dass sich die eingesetzten Fragebögen bedenkenlos auch für Telefoninterviews eignen. Insgesamt zeichnet sich in den Ergebnissen eine erfreulich hohe Zufriedenheit der Patienten ab. Dennoch gibt es Optimierungspotenzial in den Bereichen Interaktion, Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung. Diese Themen werden in einer Reihe von TK-Projekten bereits jetzt bearbeitet. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist es der TK ein Anliegen, diese Angebote fortzuführen und weiter auszubauen. ■

## Literatur

- 1 **Sawicki PT** | Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ein randomisierter simultaner Sechs-Länder – Vergleich aus Patientensicht. Medizinische Klinik 2005 Nov 15;100(11):755-68.
- 2 **Bitzer EM, Dierks M-L, Schwartz F-W** | ZAP Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive. Handanweisung. Medizinische Hochschule Hannover 2002. [http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten\\_und\\_Konsumenten/downloads/zap\\_manual\\_2002.pdf](http://www.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/zap_manual_2002.pdf).
- 3 **Lohaus A, Schmitt GM** | Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe 1989.
- 4 **Ohne Verfasser** | Statistisches Bundesamt. <http://www.destatis.de>, 2010.
- 5 **Glatzer W, Zapf W (Hrsg.)** | Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt, New York: Campus Verlag 1984.
- 6 **Lienert GA** | Testaufbau und Testanalyse. Weinheim, Berlin, Basel: Beltz 1969.





WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT  
DER TK FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ  
IM GESUNDHEITSWESEN