



Konzeptualisierung und Operationalisierung von Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und Hausärzten

Bernhard Guetz

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Abstract

In der vorliegenden Arbeit werden verschiedene einflussnehmende Faktoren der Patientenzufriedenheit definiert und unterschiedliche Methoden der Patientenzufriedenheitserhebung dargelegt, wobei der Themenbereich durch umfassende Literatur- und Quellenanalyse übersichtlich aufbereitet wird.

Die Darstellung von Patientenzufriedenheit als eigenständiges Zufriedenheitskonstrukt, neben individueller Zufriedenheit und Kundenzufriedenheit, begründet sich dadurch, dass das Verhältnis zwischen Ärztinnen / Ärzten und Patientinnen / Patienten nicht mit einem reinen Konsumerlebnis und nur am Rande mit einem Dienstleistungsprozedere vergleichbar ist.

Im Bereich der Faktorbestimmung der Patientenzufriedenheit sind häufig Modelle mit drei Überkategorien zu finden, wobei in der Regel nur eine dieser Kategorien durch die Hausärztin / den Hausarzt beeinflussbare Faktoren oder Faktorenbündel enthält. Die Definition der beeinflussbaren Patientenzufriedenheitskategorien kann je nach gewähltem Forschungsschwerpunkt sehr unterschiedlich ausfallen. Häufig genannte und untersuchte Zufriedenheitsdimensionen in dieser Hinsicht sind die empfundenen Methoden- und Fachkenntnisse der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes, die Freundlichkeit des Praxispersonals, die verbale Kommunikation und andere zwischenmenschliche Aspekte. Im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung kann grundsätzlich zwischen Methoden der Befragung, Methoden der Beobachtung, experimentellen Forschungsdesigns und dem Einsatz von Onlinere Ressourcen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit unterschieden werden. Obwohl nicht jede Erhebungsmethode in jedem Kontext eingesetzt werden kann bzw. sollte, wird durch den Einsatz bestimmter Methoden die Untersuchung expliziter Forschungsschwerpunkte begünstigt.

Die gesammelten Ergebnisse zeigen, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Erhebungsmethoden im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung mit Hausärztinnen und -ärzten vorteilhaft eingesetzt werden kann, wobei die einflussnehmenden Faktoren, wenn auch unterschiedlich stark ausgeprägt, häufig fachliche und zwischenmenschliche Merkmale beinhalten.

Keywords: Patientenzufriedenheit, Kundenzufriedenheit, Zufriedenheitsmessung, Arzt-Patienten-Beziehung

1. Einleitung und Problemstellung

Die Bedeutung der empfundenen Patientenzufriedenheit hat in jüngster Vergangenheit aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten stark zugenommen. Diese Entwicklung lässt sich grundsätzlich auf zwei gesellschaftliche Phänomene zurückführen.¹ Einerseits hat sich die Rolle von Ärztinnen und Ärzten wie auch Patientinnen und Patienten seit Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts stark verändert,² andererseits sieht sich auch das moderne Gesundheitswesen mit erheblicher wirtschaftlicher Belastung kon-

frontiert.³

Darüber hinaus haben insbesondere die Entwicklungen des Onlinesektors zu einer Reihe von Veränderungen bzgl. des Patientenverhaltens geführt. So ist es nicht nur üblich geworden, bei auftretenden Krankheitssymptomen online nach Diagnosen zu suchen, auch bei der Wahl der Hausärztin / des Hausarztes vertrauen immer mehr Patientinnen und Patienten auf Ratschläge und Meinungen aus sozialen Medien und Ärztebewertungsportalen.⁴ Diese Tendenz hat auch erheblichen Einfluss auf die Positionierung von Ärztinnen und Ärzten, da den Aussagen von Konsumentinnen und Konsu-

¹Vgl. Dampz et al. (2012), S. 8.

²Vgl. Kaba und Sooriakumaran (2007), S. 60.

³Vgl. Dampz et al. (2012), S. 8.

⁴Vgl. Paul et al. (2013), S. 1.

menten häufig größeres Vertrauen zugesprochen wird als institutionellen Veröffentlichungen oder Werbebotschaften. In diesem Zusammenhang ist es für den wirtschaftlichen Erfolg unumgänglich, Patientinnen und Patienten langfristig zufriedenzustellen.⁵

Zufriedene Patientinnen und Patienten wiederholen in der Regel ihre positiven Erfahrungen und legen diese auch anderen nahe. Infolgedessen hat auch die Erhebung der Patientenzufriedenheit an Bedeutung gewonnen, da zufriedene Patientinnen und Patienten eine Grundvoraussetzung für dauerhaftes ökonomisches Durchsetzungsvermögen von Arztpraxen darstellen.⁶ Vor diesem Hintergrund haben Patientenzufriedenheitsstudien in den vergangenen 20 Jahren deutlich an Einfluss gewonnen und sind damit zur zentralen Quelle für die effektive Entwicklung qualitätsverbessernder Maßnahmen im Gesundheitswesen avanciert.⁷

Angesichts der Fülle an Literatur und Untersuchungen hinsichtlich Patientenzufriedenheit wurden verschiedenste Modelle und Messverfahren entwickelt, welche nicht immer zu vergleichbaren Ergebnissen führen. Überdies werden die einzelnen Zufriedenheitsdimensionen häufig unterschiedlich definiert. Dieser Umstand erschwert unter anderem die Vergleichbarkeit und die Messung der Qualitätskriterien sowie die Darstellung zeitgemäßer Modelle und Konzepte im Bereich der Patientenzufriedenheit.

1.1. Zielsetzung

Die Arbeit verfolgt das Ziel, den prozessualen Ablauf der Untersuchung von Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten darzustellen. Diese Charakterisierung soll durch die Beschreibung von logisch aufeinander aufbauenden Prozessschritten erreicht werden. Hierzu sollen im ersten Schritt unterschiedliche Einflussfaktoren auf die subjektiv empfundene Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten definiert und kategorisiert werden. Danach soll untersucht werden, aus welchen Kategorien sich die identifizierten Faktorbündel zusammensetzen. Um diesen Anspruch zu erfüllen, soll dargestellt werden, welche Skalen in der Vergangenheit im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung verwendet wurden und welche Faktorkategorien diese messen bzw. aus welchen Zufriedenheitsdimensionen sich diese zusammensetzen. Ferner soll beispielhaft dargestellt werden, welche Messverfahren in der Vergangenheit angewandt wurden um die Ausprägung der jeweiligen Zufriedenheitsdimensionen zu bestimmen.

Vordergründig soll demnach dargelegt werden, wie Patientenzufriedenheit in der Fachliteratur kategorisiert wird und welche Skalen entwickelt wurden, um Patientenzufriedenheit zu messen. Des Weiteren soll elaboriert werden, welche Methoden sich zur Messung der Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten eignen, wie jene Methoden angewendet werden bzw. in der Vergangenheit angewandt

wurden und welche Faktoren in dieser Hinsicht die subjektiv empfundene Zufriedenheit aus Patientinnen- und Patientensicht beeinflussen.

Ziel der Arbeit ist die Herstellung einer Grundlage zur Durchführung eigener praktischer oder theoretischer Patientenzufriedenheitserhebungen, mit klarem Fokus auf die Erhebungsphase.

1.2. Aufbau der Arbeit und Darstellung der Vorgehensweise

Zu Beginn der Arbeit wird auf begriffliche und konzeptionelle Grundlagen in der Sphäre der Patientenzufriedenheit eingegangen. So werden die Begriffe Zufriedenheit, Kundenzufriedenheit und Patientenzufriedenheit definiert und hinsichtlich Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufbereitet. Danach wird näher auf Konzepte und Modelle eingegangen, welche sich mit der Entwicklung von Kunden- und Patientenzufriedenheit auseinandersetzen. Um den Behandlungsprozess von anderen Dienstleistungsverhältnissen abzugrenzen, bilden den Kapitelabschluss Überlegungen hinsichtlich der Besonderheiten innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung.

Im nächsten Kapitel, Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit, werden unterschiedliche Ansätze der Kategorisierung von Patientenzufriedenheit abgebildet. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, da auch bei der Durchführung eigener Patientenzufriedenheitserhebungen der erste logische Schritt darin besteht, vorhandene Quellen, welche sich mit dem jeweiligen Themenbereich auseinandersetzen, hinsichtlich Inhalt, Aktualität und Passgenauigkeit zu untersuchen. Zu diesem Zweck werden drei verschiedene Modelle zur Grobkategorisierung von Patientenzufriedenheit dargestellt und analysiert, aus welchen Faktoren sich die einzelnen Zufriedenheitskategorien zusammensetzen. Kapitelabschließend wird präzisiert, welche, durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt beeinflussbaren, Patientenzufriedenheitsfaktoren häufig genannt und untersucht werden und welche Methoden angewandt wurden, um diese zu erforschen.

Danach werden verschiedene Skalen zur Messung von Patientenzufriedenheit untersucht und vorgestellt, wobei hier internationale bzw. multinationale und deutschsprachige Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit voneinander abgegrenzt sind. Wie zu Beginn des Kapitels beschrieben, entstehen durch die Untersuchung vorhandener Messskalen zwei vorteilhafte Ausprägungen. Einerseits kann die vorhandene Skala unter Umständen verwendet werden, um die eigene Erhebung durchzuführen, andererseits kann die Orientierung an vorhandenen Skalen dabei helfen, eigene Erhebungsinstrumente zu entwickeln. Darüber hinaus wird durch die Untersuchung vorhandener Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit deutlich, welche Zufriedenheitsdimensionen diese messen bzw. welche Faktorkategorien diese bündeln. Insgesamt werden fünf internationale bzw. multinationale und zwei deutschsprachige Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit vorgestellt, wobei sich die Kategorisierung ausschließlich auf die Ursprungsentwicklungssprache bezieht. Ausgewählte internationale bzw. multinationale Skalen sind durchaus auch in einer deutschen

⁵Vgl. Solomon (2013), S. 435 ff.

⁶Vgl. Geierhos et al. (2015), S. 3 f.

⁷Vgl. Al-Abri und Al-Balushi (2014), S. 3.

Version erhältlich und eine der deutschsprachigen Skalen wurde auch zur Erhebung der Patientenzufriedenheit in anderen Sprachräumen verwendet. Die Abgrenzung der beiden Kategorien wurde gewählt, da durch die Such- und Auswahlmethode internationale Skalen begünstigt wurden und dadurch die in deutscher Sprache entwickelten Skalen innerhalb der Arbeit unterrepräsentiert gewesen wären. Im Resümee werden die identifizierten Faktorkategorien den Dienstleistungsdimensionen, Potentialdimensionen, Prozessdimensionen oder Ergebnisdimensionen zugeordnet und die unterschiedlichen internationalen und deutschsprachigen Skalen übersichtlich gegenübergestellt.

Abschließend wird näher auf ausgewählte Methoden zur Erhebung der subjektiv empfundenen Patientenzufriedenheit eingegangen. Im Bereich der qualitativen Befragungsmethoden werden Tiefeninterview, Gruppendiskussion und Critical Incident Technique sowie Beschwerde- und Vorschlagssysteme als Instrumente qualitativer Patientenzufriedenheitserhebungen dargestellt. Den Bereich der quantitativen Befragungsmethoden bilden innerhalb der Arbeit die standardisierten Erhebungsformen der mündlichen, schriftlichen und telefonischen Befragung sowie die Onlinebefragung. Ferner wird auch näher auf die Erhebungsmethode der Beobachtung sowie experimentelle Forschungsdesigns und Verwendung von Onlineressourcen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit eingegangen. Darüber hinaus wird den vorgestellten Erhebungsmethoden jeweils zumindest ein praktisches Beispiel zugeordnet, in welchem die jeweilige Methode angewandt wurde, um die Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten zu messen. Durch die Verbindung von Theorie und Praxis innerhalb des Kapitels soll eine umfassende Übersicht über Möglichkeiten der Patientenzufriedenheitsmessung gegeben werden, aus welcher, je nach jeweiligem Erkenntnisinteresse, eine oder mehrere passende Erhebungsmethoden ausgewählt werden können.

Bei der Auswahl der einzelnen Kapitelinhalte wurde quellen- und literaturuntersuchend vorgegangen. Anmerkungen zur diesbezüglichen Such- und Auswahlstrategie sind im Anhang ab Seite 101 zu finden.

2. Begriffliche und konzeptionelle Grundlagen

Im Folgenden werden begriffliche und konzeptionelle Grundlagen ausgeführt, welche für das Verständnis des Konstruktes der Patientenzufriedenheit, des Entstehungsprozesses von Patientenzufriedenheit und der Besonderheiten innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung bedeutsam sind. Dazu werden zuerst die Begriffe Zufriedenheit, Kundenzufriedenheit und Patientenzufriedenheit definiert und voneinander abgegrenzt. Danach wird zur Charakterisierung der Entstehung von Patientenzufriedenheit das Confirmation / Disconfirmation Paradigma und zur Konzeption der Faktorstruktur der Patientenzufriedenheit das Kano-Modell dargestellt. Abschließend sollen Überlegungen bzgl. des zwischenmenschlichen Verhältnisses von Ärztinnen / Ärzten und Patientinnen / Patienten dabei helfen, die besondere Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung zu spezifizieren sowie Unterschiede

und Gleichartigkeiten zu anderen (Geschäfts-) Beziehungen aufzudecken.

2.1. Zufriedenheit

Zufriedenheit beschreibt einen mentalen Faktor des Wohlbefindens, welcher durch die positive Beurteilung von Gegebenheiten entsteht. Die Beurteilung wiederum entwickelt sich durch einen Vergleich der gegenwärtigen Situation mit subjektiven Vorsätzen und Erwartungen.⁸ Dementsprechend spezifiziert Zufriedenheit eine psychologische Gegebenheit, von welcher Individuen eine stärker oder schwächer ausgeprägte, aber dennoch nicht direkt vergleichbare Anschauung haben. Allen Vorstellungen gemein ist jedoch, dass der Begriff Zufriedenheit in gewissem Maße als wünschenswerter Zustand verstanden wird, welcher mit Erfüllung und Genugtuung, Genuss und Vergnügen verbunden ist.⁹ Als Folge dessen definiert Zufriedenheit das Ergebnis der Beurteilung von Gegebenheiten und Sachverhalten, Individuen und Charakteren sowie materiellen und immateriellen Symbolen, Entitäten und Gegenständen, wobei die Beurteilung positiv, negativ oder neutral ausfallen kann. Elemente mit positiver oder negativer Priorisierung sind hierbei mit einer gewissen Wertigkeit behaftet. Im Gegensatz dazu gelten neutral beurteilte Komponenten als nicht wertrelevant, da neutrale Evaluationen Indifferenz ausdrücken.¹⁰ Den stärksten Einfluss auf die subjektiv empfundene Zufriedenheit hat die spezifische Persönlichkeit, obwohl Situationen und Lebensumstände in manchen Fällen auch einen erheblichen Einfluss ausüben können. Darüber hinaus kann sich die Persönlichkeit und damit verbunden das Beurteilungsschema der subjektiven Zufriedenheit im Laufe der Zeit verändern.¹¹

Zusammenfassend kann daraus geschlossen werden, dass es sich beim Konstrukt der Zufriedenheit um einen mental-emotionalen Effekt handelt, welcher seinen Ursprung in der Bewertung von Sachverhalten hat.¹²

2.1.1. Kundenzufriedenheit

In der ökonomischen Verhaltenstheorie wird Zufriedenheit als theoretisches Gebilde wahrgenommen, um das Konsum- und Auskunftsverhalten von Verbrauchern zu konkretisieren. Diese Betrachtungsweise kann grundsätzlich drei unterschiedliche Ausprägungen annehmen. Zufriedenheit kann als Konsequenz einer mentalen Gegenüberstellung von prognostizierter und eingetretener Bedarfsbefriedigung, von prognostizierten und real erfassten Attributmerkmalen eines Produktes bzw. einer Leistung oder von optimalen und real erfassten Attributmerkmalen eines Produktes bzw. einer Leistung verstanden werden. Die Beurteilung bezieht sich auf vollständige Systeme (z.B. Organisationen) oder individuelle Leistungen von Unternehmen.¹³

⁸Vgl. Mayring (1991), S. 2007.

⁹Vgl. Scharnbacher und G. (2003), S. 5.

¹⁰Vgl. Ipsen (1978), S. 45.

¹¹Vgl. Richard und Diener (2009), S. 75.

¹²Vgl. Scharnbacher und G. (2003), S. 5.

¹³Vgl. Kirchgorg (o.J.), o.S.

Im Rahmen von nutzbringenden Tauschgeschäften mündet dementsprechend Zufriedenheit oder Unzufriedenheit in einem mental-emotionalen Effekt, welcher von der Kundin / vom Kunden ausgehend eine unternehmerische Leistung bewertet.¹⁴ Unter Kundenzufriedenheit wird folglich ein variables Gefühlsgeflecht eines oder einer Reihe von Kundinnen / Kunden verstanden, welches durch die Gegenüberstellung von vorausgesetztem Nutzen vor dem Erwerb einer Ware (bzw. Bezug einer Leistung) und dem faktischen Nutzen nach dem Erwerb entsteht. Der Nutzen einer Ware oder einer Leistung umfasst hierbei unterschiedliche Kriterien, wie bspw. Leistungsmerkmale, Rentabilität, Zeitrressourcenersparnis, Schönheit, Prestige oder Wohlbehagen.¹⁵

Zusammenfassend wird unter Kundenzufriedenheit die Konsequenz eines Standpunktes bzw. einer Gegenüberstellung von prognostizierter und erhaltener Leistung verstanden. Die Kundenforderungen werden hierbei von persönlichen Ambitionen, Angebotskenntnissen, Optionen und Auswahlmöglichkeiten im Markt sowie durch das Ansehen der Anbieterin / des Anbieters beeinflusst.¹⁶

Das Interesse an der Messung der Kundenzufriedenheit hat in der Vergangenheit kontinuierlich zugenommen. Dieser Umstand ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass mehrfach belegt werden konnte, dass erhöhte Kundenzufriedenheit den nachhaltigen Unternehmenserfolg sichert.¹⁷

2.1.2. Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheit beschreibt eine Komponente des Gesundheitszustandes und gilt als elementarer Bestandteil der qualitativen Bewertung von medizinischen Leistungen.¹⁸ Obwohl dem Begriff Patientenzufriedenheit keine einheitliche Definition zugrunde liegt,¹⁹ wird zumindest das Konzept der Patientenzufriedenheit durch einen Vergleichsprozess von erwarteter und erhaltener Leistung definiert.²⁰ Patientenzufriedenheit kann demnach als persönliche Wahrnehmung einer Gesundheitseinrichtung durch die Patientin / den Patienten betrachtet werden. Hierbei wird nicht nur das Niveau der Schlüsselperformanz, der ärztlichen Behandlung, sondern auch die Gesamterfahrung des Einrichtungsbesuches in die Bewertung miteinbezogen.²¹

Patientenzufriedenheit kann als Bewertungsprozess der Erwartungserfüllung verstanden werden, wobei die Erwartungen an den Gesundheitsbereich viel stärker an Wünsche und Vorstellungen gebunden sind als bspw. die Erwartungen an den Einzelhandelsbereich. Diese Gegebenheit findet ihre Begründung hauptsächlich darin, dass der Gesundheitsbereich mental komplexer wahrgenommen wird als andere Bereiche und daher die Einzelkomponentenerwartung nicht

so stark ausgeprägt ist.²² Während die positive Patientenzufriedenheitsbewertung also individuell gebildet wird und dadurch beinahe unbegrenzte Faktoren und Komponenten beinhalten kann, entsteht negative Patientenzufriedenheit im Allgemeinen nur unter zwei voneinander abweichenden Voraussetzungen. Einerseits durch eine Begebenheit, die nicht entstehen hätte sollen, andererseits durch einen prognostizierten Zustand, welcher nicht eingetreten ist.²³

Obwohl sich die Rolle der Patientin / des Patienten als Individuum in der Vergangenheit stark verändert hat und diese / dieser im Gesundheitswesen immer stärker als Kundin / Kunde wahrgenommen wird,²⁴ kann nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei Patientenzufriedenheit um das gänzlich gleiche Konstrukt handelt wie bei Kundenzufriedenheit.²⁵ Patientinnen und Patienten können nicht als bloße Konsumentinnen und Konsumenten von Gesundheitsleistungen betrachtet werden, da diese zumeist mittelbar oder unmittelbar an der gesundheitlichen Wertschöpfung beteiligt sind. Das bedeutet, dass Patientinnen und Patienten einen deutlich stärkeren Einfluss auf das positive oder negative Behandlungsergebnis haben als Kundinnen und Kunden anderer Sektoren. Als Folge dessen ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der wahrgenommenen Leistung direkt oder indirekt durch die Patientin / den Patienten selbst beeinflusst wird.²⁶ Ferner sind bspw. erheblich erkrankte Patientinnen und Patienten in ihrer autonomen Kundenstellung eingeschränkt und oft auch nicht mehr fähig, ihre individuelle Zufriedenheit zu beurteilen.²⁷ Des Weiteren ist der Beginn und der Ausgang einer ärztlichen Behandlung für Patientinnen und Patienten nicht immer frei wählbar und im Notfall haben sie weder Einfluss auf den Behandlungsort noch auf die Behandlungssituation.²⁸ Da sich die Kundenzufriedenheit in der Beurteilung einer Ware oder Dienstleistung ausdrückt²⁹ und dieses Beurteilungsschema in gewisser Weise auch auf die Patientenzufriedenheit übertragbar erscheint,³⁰ ist jedoch davon auszugehen, dass es sich bei Patientenzufriedenheit um ein abgewandeltes Konzept der Kundenzufriedenheit handelt.³¹ Das bedeutet, dass Patientenerwartungen, welche in ausreichendem Ausmaß erfüllt werden, die subjektiv empfundene Zufriedenheit erhöhen, was mittelfristig nachweislich auch zu elaborierten Behandlungsergebnissen führt. Dementsprechend resultieren Patientenzufriedenheit und Patientenbindung in dem von der Patientin / vom Patienten empfundenen Praxis- und Behandlungsniveau.³²

Patientenzufriedenheit ist die Konsequenz einer Gegenüberstellung von erwarteter und erhaltener Leistung.³³ Die

¹⁴Vgl. Scharnbacher und G. (2003), S. 5.

¹⁵Vgl. Schneider et al. (2008), S. 177.

¹⁶Vgl. Karner (2004), S. 619.

¹⁷Vgl. Homburg und Bucerius (2006), S. 55.

¹⁸Vgl. Donabedian (1988), S. 1746.

¹⁹Vgl. Al-Abri und Al-Balushi (2014), S. 3.

²⁰Vgl. Sitzia und Wood (1997), S. 1840.

²¹Vgl. Thill (2008), S. 3.

²²Vgl. Williams (1994), S. 509 f.

²³Vgl. Wüthrich-Schneider (2000a), S. 1046.

²⁴Vgl. Neugebauer und Porst (2001), S. 1.

²⁵Vgl. Wengle (2000), S. 2440.

²⁶Vgl. Frodl (2011), S. 124.

²⁷Vgl. Rogler (2009), S. 1009.

²⁸Vgl. Kick (2006), S. A1207.

²⁹Vgl. Stauss und Seidel (2014), S. 59.

³⁰Vgl. Neugebauer und Porst (2001), S. 1.

³¹Vgl. Wengle (2000), S. 2440.

³²Vgl. Theis (2007), S. 8.

³³Vgl. Williams (1994), S. 509 f.

Erwartung selbst bildet sich hierbei subjektiv individuell und wird durch eine Vielzahl von Faktoren wie bspw. vorherigen Erfahrungen, Umwelt- und Umgebungseinflüssen oder Wünschen beeinflusst.³⁴ Auch soziodemografische Faktoren, persönliche Informationsmöglichkeiten (z.B. digitale oder verbale Empfehlungen) oder individuelle Bedürfnisse können die gebildete Erwartungshaltung nachhaltig beeinflussen.³⁵ Vor diesem Hintergrund kann einerseits festgestellt werden, dass die individuelle Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten dazu führt, dass Einflüsse, welche bei einer Person Zufriedenheit auslösen, bei einer anderen Person zu Unzufriedenheit führen können. Andererseits kann argumentiert werden, dass Erwartungen sich je nach Situation im Zeitverlauf verändern.³⁶ Insbesondere im medizinischen Bereich ist die Erwartungshaltung von Patientinnen und Patienten elementar, da diese, erheblichen Einfluss auf den Genesungserfolg ausüben kann.³⁷ Aus diesem Grund ist es unumgänglich, die Patientenerwartungen zu erkennen und in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen, um nachhaltige Behandlungserfolge zu erzielen.³⁸

Ein Problemfeld in diesem Zusammenhang kann durch unrealistische Patientenerwartungen, welche durch fehlende oder fehlerhafte Informationen, Perspektiven oder Interpretationen hervorgerufen werden, entstehen. Diese mindern in der Regel den Behandlungserfolg und führen häufig zu Unzufriedenheit.³⁹ Je höher hingegen der Grad an Informationen, Perspektiven oder Interpretationen ist, desto eher nähert sich die Patientenerwartung dem realistisch durchführbaren Behandlungsprozess. Begünstigt wird die realistische Patientenerwartung infolgedessen durch umfassende Informationsmöglichkeiten, verständliche Diagnosen, realistische Prognosen und universelle Aufklärung über die Wirkung von Medikamenten.⁴⁰

Ein weiteres einflussnehmendes Kriterium auf die Patientenzufriedenheit ist die persönliche Präferenz. In der ökonomischen Verhaltenstheorie wird unter Präferenz die persönliche Beurteilung eines Güterbündels A gegenüber eines Güterbündels B hinsichtlich des zu erwartenden Grades an Bedürfnisbefriedigung verstanden. Die Präferenzen eines ökonomischen Elementes beschreiben demnach das Resultat eines Beurteilungs- und Begutachtungsvorganges, welches unter Miteinbeziehung von suffizientem, subjektivem Wissen gebildet wird und innerhalb einer gewissen Zeitspanne bestehen bleibt.⁴¹

Auch die Präferenzen von Patientinnen und Patienten bilden sich individuell und variieren im Zeitverlauf. Einfluss auf die Entstehung von Präferenzen haben wiederum soziodemografische Faktoren, wobei Kriterien, wie bspw. die soziale Schicht, die Entwicklung von Präferenzen stark beein-

flussen. Da niedergelassene Ärztinnen und Ärzte im Gegensatz zu jenen in öffentlichen oder privaten Kliniken häufiger in Kontakt mit denselben Patientinnen und Patienten treten, wird insbesondere von dieser Berufsgruppe erwartet, dass die jeweiligen Patientenpräferenzen erkannt, verstanden und innerhalb des Behandlungsprozesses berücksichtigt werden.⁴²

Die Kenntnis der Präferenzen der Patientinnen und Patienten verringert einerseits die mit der Behandlung verbundenen Risiken durch umfassendere operable Behandlungsmöglichkeiten, hat sich aber andererseits auch zur Forderung der Patientinnen und Patienten gegenüber Ärztinnen und Ärzten entwickelt.⁴³ Der stärkere Fokus auf die Patientenpräferenzen zeigt sich auch in der Verschiebung von der paternalistischen Medizin zur Patientenpartnerschaft, bei welcher sich Ärztin / Arzt und Patientin / Patient auf Augenhöhe begegnen. Obwohl es grundsätzliche Unterstützung für den Miteinbezug von Patientenpräferenzen gibt, sind noch viele Umsetzungsschritte erforderlich, um die Wünsche und Vorlieben von Patientinnen und Patienten generell in das Zentrum des Behandlungsprozesses zu rücken und damit umfassende patientenorientierte Pflege sicherzustellen.⁴⁴

2.2. Entwicklung von Kunden- und Patientenzufriedenheit

Der Entwicklungsprozess der Patientenzufriedenheit unterliegt einer Vielzahl an Charakterisierungsversuchen. Ein in dieser Hinsicht häufig angewandtes Modell ist das Confirmation / Disconfirmation Paradigma (C/D-Paradigma).⁴⁵ Das C/D-Paradigma definiert das Basiskonzept zur Darstellung des Entstehungsprozesses von Kundenzufriedenheit und ist durch eine Vielzahl psychologischer Schemata, welche ausführliche theoretische Ansätze zur exakten Definition individueller Faktoren des Konzeptes bieten, fundiert. Als Beispiel kann hier die Assimilations-Kontrast-Theorie herangezogen werden, welche beschreibt, wie der Niveauunterschied von prognostizierter und wahrgenommener Leistung im Nachhinein angepasst wird.⁴⁶

Um die Struktur der einflussnehmenden Patientenzufriedenheitsfaktoren näher zu bestimmen, hat sich hingegen das Kano-Modell durchgesetzt,⁴⁷ welches auch bei der Bestimmung der Faktorstruktur der Kundenzufriedenheit häufig Anwendung findet. Das Kano-Modell beruht, wie auch schon das C/D-Paradigma, auf theoretischen psychologischen Ansätzen, welche größtenteils als anerkannt gelten. Zu nennen wäre hier die Mehrfaktorentheorie der Kundenzufriedenheit, welche versucht, Zufriedenheit als Ergebnis der Bewertung unterschiedlicher Faktoren darzustellen.⁴⁸

2.2.1. Confirmation / Disconfirmation Paradigma

Wie Abbildung 1 grafisch darstellt, entwickelt sich nach diesem Modell Zufriedenheit unter der Voraussetzung, dass

³⁴Vgl. Crow et al. (2002), S. 8.

³⁵Vgl. Frodl (2011), S. 119 f.

³⁶Vgl. Crow et al. (2002), S. 11.

³⁷Vgl. Linde et al. (2007), S. 270.

³⁸Vgl. Tahir et al. (2012), S. 2025.

³⁹Vgl. K.P. (2004), S. 191.

⁴⁰Vgl. Bhana et al. (2015), S. 130 f.

⁴¹Vgl. Piekenbrock (o.J.), o.S.

⁴²Vgl. Lin et al. (2012), S. 55.

⁴³Vgl. Bowling und Ebrahim (2001), S. i2.

⁴⁴Vgl. Laidsaar-Powell et al. (2014), S. 104.

⁴⁵Vgl. Thompson und Yarnold (1995), S. 1061.

⁴⁶Vgl. Nerdinger et al. (2015), S. 131.

⁴⁷Vgl. C. und C. (2013), S. 246.

⁴⁸Vgl. Hölzing (2008), S. 77 ff.

eine Kundin / ein Kunde ihre / seine prognostizierten Erwartungen (Vergleichsstandard) ihren / seinen gegenwärtigen Produkterfahrungen (wahrgenommenes Leistungsniveau) gegenüberstellt.⁴⁹ Erfüllt das wahrgenommene Leistungsniveau den Vergleichsstandard, so werden die Erwartungen bestätigt. Dieser Vorgang führt dem Konzept entsprechend zu Konfirmation (Zufriedenheit).⁵⁰ Wird der Vergleichsstandard vom wahrgenommenen Leistungsniveau übertroffen, so werden auch die Erwartungen übertroffen, was zu positiver Diskonfirmation (hoher Zufriedenheit) führt.⁵¹ Dem gegenüber steht die negative Diskonfirmation (Unzufriedenheit), welche aus einem unterhalb des Vergleichsstandards wahrgenommenen Leistungsniveaus resultiert.⁵²

Obwohl sich das C/D-Paradigma im deutschen Sprachraum als Erklärungsmodell von Zufriedenheit durchgesetzt hat, muss unter bestimmten Voraussetzungen daran gezweifelt werden, dass es allgemeine Gültigkeit besitzt. Einerseits kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Erfüllung von negativ empfundenen Prognosen Zufriedenheit erzeugt. Es ist also anzunehmen, dass Kundinnen und Kunden, welche eine widrige Performanz erwarten und diese auch wahrnehmen, als Konsequenz der Bestätigung ihrer Erwartung nicht intuitiv zufrieden sind. Demnach würde das C/D-Paradigma nur für Kundinnen und Kunden gelten, welche im Vorfeld positive Prognosen anstellen. Andererseits kann sich der Abstand zwischen prognostizierter und wahrgenommener Leistung durch Erlebnisse und Kenntnisse der Kundinnen / Kunden im Zeitverlauf verringern. Im Fall von positiver Diskonfirmation würde dies dem Modell entsprechend bedeuten, dass sich die hohe Zufriedenheit der Zufriedenheit annähert – das Zufriedenheitslevel also nachhaltig sinkt. Dieser Erfahrungskurveneffekt führt jedoch nicht zwingend zu reduzierter Zufriedenheit.⁵³

Trotz der Kritikpunkte wird das C/D-Paradigma mehrheitlich als konzeptionelles Modell angewandt, um die Bestandteile eines Zufriedenheitsbewertungsprozesses grafisch darzustellen.⁵⁴ Unter anderem ist dies darauf zurückzuführen, dass sich das Modell zu einem nützlichen Hilfsinstrument zur Beeinflussung der Kundenzufriedenheit entwickelt hat. In diesem Zusammenhang lassen sich drei Ansatzpunkte ablesen. Einerseits kann die unternehmerische Leistungsqualität gesteigert werden, des Weiteren kann durch entsprechende Kommunikationsmaßnahmen das Qualitätsbewusstsein der Kundinnen und Kunden nachhaltig positiv beeinflusst werden und durch die Modellanwendung besteht die Möglichkeit, die Erwartungen der Kundinnen und Kunden selbst zu beeinflussen.⁵⁵

2.2.2. Das Kano-Modell

Das Kano-Modell bietet eine relativ einfache Möglichkeit, die Faktorstruktur der Entwicklung von Zufriedenheit grafisch darzustellen. Hierbei wird einerseits der Grad an Zufriedenheit bei der Betrachtung miteinbezogen, andererseits werden auch die einzelnen Faktoren innerhalb der Attribute Grundanforderung, Leistungsanforderung und Begeisterungseigenschaft gruppiert.⁵⁶

Grundanforderungen beinhalten jene Leistungseigenschaften, welche zu Unzufriedenheit führen, sollte die Prognose nicht mit der wahrgenommenen Leistung übereinstimmen. Wird die prognostizierte Leistung erreicht oder positiv übertroffen, führt dieser Umstand nicht zu Zufriedenheit, löst aber keine Unzufriedenheit aus. Unter Grundanforderungen sind demnach jene Voraussetzungen zu verstehen, welche für die Entwicklung von Zufriedenheit zwar erforderlich, jedoch alleine nicht ausreichend sind.⁵⁷

Im Zentrum des Bedürfniserfüllungsprozesses stehen die Leistungsanforderungen. Diese beschreiben die Kernleistung und damit einhergehende Begleitfaktoren. Mit steigendem Erfüllungsgrad steigt auch die Zufriedenheit. Im Umkehrschluss sinkt die Zufriedenheit bei unzureichender Erfüllung.⁵⁸

Im Gegensatz dazu mündet die Erfüllung bzw. das Übertreffen der erwarteten Leistung im Bereich der Begeisterungseigenschaften stets in hoher Zufriedenheit, während ein niedriges Leistungslevel innerhalb dieser Kategorie nicht zwingend zu Unzufriedenheit führt. Dieses Szenario kommt zustande, da Kundinnen und Kunden in Bezug auf Begeisterungseigenschaften in der Regel keine besonders hohen Erwartungen haben.⁵⁹ In Abbildung 2 sind die Komponenten des Kano-Modells zusammengefasst dargestellt.

Die Kategorisierung von Faktoren als Grund- oder Leistungsanforderung bzw. als Begeisterungsfaktoren steht im Zusammenhang mit der kundenspezifischen Einstellung und unterscheidet sich auch erheblich in Hinblick auf die Betrachtung unterschiedlicher Zielgruppen. Da sich die Kundeneinstellung im Zeitverlauf ändert, kann auch die diesbezügliche Kategorisierung von der Änderung betroffen sein. Faktoren, welche aktuell Begeisterung auslösen, können mittelfristig zu einem Bestandteil der Kernleistung avancieren und langfristig als Grundvoraussetzung gelten.⁶⁰

Obwohl das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit weitgehend Zuspruch findet, bestehen Kritikpunkte hinsichtlich der deduktiven Schlussfolgerung. Abgesehen davon wird das Modell aber sowohl in wissenschaftlicher als auch in praktischer Hinsicht als Instrument zur Identifikation der Zufriedenheitsfaktorstruktur anerkannt.⁶¹

⁴⁹Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 44.

⁵⁰Vgl. Töpfer (2008a), S. 50.

⁵¹Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 44.

⁵²Vgl. Homburg und Rudolph (1997), S. 38 f.

⁵³Vgl. Bartikowski (2002), S. 11.

⁵⁴Vgl. Bösemer (2015), S. 13.

⁵⁵Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 47.

⁵⁶Vgl. Oliver (2010), S. 158.

⁵⁷Vgl. Matzler et al. (2004), S. 19.

⁵⁸Vgl. Töpfer (2008c), S. 197.

⁵⁹Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 512.

⁶⁰Vgl. Matzler und Bailom (2004), S. 287.

⁶¹Vgl. Hölzing (2008), S. 203.

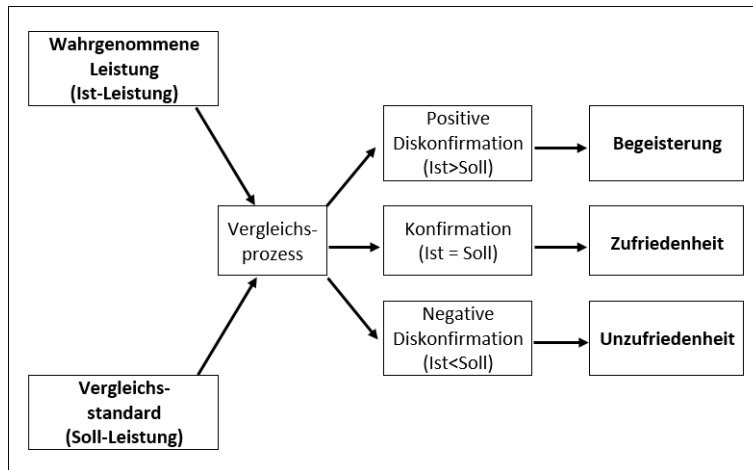


Abbildung 1: Modellkomponenten des C/D-Paradigmas; Quelle: In Anlehnung an , S. 53.

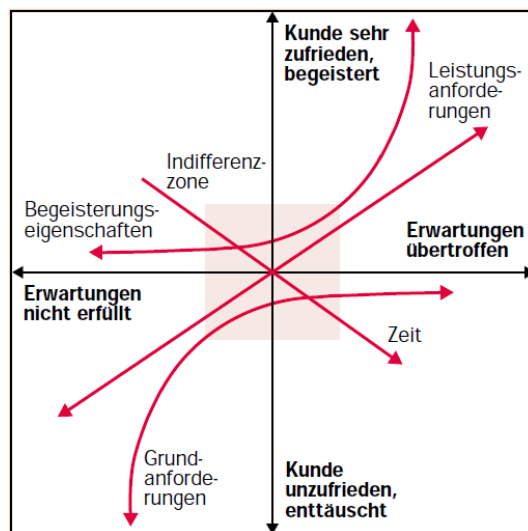


Abbildung 2: Das Kano-Modell der Kundenzufriedenheit; Quelle: Bailom et al. (1998), S. 48.

2.3. Besonderheiten in der Arzt-Patienten-Beziehung

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist eine der bedeutsamsten Kerngrößen in der Betrachtung gesundheitsspezifischer Leistungen und daher von hohem sozialwissenschaftlichen, ethnischen und ökonomischen Interesse.⁶² Die Leistungen, welche innerhalb der Arzt- Patienten-Beziehung erbracht werden, können hierbei in bestimmtem Umfang durchaus als Dienstleistungen verstanden werden und sind in der Regel auch durch deren Eigenschaften gekennzeichnet. Da die interne und externe körperliche und geistige Unversehrtheit für Patientinnen und Patienten einen sehr hohen Stellenwert einnimmt, in vielen Fällen sogar als lebensnotwendig angesehen wird, kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Dienstleistungen im Gesundheitsbereich vollkommen mit materiellen Dienstleistungen vergleichbar sind. Darüber hinaus bewegen sich Gesundheitsdienstleistungen innerhalb eines subjektiven Bezugsrahmens, wodurch die

Arzt-Patienten-Beziehung auch aus Patientinnen- und Patientensicht an Bedeutung gewinnt.⁶³

Ein maßgebliches Element in dieser Hinsicht ist die Ungleichmäßigkeit der Arzt-Patienten- Beziehung, welche besonders hinsichtlich der Informationsdiskrepanz deutlich wird. Das bedeutet, dass das Verhältnis zwischen Ärztinnen / Ärzten und Patientinnen / Patienten durch relativ hohe Wissens- und Kenntnisunterschiede gekennzeichnet ist. Diese Sichtweise hat grundsätzlich zwei Ausprägungen. Einerseits verfügt die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt im Regelfall über höhere Bereichs- und Methodenkompetenz im medizinischen Bereich, was dazu führt, dass Patientinnen und Patienten in gewisser Weise auf die medizinischen Fachkenntnisse der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes vertrauen müssen. Andererseits haben Patientinnen und Patienten einen Wissensvorsprung hinsichtlich des persönlichen Krankheitsbildes und der Symptome und wis-

⁶²Vgl. Bestmann und Verheyen (2010), S. 7.

⁶³Vgl. Mehmet (2011), S. 5.

sen häufig bereits aus Erfahrung, welche Behandlungs- und Therapiemethoden am ehesten erfolgsversprechend wirken. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist demnach dadurch gekennzeichnet, dass auf beiden Seiten Informations- und Kompetenzunterschiede bestehen, wobei die Ärztinnen und Ärzte den medizinischen Bereich besser beurteilen können und Patientinnen und Patienten Spezialisten im Bereich ihrer subjektiven Existenz sind.⁶⁴

Diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass Patientinnen und Patienten heutzutage keine reinen LeistungsempfängerInnen mehr sind, sondern häufig aktiv in den ärztlichen Entscheidungsprozess miteinbezogen werden, wobei der Beteiligungsgrad naturgemäß variiert. Dadurch wird auch das klassisch paternalistische Ärztebild, bei welchem Ärztinnen und Ärzte eine elterliche Rolle einnehmen, durch Behandlungspartnerschaft und ein wachsendes Maß an Patientenautonomie substituiert.⁶⁵ Durch diese Entwicklung gewinnt die Patientin / der Patient als Individuum an Bedeutung und traditionelle Rollenbilder werden durch neue Ansätze ersetzt. Aus diesem Grund werden Patientinnen und Patienten gegenwärtig häufig als LeistungsnutzerInnen oder Leistungskonsumentinnen und -konsumenten betrachtet.⁶⁶ Moderne Betrachtungsweisen fokussieren sich oftmals generell auf die ökonomische Sichtweise der Arzt-Patienten-Beziehung, bei welcher gewöhnlich die Arztpraxis als dienstleistendes Unternehmen in einer polypolistischen Marktwirtschaft dargestellt wird und die Patientin / der Patient als Kundin / Kunde in diesem vollkommenen Markt fungiert.⁶⁷ Untersuchungen in diesem Bereich haben allerdings gezeigt, dass die Rollendefinition von Patientinnen und Patienten durchaus kontextabhängig schwanken kann. So werden EmpfängerInnen von Gesundheitsleistungen je nach Situation und Behandlungsumfeld als Patientinnen / Patienten, NutzerInnen, Konsumentinnen / Konsumenten oder Kundinnen / Kunden betrachtet. Abgesehen von Extrem- bzw. Notfallsituationen hat die Rolle der Patientin / des Patienten innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung jedoch situationsunabhängig an Bedeutung gewonnen.⁶⁸

3. Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit

Patientenzufriedenheit mit der zur Verfügung stehenden ärztlichen Versorgung ist in vielerlei Hinsicht von großer Bedeutung. Aus diesem Grund ist es elementar, auftretende Problemfelder und Faktoren zeitgerecht zu identifizieren, um negativen Entwicklungen rechtzeitig entgegenwirken zu können.⁶⁹ Da Patientenzufriedenheit jedoch von einer Vielzahl mehr oder weniger komplexer Faktoren abhängig ist, kann sich die Identifikation jener Problembereiche unter Umstän-

den sehr anspruchsvoll gestalten.⁷⁰ Aus diesem Grund werden im Folgenden verschiedene Modelle zur Grobkategorisierung von Patientenzufriedenheit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dargestellt und unterschiedliche, beeinflussbare Patientenzufriedenheitsfaktoren erörtert.

3.1. Modelle zur Kategorisierung von Patientenzufriedenheit

Fan et al. unterscheiden in ihrer Studie aus dem Jahr 2005 patientenspezifische, anbieterspezifische und organisationale Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit.⁷¹ Diese Kategorisierung folgt auch dem Modell von Jackson et al., in welchem davon ausgegangen wird, dass Patientenzufriedenheit die Summe aus dem bewerteten Behandlungsergebnis, der wahrgenommenen Servicequalität, demografischen Aspekten und dem gesamten Behandlungsprozess darstellt.⁷² Unter patientenspezifischen Einflussfaktoren wird in diesem Zusammenhang die persönliche Patientenwahrnehmung,⁷³ aber auch sozioökonomische und demografische Aspekte wie das Geschlecht, das Alter, der Bildungsgrad, der Gesundheitsstatus oder die soziale Stellung verstanden.⁷⁴ Währenddessen umfassen anbieterspezifische Faktoren jene Elemente, welche die Hausärztin / den Hausarzt selbst betreffen und dementsprechend als direkt beeinflussbar gelten. Dazu zählen bspw. fachliche oder charakteristische Arzteigenschaften, das Praxispersonal, die Praxisausstattung, Komfort und Umgebungscharakteristika. Organisationale Faktoren definieren Fan et al. als Menge der Arztbesuche innerhalb von 12 Monaten und der geografischen Entfernung zur Arztpraxis und legen sich damit wiederum auf durch die Ärztin / den Arzt nicht oder nur schwer beeinflussbare Faktoren fest.⁷⁵ Die einzelnen Modellkomponenten sind in Abbildung 3 übersichtlich zusammengefasst.

Ein weiteres Modell zur Grobkategorisierung von Patientenzufriedenheit wurde im Zuge der QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) Studie erstellt. Die QUALICOPC Studie vergleicht Leistungen von europäischen Primärpflegesystemen in Bezug auf Qualität, Eigenkapital und Kostenstruktur.⁷⁶ Um eine umfassende Datenmenge zu gewährleisten, wurden insgesamt 31 Länder in Europa sowie Kanada, Israel und Australien untersucht, wobei die Untersuchungsgebiete außerhalb Europas selbstständig an der Untersuchung teilnahmen.⁷⁷ Insgesamt nahmen demnach 34 Länder an der QUALICOPC Studie teil, bei welcher als Querschnittsuntersuchung Daten von Hausärztinnen und -ärzten und deren Patientinnen und Patienten gesammelt wurden.⁷⁸ Schäfer et al. definieren innerhalb der QUALICOPC Studie die drei Hauptkategorien Systemlevel, Dienstleistungslevel und Patientenwahrnehmungslevel, wobei die

⁷⁰Vgl. Alberto Sánchez et al. (2014), S. 153.

⁷¹Vgl. Fan et al. (2005), S. 227 f.

⁷²Vgl. Jackson et al. (2001), S. 610.

⁷³Vgl. Fan et al. (2005), S. 227.

⁷⁴Vgl. Hekkert et al. (2009), S. 74.

⁷⁵Vgl. Fan et al. (2005), S. 227.

⁷⁶Vgl. Schäfer et al. (2011), S. 1.

⁷⁷Vgl. Cohidon et al. (2015), S. 2.

⁷⁸Vgl. Wong et al. (2015), S. 2.

⁶⁴Vgl. Bestmann und Verheyen (2010), S. 7.

⁶⁵Vgl. Kaba und Sooriakumaran (2007), S. 64 f.

⁶⁶Vgl. Dierks und W. (2001), S. 796.

⁶⁷Vgl. Bestmann und Verheyen (2010), S. 7.

⁶⁸Vgl. Wildner (2011), S. 398.

⁶⁹Vgl. Thayaparan und Mahdi (2013), S. 1.

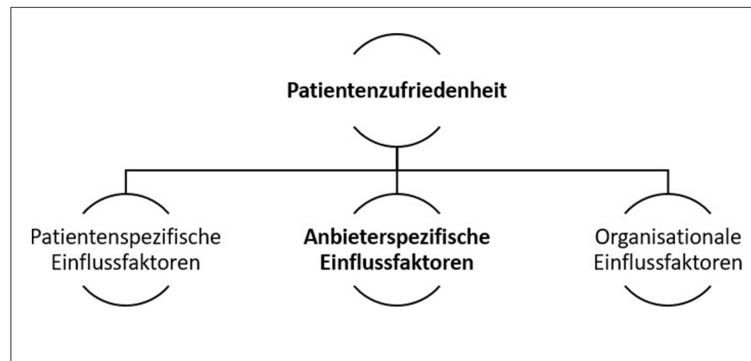


Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit nach Fen et al.; Quelle: In Anlehnung an Fan et al. (2005), S. 227 f.

Kategorien sowohl Attribute beinhalten, welche die Patientenzufriedenheit beeinflussen, als auch solche, welche lediglich das jeweilige Gesundheitssystem darstellen. Den Kategorien wurden ferner einzelne Bestandteile der Erstversorgung zugeordnet. So definiert das Systemlevel das Design und die Organisation von Erstversorgungssystemen und besteht aus Attributen wie der Finanzierung, gesetzlicher Rahmenbedingungen und Ressourcen. Das Dienstleistungslevel hingegen summiert die hausärztlichen Qualitätskriterien wie die Qualität und den Umfang der Pflege, die Kontinuität, Vorsorgeaktivitäten oder die Orientierung auf das Gemeinwohl; das Patientenwahrnehmungslevel beschreibt die durch die Patientin / den Patienten wahrgenommene Qualität und beinhaltet Eigenschaften wie den Zugang zu Primärversorgung oder den wahrgenommenen Komfort. Obwohl die vordefinierten Kategorien, wie auch die Untersuchung selbst, nicht direkt die Messung von Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten anstreben, entwickeln sich aus ihnen innerhalb der Untersuchung schließlich Systemziele, welche im Sinne von Qualität und Patientenzufriedenheit erreicht werden sollen. Diese sind Zugang zur Primärversorgung, Kosten und Effizienz, Serviceprozessqualität und wahrgenommene Serviceprozessqualität.⁷⁹ Die Zufriedenheitsfaktorenkategorisierung von Schäfer et al. wird angewandt, um Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit, insbesondere in europäischen Ländermärkten, zu untersuchen.⁸⁰ Ein weiterer Anknüpfungspunkt ist der Vergleich der Prozessqualitätsindikatoren von Hausärztinnen und -ärzten in unterschiedlichen Ländermärkten wobei hier Ähnlichkeiten und Unterschiede innerhalb und zwischen den einzelnen Ländern und die Gründe für die Unterschiede, bspw. Eigenschaften der Ärztin / des Arztes, untersucht werden.⁸¹ Abbildung 4 fasst die Patientenzufriedenheitskategorien nach Schäfer et al. zusammen.

Das dritte Modell zur Grobkategorisierung von Patientenzufriedenheit, welches hier vorgestellt wird, wurde von Kontopantelis et al. aufbauend auf die Auswertung der Er-

gebnisse der General Practice Access Survey 2007 entwickelt. Innerhalb der Studie wird zwischen Patientenebene, Praxisebene und Umgebungsebene unterschieden. Die Patientenebene beschreibt hierbei etliche demografische Patienten Aspekte, wie das Geschlecht oder die Altersgruppe, aber auch Faktoren, wie das momentane Anstellungs- bzw. Arbeitsverhältnis, die Wochenarbeitszeit sowie die ländliche oder urbane Wohnumgebung. Die Praxisebene spezifiziert Patientenzufriedenheitsdimensionen, wie die Praxisgröße und Öffnungszeiten und die Umgebungsebene summiert regionale Aspekte, wie das prozentuale Gesundheitspersonal pro 100.000 Einwohner oder andere regionale Einflussfaktoren.⁸² Die Studie von Kontopantelis et al. wird häufig herangezogen, um Effekte der Betreuungskontinuität zu verdeutlichen.⁸³ Weitere beliebte Ansatzpunkte, welche sich durch die Untersuchung von Kontopantelis et al. gut darstellen lassen, sind der Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und Erreichbarkeit oder Wartezeit auf einen Termin und die unterschiedlichen Patientenzufriedenheitslevel in Abhängigkeit von Praxispersonal und Praxisgröße.⁸⁴ Die diesbezüglichen Modellkomponenten sind in Abbildung 5 zusammengefasst.

Die Darstellung der Kategorisierung von Fen et al., Schäfer et al. und Kontopantelis et al. soll verdeutlichen, welchen Umfang die Bestimmung der Faktorstruktur von Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten annehmen kann. Allen Untersuchungen gemein ist, dass die Überkategorien entweder durch die Ärztin / den Arzt direkt beeinflussbare Faktoren oder ausschließlich indirekt oder nicht beeinflussbare Faktoren beinhalten. In weiterer Folge wird ausschließlich auf beeinflussbare Patientenzufriedenheitsfaktoren eingegangen, da diese in der Regel direkt gesteuert werden können und somit für Hausärztinnen und -ärzte das größte Erkenntnisinteresse im Bereich der Patientenzufriedenheit beinhalten. Beeinflussbare Faktoren sind bei Fan et al. in der Kategorie anbieterspezifische Einflussfaktoren zu finden, Schäfer et al. summieren diese innerhalb des Pati-

⁷⁹Vgl. Schäfer et al. (2011), S. 4.

⁸⁰Vgl. Eide et al. (2016), S. 7.

⁸¹Vgl. Pavlič et al. (2015), S. 1.

⁸²Vgl. Kontopantelis et al. (2010), S. 3 f.

⁸³Vgl. Aboulghate et al. (2012), S. 574.

⁸⁴Vgl. Casalino et al. (2014), S. 7.

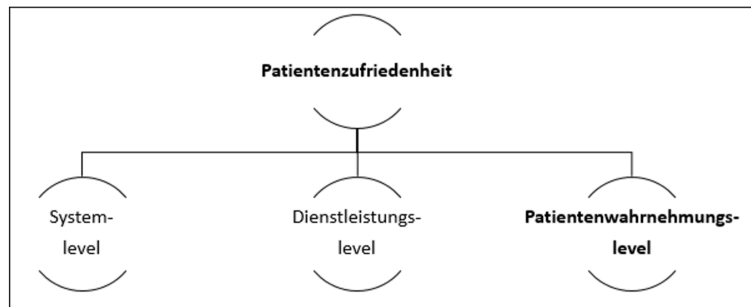


Abbildung 4: Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit nach Schäfer et al.; Quelle: In Anlehnung an Schäfer et al. (2011), S. 4 f.

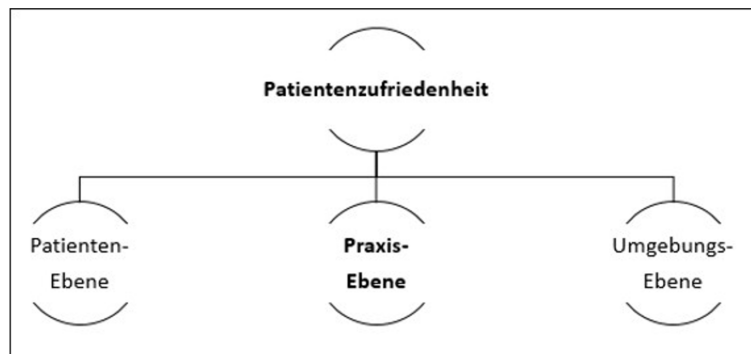


Abbildung 5: Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit nach Kontopantelis et al.; Quelle: In Anlehnung an Kontopantelis et al. (2010), S. 3 f.

entenwahrnehmungslevels und Kontopantelis et al. ordnen direkt beeinflussbare Faktoren im Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit der Praxisebene unter. Wie die drei Modelle zeigen, wird also häufig davon ausgegangen, dass sich Patientenzufriedenheit aus unterschiedlichen, beeinflussbaren oder nicht beeinflussbaren Kategorien zusammensetzt. Unterschiedliche Ansätze gibt es jedoch bei der Faktorzuordnung, d.h. bei der Frage danach, aus welchen Faktoren sich die jeweiligen Kategorien zusammensetzen.

3.2. Ausgewählte Patientenzufriedenheitsfaktoren

Shelton unterscheidet im Bereich der beeinflussbaren Patientenzufriedenheitsfaktoren die Kategorien Zugang und Erreichbarkeit, Komfort, Kommunikation, wahrgenommene Behandlungsqualität, Fürsorge sowie Einrichtung und technische Ausstattung.⁸⁵ Andere Autoren gehen noch eine Stufe tiefer und untersuchen einzelne beeinflussbare Faktoren oder Faktorenbündel. So haben Kim et al. in ihrer Studie aus dem Jahr 2004 versucht, den Zusammenhang von Empathie gegenüber der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt und Patientenzufriedenheit darzustellen und dabei ein Modell entwickelt, in welchem sich auch der Zusammenhang mit dem Patientenbeschwerdeverhalten abbilden lässt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass die Patientenwahrnehmung in Bezug auf Empathie gegenüber

Ärztinnen und Ärzten die Patientenzufriedenheit direkt signifikant beeinflusst.⁸⁶ Zu einem ähnlichen Ergebnis in dieser Untersuchungskategorie gelangen auch Derksen et al., die in ihrer Literaturübersicht insgesamt 964 Patientenzufriedenheitsstudien auf den Zusammenhang von Empathie und Patientenzufriedenheit hin untersucht haben. Obwohl, bedingt durch die strengen Ausschlusskriterien, nur ein kleiner Prozentsatz der Studien in die Hauptuntersuchung miteinbezogen wurde, konnte bei den verbliebenen stets ein starker Zusammenhang zwischen Empathie gegenüber der behandelnden Hausärztin / dem behandelnden Hausarzt und subjektiv empfundener Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden.⁸⁷ Andere Autoren fokussieren sich auf spezifischere Faktoren wie die Kontinuität, also den Einfluss von häufigen Hausarztwechselln. So konnten bspw. Adler et al. (2010) in ihrer Literaturübersicht zeigen, dass die Kontinuität die Patientenzufriedenheit zwar beeinflusst, aber je nach gewähltem Untersuchungsdesign unterschiedlich starken Einfluss ausübt, was darauf schließen lässt, dass Kontinuität zwar einen beeinflussbaren Patientenzufriedenheitsfaktor darstellt, dieser aber unterschiedlich stark wahrgenommen wird.⁸⁸

Eine ausgedehnte Region im Bereich der Patientenzufriedenheitsforschung nimmt der Faktor Kommunikation ein. Dieser Sachverhalt beruht einerseits, auf den Daten

⁸⁶Vgl. Kim et al. (2004), S. 237.

⁸⁷Vgl. Derksen et al. (2013), S. 76.

⁸⁸Vgl. Adler et al. (2010) (2010), S. 171.

⁸⁵Vgl. Shelton (2000), S. 29.

und Erkenntnissen anderer Fachbereiche, durch welche gezeigt werden konnte, dass Kommunikation einen Zufriedenheitsfaktor darstellt und folglich die positive Arzt-Patienten-Kommunikation auch die Patientenzufriedenheit positiv beeinflussen sollte, andererseits gibt es aber auch eine Vielzahl medizinischer Studien, welche ihren Fokus auf den Zusammenhang einer positiven Arzt-Patienten-Kommunikation und erhöhten Heilungsaussichten bzw. schnellerer Genesung legen.⁸⁹ Eine vielzitierte Studie in diesem Zusammenhang ist jene von Bertakis et al. (1991) aus dem Jahr 1991. Bei dieser Untersuchung wurde die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation definiert und der Zusammenhang zwischen dem medizinischen Gespräch und der Patientenzufriedenheit untersucht. Durch die Aufnahme und Analyse von Arzt-Patienten-Gesprächen konnte festgestellt werden, dass dominante und fachsprachliche Behandlungskommunikation in negativem Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit stand, wohingegen partiell private Gesprächsführung die Patientenzufriedenheit positiv beeinflusste. Durch die Studie von Bertakis et al. (1991) konnte ein direkter signifikanter Zusammenhang zwischen dem medizinischen Gespräch und Patientenzufriedenheit nachgewiesen werden.⁹⁰ Bedingt durch die Fülle an Studien und Literatur in Zusammenhang mit Kommunikation und Patientenzufriedenheit wird innerhalb von aktuelleren Studien meist nicht nur die Kommunikation selbst, sondern die Kommunikation, kombiniert mit speziellen Faktoren, untersucht. Ein Beispiel für jene Untersuchungen ist die Studie von Cousin et al., bei welcher der Zusammenhang von Ärztekommunikation und Patienteneinstellung untersucht wurde. Die gesammelten Ergebnisse haben gezeigt, dass fürsorgende Pflegekommunikation bei allen untersuchten Patientengruppen in positivem Zusammenhang mit Patientenzufriedenheit stand, teilnehmende Kommunikation jedoch nur von einigen Patientengruppen als positiv wahrgenommen wurde.⁹¹

Um einen umfassenden Überblick über essentielle, beeinflussbare Patientenzufriedenheitsfaktoren zu erlangen, reicht es jedoch nicht aus, sich mit der Bedeutung und der Positionierung einzelner Faktoren auseinanderzusetzen. Da die Faktorstruktur der Patientenzufriedenheit, wie eingangs erwähnt, ein komplexes, individuell geformtes Gebilde darstellt, ist es unumgänglich, mehrere beeinflussbare Faktoren in die Untersuchung miteinzubeziehen und gegenüberzustellen, um Annahmen über die Konsistenz und Wertigkeit einzelner Zufriedenheitsfaktoren treffen zu können.

Ein Beispiel für die Untersuchung von mehreren beeinflussbaren Faktoren auf die Patientenzufriedenheit ist das Discrete Choice Experiment von Cheraghi-Sohi et al. aus dem Jahr 2008., bei welchem versucht wurde, die Stärke der Patientenprioritäten in Bezug auf die Zufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten zu messen. Hierfür wurden Patientinnen und Patienten aus sechs englischen Hausarztpraxen gebeten, ihr jeweiliges Prioritätslevel für kürzere Wartezei-

ten, Terminflexibilität, Vertrautheit mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt, hohe technische Qualität und unterschiedliche Aspekte der Patientenzentriertheit zu bewerten. Die gesammelten Ergebnisse wurden analysiert und jedem Attribut wurde ein monetärer Wert, also die relative Zahlungsbereitschaft für das jeweilige Merkmal, zugeordnet. Den höchsten Wert innerhalb der Untersuchung erreichte die gründliche körperliche Untersuchung (> \$ 40,-), gefolgt von Vertrautheit mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt (> \$ 10,-) und der Reduktion der Wartezeit (> \$ 5,-). Die Aspekte der Patientenzentriertheit wurden hingegen insgesamt mit einem ähnlich hohen Wert bemessen (ca. \$ 12 - \$ 14). Beeinflusst wurden die Ergebnisse sowohl durch die Art und Dringlichkeit des Arztbesuches als auch durch diverse demografische Aspekte, wie dem Geschlecht, dem Alter oder dem jeweiligen Haushaltseinkommen.⁹²

Eine weitere informative Studie in diesem Zusammenhang ist jene von Paddison et al. aus dem Jahr 2013, bei welcher wiederum untersucht wurde, welche Faktoren die subjektiv empfundene Patientenzufriedenheit am stärksten beeinflussen. Die Grundlage für die diesbezügliche Analyse und Auswertung lieferten die gesammelten Daten der English General Practice Patient Survey 2009/10, an welcher über 2 Millionen Patientinnen und Patienten aus über 8000 Arztpraxen teilnahmen. Die gesammelten Daten lassen darauf schließen, dass die Behandlungskommunikation, gefolgt von der Freundlichkeit des Praxispersonals, den stärksten Einfluss auf die Patientenzufriedenheit ausübt und Zugangsfaktoren, wie die Möglichkeiten der Terminvereinbarung, zwar Einfluss auf die Patientenzufriedenheit ausüben, aber nicht zu den einflussstärksten Faktoren zählen. Die Studie von Paddison et al. unterstützt die Annahme, dass es sich bei Patientenzufriedenheit um ein multidimensionales Konstrukt handelt. Ferner konnte festgestellt werden, dass sowohl die Kommunikation mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt als auch die Kommunikation mit dem Praxispersonal das ausschlaggebende Qualitätskriterium der kognitiv erfassbaren Behandlungsqualität darstellt.⁹³

Wie die Studien von Cheraghi-Sohi et al. und Paddison et al. zeigen, führen auch Untersuchungen mehrerer beeinflussbarer Patientenzufriedenheitsfaktoren, bedingt durch das gewählte Forschungsdesign und den gewählten Forschungsschwerpunkt, zu unterschiedlichen und nicht oder nur schwer vergleichbaren Ergebnissen. Aus diesem Grund wird in Kapitel 4 – Validierte Skalen und Dimensionen der Patientenzufriedenheit – neben den Grundlagen für die Verwendung vorhandener Skalen und der Beschreibung der Skalen selbst auch dargelegt, welche Zufriedenheitsdimensionen diese messen und aus welchen Faktoren oder Teilfaktoren sich die Dimensionen bzw. Kategorien zusammensetzen.

⁸⁹Vgl. Ha et al. (2010), S. 38.

⁹⁰Vgl. Bertakis et al. (1991), S. 175.

⁹¹Vgl. Cousin et al. (2012), S. 193.

⁹²Vgl. Cheraghi-Sohi et al. (2008), S. 107.

⁹³Vgl. Paddison et al. (2013), S. 1081 ff.

4. Validierte Skalen und Dimensionen der Patientenzufriedenheit

Bevor mit dem Entwurf von selbstentwickelten Erhebungsinstrumenten begonnen wird, sollten vorhandene Studien oder andere Sekundärquellen nach Messinstrumenten durchsucht werden, welche dasselbe oder ein ähnliches Erkenntnisinteresse innehaben wie die angestrebte Untersuchung. Diese Vorgehensweise ist zu empfehlen, da die Verwendung von etablierten und validierten Skalen oder zumindest die Orientierung an solchen im Gegensatz zur Eigenentwicklung und Validierung deutlich weniger personelle und finanzielle Ressourcen in Anspruch nimmt.⁹⁴

Um die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten messbar zu gestalten und etwaige Optimierungspotentiale zu erkennen, wurden in der Vergangenheit zahlreiche Erhebungsinstrumente entwickelt.⁹⁵ Trotz der Vielzahl unterschiedlicher Messskalen sind diese untereinander nur sehr schwer vergleichbar, da viele Forscher unterschiedliche Messansätze verwenden. Außerdem unterscheiden sich die entwickelten bzw. verwendeten Instrumente häufig hinsichtlich ihrer Zielsetzung. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit, eine passende vorhandene Skala zu finden abnimmt, je enger die eigene Zielsetzung gefasst ist. Für Fragestellungen mit einem relativ weitläufigen Untersuchungsbereich oder als Grundstein für die Entwicklung von eigenen Erhebungsinstrumenten kann die eingehende Literaturrecherche im Hinblick auf vorhandene Skalen jedoch durchaus zweckdienlich wirken.⁹⁶

Für die Bewertung vorhandener Skalen gelten die Reliabilität und Validität, welche in Kapitel 5 genauer beschrieben sind, als entscheidende Qualitäts- und Gültigkeitskriterien.⁹⁷ Kurzum ist es neben der Validierung des jeweiligen Messinstrumentes, also der Bestimmung, ob auch das gemessen wurde, was gemessen werden sollte, auch notwendig zu überprüfen, ob die durchgeführte Messung reproduzierbar ist.⁹⁸ Dieser Umstand kommt insbesondere zu tragen, wenn für die eigene Untersuchung ein bereits vorhandenes Messinstrument herangezogen wird, da die Erhebungsphase nur praktikabel durchführbar ist, wenn die gewählte vorhandene Skala auch bei Erhebungsdurchführung durch andere Forscher zu vergleichbaren Ergebnissen führt.⁹⁹

Das dritte Beurteilungskriterium hinsichtlich der Qualität vorhandener Messskalen ist die Trennschärfe, welche Auskunft darüber gibt, inwiefern reale Gegebenheiten auch durch das jeweilige Instrument gemessen werden. Außerdem definiert die Trennschärfe das Potential von Messinstrumenten, falsche Annahmen über einen Untersuchungsbereich auch als solche zu erkennen. Grundsätzlich kann hinsichtlich der Anforderungen an vorhandene Skalen zusammengefasst

werden, dass diese den Untersuchungsbereich fokussiert und klar darstellen sollen.¹⁰⁰

Die Literatursuche kann dabei helfen herauszufinden, wie andere Forscher den jeweiligen Untersuchungsbereich abgegrenzt und analysiert haben und führt im Idealfall zu einer gewissen Anzahl an Messinstrumenten, die für die Nutzung in der eigenen Untersuchung verwendet werden können.¹⁰¹ Wenn ein oder mehrere, für die eigene Untersuchung passende, vorhandene Messinstrumente identifiziert worden sind, so bleibt zu entscheiden, ob diese direkt verwendet oder als Fundament zur Entwicklung einer eigenen Messskala herangezogen werden. Als entscheidungsunterstützende Kriterien gelten naturgemäß in erster Linie die Übereinstimmung mit dem eigenen Erkenntnisinteresse sowie die kritische Auseinandersetzung mit der jeweiligen Studie hinsichtlich Reliabilität und Validität.¹⁰² Bei Überlegungen hinsichtlich der Auswahl von vorhandenen Erhebungsinstrumenten sind aber auch die in Tabelle 1 zusammengefassten Grundvoraussetzungen zu beachten.

Zusätzlich zu den in Tabelle 1 beschriebenen prozessualen Grundvoraussetzungen für die Beurteilung vorhandener Messinstrumente bestehen auch rechtliche und monetäre Aspekte, welche bei der Verwendung vorhandener Skalen beachtet werden sollten. Bspw. muss zumindest das schriftliche Einverständnis der Autoren eingeholt werden, wenn das Erhebungsinstrument nicht öffentlich zugänglich ist. Dies gilt ebenso für teilweise öffentlich zugängliche Skalen. Auch wenn ein Instrument in der wissenschaftlichen Literatur veröffentlicht wird, bedeutet dies nicht automatisch, dass es sich im öffentlichen Bereich befindet und keine Genehmigung des Autors und/oder Herausgebers erforderlich ist. Wenn es sich um ein urheberrechtlich geschütztes Instrument handelt, können für den Erwerb oder die Nutzung Gebühren entstehen. Angesichts dessen wird deutlich, dass im Zusammenhang mit Kosteneinsparungspotentialen abgewogen werden muss, ob ein kostenintensives Instrument gekauft, ein kostenloses herangezogen oder ein eigenes Erhebungsinstrument entwickelt wird.¹⁰³

Der Versuch Patientenzufriedenheit messbar zu gestalten, hat in den vergangenen Jahrzehnten viele unterschiedliche Skalen hervorgebracht, wobei der Beginn der wissenschaftlichen Patientenzufriedenheitsmessung auf die siebziger Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts zurückgeht.¹⁰⁴ Die ersten Ansätze zur Messung der Patientenzufriedenheit schufen Hulka et al. (1970) mit der Satisfaction with Physician and Primary Care Skala.¹⁰⁵ Danach wurde von Ware und Snyder zur Messung der Zufriedenheit mit medizinischen Dienstleistungen die erste Version des Patient Satisfaction Questionnaire entwickelt.¹⁰⁶ Anschließend konzipierten Larsen et al. (1979)

⁹⁴Vgl. Kimberlin und Winterstein (2008), S. 2280.

⁹⁵Vgl. Thayaparan und Mahdi (2013), S. 1.

⁹⁶Vgl. Steiner et al. (2015), S. 7.

⁹⁷Vgl. Kimberlin und Winterstein (2008), S. 2276.

⁹⁸Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 255.

⁹⁹Vgl. Steiner et al. (2015), S. 9.

¹⁰⁰Vgl. Raab et al. (2009), S. 68 f.

¹⁰¹Vgl. Kimberlin und Winterstein (2008), S. 2280.

¹⁰²Vgl. Steiner et al. (2015), S. 8.

¹⁰³Vgl. Kimberlin und Winterstein (2008), S. 2280 f.

¹⁰⁴Vgl. Gill und White (2009), S. 11.

¹⁰⁵Vgl. Hulka et al. (1970), S. 429 ff, zitiert nach Gill und White (2009), S. 11.

¹⁰⁶Vgl. Ware und Snyder (1975), S. 669 ff, zitiert nach Gill und White

Tabelle 1: Grundvoraussetzungen für die Beurteilung vorhandener Messinstrumente; Quelle: In Anlehnung an Kimberlin und Winterstein (2008), S. 2280 f.

Voraussetzung	Beschreibung
Erkenntnisinteresse definieren	Bevor mit der Suche nach vorhandenen Skalen begonnen wird, sollte das eigene Erkenntnisinteresse bereits möglichst genau definiert und das Untersuchungsdesign bereits festgelegt bzw. abgegrenzt worden sein, um die jeweilige Passgenauigkeit einschätzen zu können.
Datengenerierung überprüfen	Um zu beurteilen, ob die jeweilige Skala zum eigenen Forschungsgebiet passt, reicht es nicht aus, sich nur mit dem Titel oder der Zusammenfassung der jeweiligen Arbeit auseinanderzusetzen. In der Regel kann die Beurteilung der Passgenauigkeit auch nicht direkt von den einflussnehmenden bzw. untersuchten Variablen abgeleitet werden. Aus diesen Gründen muss das in Frage kommende Instrument hinsichtlich der Fokussierung der Fragen, vor allem aber hinsichtlich der Datengenerierung, überprüft werden, um beurteilen zu können, ob dieses für die Unterstützung oder Durchführung der eigenen Erhebung in Frage kommt.
Gütekriterien untersuchen	Neben der Überprüfung der Gütekriterien Validität, Reliabilität und gegebenenfalls auch Trennschärfe muss untersucht werden, ob die jeweilige Skala für eine Population entwickelt wurde, die annähernd der zu untersuchenden Population entspricht.
Fehlende bzw. fehlerhafte Daten hinterfragen	Die Studien sind hinsichtlich fehlender oder fehlerhafter Daten (z.B. Antwortkategorien, die häufig nicht beantwortet wurden) zu überprüfen und kritisch zu hinterfragen.
Untersuchungsdesign bzgl. Passgenauigkeit überprüfen	Wird eine Skala übernommen, so muss darauf geachtet werden, dass das verwendete Untersuchungsdesign und -umfeld dem angestrebten entspricht. So ist es bspw. nicht sinnvoll, ein Instrument, welches für die mündliche Befragung entwickelt wurde, als Onlinebefragungsinstrument zu verwenden, da etwaige Erläuterungen nicht durchgeführt werden können.

den Client Satisfaction Questionnaire zur Beurteilung der allgemeinen Patientenzufriedenheit mit gesundheitlichen Dienstleistungen, welcher jedoch 1984 durch die Patient Satisfaction Skala abgelöst wurde.¹⁰⁷ Seit den Anfängen der Patientenzufriedenheitsmessung wurden in diesem Bereich zahlreiche Messinstrumente und Skalen konstruiert, wobei diese hinsichtlich Validität und Reliabilität durchaus variieren und die Qualität nicht immer beurteilt werden kann.¹⁰⁸

Um eine detaillierte Übersicht über unterschiedliche Skalen und Dimensionen der Patientenzufriedenheit zu geben, werden in den folgenden Kapiteln, 4.1 und 4.2, fünf internationale bzw. multinationale und zwei deutschsprachige Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten vorgestellt. Im Resümee werden die gesammelten Ergebnisse gebündelt dargestellt. Ausgewählte Illustrationen der untersuchten Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit sind im Anhang ab Seite 108 zu finden.

4.1. Internationale Skalen zur Messung von Patientenzufriedenheit

Im Folgenden werden fünf internationale bzw. multinationale Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit vorgestellt. Um eine umfassende Übersicht in diesem Bereich zu

(2009), S. 11.

¹⁰⁷Vgl. Larsen et al. (1979), S. 197 ff, zitiert nach Gill und White (2009), S. 11.

¹⁰⁸Vgl. Gill und White (2009), S. 11.

erstellen, wurde pro Dekade von 1980 bis 2017 jeweils eine Patientenzufriedenheitserhebung ausgewählt, in welcher entweder selbst eine Patientenzufriedenheitsskala entwickelt oder eine etablierte Skala verwendet wurde. Das zweite Kriterium, um in die Betrachtung mitaufgenommen zu werden, war, dass innerhalb der jeweiligen Untersuchung die erhobenen Zufriedenheitsdimensionen oder Kategorien definiert sein mussten. Um Aktualität zu gewährleisten, wurde auch eine Untersuchung aus dem Jahr 2017 ausgewählt. Durch die gewählte Such- und Auswahlstrategie war es also nicht zwingend notwendig, dass Skala und Erhebung im selben Jahr veröffentlicht wurden. Dieser Umstand kommt insbesondere bei der untersuchten internationalen Skala zu tragen. Hier wurde die Erhebung zwar 2017 durchgeführt, jedoch mit einer Skala, die bereits 1994 entwickelt wurde. Details zur Such- und Auswahlstrategie sind im Anhang ab Seite 101 zu finden.

Die durch Einsatz der Suchstrategie identifizierten und evaluierten internationalen Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit sind der Patient Satisfaction Questionnaire Form 2 (PSQF2), die Patientenzufriedenheitsskala der European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP), die General Practice Assessment Survey (GPAS), der Questionnaire of Patient Satisfaction und die Weiterentwicklung des Patient Satisfaction Questionnaires, der Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ 18). In Tabelle 2 sind die ausgewählten Skalen in Hinblick auf Fragen

bzw. Item-Anzahl, Antwortskalenformat, Veröffentlichungsjahr, Entwicklungs- und Erstverwendungsort und Anzahl an gemessenen Zufriedenheitskategorien bzw. Dimensionen einander gegenübergestellt.

4.1.1. Patient Satisfaction Questionnaire Form 2 (PSQF2)

Um das Konstrukt der Patientenzufriedenheit messbar zu gestalten, entwickelten Ware et al. an der Southern Illinois University School ein Messinstrument namens PSQ (Patient Satisfaction Questionnaire), wobei die Forscher Anfang 1983 eine Überarbeitung der Skala mit dem Namen Patient Satisfaction Questionnaire Form 2 (PSQF2) veröffentlichten. Das Hauptziel des Projektes war es, ein relativ simples Befragungsinstrument zur Messung von Zufriedenheit mit ärztlichen und institutionellen Leistungen zu konzipieren. Demnach wurde der PSQ entwickelt, um die Zufriedenheit mit niedergelassenen und stationären Ärztinnen und Ärzten, aber auch mit Arztpraxen, Krankenhäusern sowie regionalen und politischen Rahmenbedingungen, zu messen. Der Fragebogen besteht aus 55 Punkten, welche jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu bewerten sind und misst sowohl die Patientenzufriedenheit mit zentralen Eigenschaften von Ärztinnen und Ärzten als auch die generelle Gesamtzufriedenheit mit der zugänglichen medizinischen Versorgung.¹⁰⁹ Die Likert-Skala wurde als Antwortformat, von starker bis hin zu schwacher Zustimmung, gewählt, da diese bereits in vorangegangenen Untersuchungen vorteilhaft eingesetzt wurde, wobei dadurch auch für die Patientinnen und Patienten ein relativ einfacher Beantwortungsprozess gewährleistet werden konnte.¹¹⁰ Einen weiteren Vorteil bei Verwendung dieser Antwortskala stellten die kalkulatorischen Möglichkeiten dar.¹¹¹ So wurden den unterschiedlichen Antwortkategorien Werte von 0 (überhaupt keine Zustimmung) bis 100 (starke Zustimmung) zugeordnet, um die gesammelten Daten in der Auswertungsphase berechenbar zu gestalten.¹¹²

Durch die häufige Verwendung und Überarbeitung ist der PSQF2 zu einer etablierten Befragungsskala im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung avanciert. Trotzdem bestehen einige Kritikpunkte, die sich hauptsächlich auf die in den Fragen enthaltenen Konzeptdefinitionen und die Anwendungsgebiete der Skala beziehen. So wird bspw. die empfundene Dienstleistungsqualität gemessen, diese wird jedoch nicht definiert oder vereinheitlicht, was die Vergleichbarkeit von, mit dem persönlichen Verständnis verknüpften, Empfindungen erschwert. Auch hinsichtlich der internationalen Verwendung der Skala können Herausforderungen auftreten, da Qualitätsmerkmale unterschiedlich wahrgenommen werden und auch bei der Untersuchung unterschiedlicher Länder und / oder Kulturen voneinander abweichen können.¹¹³ Trotz der genannten Kritikpunkte haben Untersuchungen gezeigt, dass der PSQF2 zu zufriedenstellenden Ergebnissen hinsichtlich

der Gütekriterien führt und die Skala häufig genannte Zufriedenheitsdimensionen zuverlässig misst.¹¹⁴

Mit dem PSQF2 werden unter anderem die Zufriedenheit mit der empfundenen Servicequalität, der wahrgenommenen technischen Qualität und den regionalen Rahmenbedingungen¹¹⁵ auf einer multidimensionalen Skala gemessen.¹¹⁶ Im Bereich der Zufriedenheitsdimensionen unterscheiden Ware et al. insgesamt acht Faktorkategorien, welche die Patientenzufriedenheit beeinflussen. Diese sind zwischenmenschliche Belange, technische Qualität, Erreichbarkeit, finanzielle Faktoren, Effizienz, Kontinuität, physische Gegebenheiten und Verfügbarkeit. Unter zwischenmenschlichen Belangen wird innerhalb der Untersuchung der persönliche Umgang mit den Patientinnen und Patienten, Freundlichkeit und Höflichkeit verstanden. Die technische Qualität beschreibt die fachliche Kompetenz, Gründlichkeit, Genauigkeit sowie die Vermeidung von Risiken und Fehlern. Erreichbarkeit beinhaltet sowohl den Aufwand, welcher betrieben werden muss, um einen Termin zu erhalten als auch die Wartezeit auf den Termin bzw. die Wartezeit in der Praxis sowie die Erreichbarkeit in Bezug auf die Lage der Ordination. Finanzielle Faktoren beinhalten die direkt der Behandlung zurechenbaren Kosten und die Kosten des Versicherungsschutzes. Die Effizienz beurteilt das Ergebnis der medizinischen Versorgung sowie die Unterstützung bei der Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit. Unter Kontinuität wird einerseits die Beständigkeit der geografischen Lage der Arztpraxis, andererseits die Beständigkeit der Ärztin / des Arztes selbst, bspw. in Gemeinschaftspraxen oder Krankenhäusern, verstanden. Physische Gegebenheiten beziehen sich auf die ordnungsgemäße Ausstattung und eine angenehme Atmosphäre und Verfügbarkeit summiert die Arzt- bzw. Krankenhauswahlmöglichkeiten.¹¹⁷ Die unterschiedlichen Faktorkategorien sind in Tabelle 3 charakterisiert und übersichtlich gegenübergestellt.

Die Studie von Ware et al. findet auch heute noch, insbesondere in Bezug auf die Kategorisierung von Zufriedenheitsdimensionen, beachtlichen Zuspruch und wird häufig als Basis zur Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Patientenzufriedenheit herangezogen. Dieser Umstand ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass der PSQF2 allgemeine Dimensionen für eine Vielzahl an unterschiedlichen Anwendungsbereichen beinhaltet.¹¹⁸

4.1.2. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)

Das Erhebungsinstrument der European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP) ist ein 23 Fragen umfassender Fragebogen, welcher verschiedene Zufriedenheitsaspekte mit der hausärztlichen Versorgung, unter Miteinbezug von fünfstufigen Likert-Skalen misst, wobei

¹⁰⁹Vgl. Ware et al. (1983), S. 247.

¹¹⁰Vgl. Baker (1990), S. 487.

¹¹¹Vgl. Wüthrich-Schneider (2000b), S. 1118.

¹¹²Vgl. Hughes et al. (2000), S. 2878.

¹¹³Vgl. Aldana et al. (2001), S. 516.

¹¹⁴Vgl. Ware et al. (1983), S. 247.

¹¹⁵Vgl. Dagger et al. (2007), S. 125.

¹¹⁶Vgl. Sixma et al. (1998), S. 86.

¹¹⁷Vgl. Ware et al. (1983), S. 248.

¹¹⁸Vgl. Jalil et al. (2017), S. 2 f. und die dort zitierte Literatur und Hagedoorn et al. (2003), S. 254 ff.

Tabelle 2: Ausgewählte internationale Skalen zur Patientenzufriedenheitserhebung; Quelle: Verfasser.

Skala	Fragen	Skalenformat	Veröffentlicht	Entwickelt in	Dimensionen / Überkategorien
PSQF2	55	5-stufig / Likert	1984	USA	8
EUROPEP	23	5-stufig / Likert	1996	EU	5
GPAS	53	Verschiedene	2000	GB	10
QPS	20	Verschiedene	2012	SRB	11
PSQ 18	18	5-stufig / Likert	1994	USA	7

Tabelle 3: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Ware et. al.; Quelle: In Anlehnung an Ware et al. (1983), S. 248.

Faktorkategorie	Inhaltliche Definition
Zwischenmenschliche Belange	Persönlicher Umgang mit der Patientin / dem Patienten
Technische Qualität	Behandlungs- und Diagnosekompetenz
Erreichbarkeit	Organisation der medizinischen Versorgung
Finanzielle Faktoren	Monetäre Belastungen
Effizienz	Behandlungsergebnis
Kontinuität	Gleichbleiben der Anbieterin /des Anbieters
Physische Gegebenheiten	Ausstattungsmerkmale
Verfügbarkeit	Präsenz medizinischer Ressourcen

die Antwortkategorien von „schlecht“ bis „ausgezeichnet“ reichen.¹¹⁹ Dieses Instrument wurde entwickelt, um die empfundene Patientenzufriedenheit mit hausärztlicher Pflege international vergleichbar zu gestalten und dadurch den behandelnden Hausärztinnen und -ärzten die Möglichkeit zu geben, die Qualität der Primärversorgung zu verbessern.¹²⁰

Das Befragungsinstrument wurde als Untersuchungsskala unterschiedlicher gleichwertiger Zufriedenheitsdimensionen konzipiert, wobei der Entwicklungsprozess mit Hilfe von Literaturrecherche, Experteninterviews sowie Prioritäts- und Validierungsstudien realisiert wurde.¹²¹ Im Gegensatz zu anderen Instrumenten zur Patientenzufriedenheitsmessung wird mit Hilfe der EUROPEP-Skala nicht versucht, eine punktuelle Bestandsaufnahme, bspw. bezogen auf die Zufriedenheit mit der momentanen Behandlung, durchzuführen. Viel mehr liegt der Fokus darauf, die empfundene Zufriedenheit während der vergangenen Monate bis hin zu einem Jahr zu messen, wobei der Fragebogen in der Regel entweder selbstständig und nach Behandlungsende durch die Patientinnen und Patienten ausgefüllt oder nach Zusendung und Unterfertigung von der jeweiligen Patientin / vom jeweiligen Patienten per E-Mail retourniert wird.¹²²

Durch die weite Verbreitung auch außerhalb Europas, hat sich die EUROPEP-Skala zu einem weithin bekannten

und vielgenutzten Instrument zur Erhebung der Zufriedenheit mit Hausarztpraxen aus Patientenperspektive entwickelt.¹²³ Doch die große Stärke – die Möglichkeit, Patientenzufriedenheit in unterschiedlichen politischen und kulturellen Regionen zu untersuchen – scheint auch einige Schwächen zu beinhalten. So konnte bspw. gezeigt werden, dass sich die innerhalb des Befragungsinstrumentes verwendete Faktorstruktur nicht auf alle Kulturkreise übertragen lässt, was innerhalb dieser Bereiche zu niedriger Ergebnisvalidität führt.¹²⁴ Dieser Umstand lässt darauf schließen, dass das EUROPEP-Befragungsinstrument für die Anwendung in bestimmten Ländermärkten adaptiert bzw. angepasst werden müsste.¹²⁵ Auch aktuellere Studien, wie jene von Dimova et al., welche zur Validierung der bulgarischen EUROPEP-Skala durchgeführt wurde, kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Die statistische Datenauswertung lässt darauf schließen, dass zumindest die Vergleichbarkeit zwischen den Zufriedenheitsdimensionen einzelner Patientinnen und Patienten verfälscht ist.¹²⁶ Andere Untersuchungen, wie jene zur Validierung des italienischen EUROPEP-Befragungsinstrumentes, konnten hingegen bestätigen, dass die EUROPEP-Skala in unterschiedlichen Länderversionen ein valides und einfach zu handhabendes Instrument ist, um Informationen über die Patientenerfahrung und die Patientenzufriedenheit in

¹¹⁹Vgl. Wensing et al. (2002), S. 112.

¹²⁰Vgl. Grol et al. (2000), S. 883.

¹²¹Vgl. Vedsted et al. (2008), S. 175.

¹²²Vgl. Hogan et al. (2017), S. 173.

¹²³Vgl. Bjertnaes et al. (2011), S. 342.

¹²⁴Vgl. Vedsted et al. (2008), S. 179.

¹²⁵Vgl. Bjertnaes et al. (2011), S. 342.

¹²⁶Vgl. Dimova et al. (2017), S. 72.

und mit Hausarztpraxen zu untersuchen.¹²⁷ Obwohl das EUROPEP-Erhebungsinstrument bereits Ende des vergangenen Millenniums entwickelt wurde, spielt es im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung immer noch eine erhebliche Rolle¹²⁸ und wird auch heute noch zur Untersuchung mehrerer oder einzelner Zufriedenheitsfaktoren in Bezug auf die hausärztliche Versorgung angewandt.¹²⁹

Die EUROPEP-Skala untersucht sowohl organisationale als auch arzt spezifische Patientenzufriedenheitsfaktoren.¹³⁰ Grol et al. gruppieren die mit dem EUROPEP-Erhebungsinstrument untersuchten Zufriedenheitsfaktoren innerhalb der fünf Kategorien medizinisch-technische Betreuung, Arzt-Patienten-Beziehung, Auskunft und Hilfestellung, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit sowie Organisation. Im Gegensatz zur medizinisch-technischen Betreuung, welche die fachliche Kompetenz beurteilt, bezieht sich die Arzt-Patienten-Beziehung eher auf emotionale Kompetenzen, Empathie und Sympathie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Die Auskunft und Hilfestellung bezieht sich auf die fachliche Information und Kommunikationsbereitschaft und mittels Verfügbarkeit und Erreichbarkeit werden alle Aspekte summiert, welche mit einer bestimmten Dauer zusammenhängen, wie Wartezeit auf einen Termin oder die Konsultationsdauer. Abschließend beurteilt die organisationale Dimension Aspekte, wie die physische Praxisbeschaffenheit, aber auch die Zusammenarbeit mit Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeitern.¹³¹ Tabelle 4 fasst die unterschiedlichen Faktorkategorien übersichtlich zusammen.

Die EUROPEP-Skala wird häufig herangezogen, um grundlegende Kategorien für die Messung von Patientenzufriedenheit innerhalb unterschiedlicher geografischer Lagen zu bilden.¹³² Aber auch innerhalb der Analysen einzelner Länder wird die verwendete Kategorisierung in fünf Zufriedenheitsdimensionen häufig angewandt.¹³³ Generell hat sich das EUROPEP-Befragungsinstrument zu einem viel diskutierten und häufig validierten Erhebungsinstrument entwickelt, welches häufig auch in seinen unterschiedlichen nationalen Ausprägungen Bestand hat.¹³⁴

4.1.3. General Practice Assessment Survey (GPAS)

Die General Practice Assessment Survey (GPAS) ist ein Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit Hausarztpraxen. Das Zufriedenheitsniveau setzt sich hierbei aus neun Zufriedenheitsdimensionen zusammen und wird mit Hilfe von unterschiedlichen Antwortskalen erhoben.¹³⁵ Der Großteil der Untersuchungselemente wird jedoch mit Hilfe einer sechsstufigen Skala gemessen, welche von „sehr schlecht“ bis „ausgezeichnet“ reicht. Gewichtet werden die

unterschiedlichen Antwortkategorien als Prozentsatz zwischen 0 und 100, wobei „sehr schlecht“ dem Prozentsatz 0 und „ausgezeichnet“ dem Prozentsatz 100 entspricht.¹³⁶ Der Erhebungsbereich, welcher nicht dem Skalenniveau der übrigen Erhebungskategorien entspricht, beschäftigt sich mit dem Gesamtvertrauen in die behandelnde Hausärztin / den behandelnden Hausarzt. Die Vertrauenskategorie wird auf einer Skala von 1 bis 10 gemessen, wobei die Antwort 1 keinerlei Vertrauen und die Antwort 10 vollkommenem Vertrauen entspricht. Die verbleibenden Antwortkategorien messen unter anderem die wahrgenommene Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und Kontinuitätsaspekte.¹³⁷

Bei der GPAS handelt es sich um ein reliables, validiertes Erhebungsinstrument, welches in vielerlei Hinsicht eingesetzt werden kann. Durch die Definition der Zufriedenheitsdimensionen und den klaren Fokus auf Hausarztpraxen eignet sich die GPAS exzeptionell als unterstützendes Zufriedenheitsanalyseinstrument für einzelne oder zusammengeslossene Hausarztpraxen sowie Forscher, welche die primären Zufriedenheitsareale hausärztlicher Versorgung untersuchen.¹³⁸

Obwohl die GPAS auf breite Akzeptanz trifft, werden in der Literatur einige Mängel hinsichtlich der Datenerhebung innerhalb der Primäruntersuchung postuliert. So bestehen bspw. signifikante Messwertdifferenzen zwischen Erhebungen, welche innerhalb der Hausarztpraxis durchgeführt wurden und jenen, die per Post erhoben wurden, wobei nicht geklärt ist, ob diese Unterschiede auf die jeweilige Erhebungsmethode oder auf die Patientinnen und Patienten selbst zurückzuführen sind.¹³⁹ Des Weiteren wurde die GPAS generell nicht entworfen, um Standards in Bezug auf die Kategorisierung von Patientenzufriedenheit festzulegen, sondern um diese messbar zu gestalten. Aus diesem Grund muss vor Verwendung bzw. Anwendung der GPAS überprüft werden, ob die vorgegebenen Patientenzufriedenheitsdimensionen auch dem eigenen Untersuchungsrahmen entsprechen.¹⁴⁰ Trotz der genannten Mängel innerhalb der Primärstudie hat sich die GPAS zu einem wichtigen Instrument zur Bewertung mehrerer Zufriedenheitsdimensionen mit der Primärversorgung entwickelt.¹⁴¹

Campbell et al. zogen die bereits 1999 durch das National Primary Care Research and Development Centre in Manchester entwickelte GPAS-Skala heran, um den Zusammenhang von Alter, Geschlecht und Ethnie von Patientinnen und Patienten und deren Beurteilung von Hausärztinnen und -ärzten zu untersuchen.¹⁴² Zu den einflussnehmenden Patientenzufriedenheitsfaktorkategorien zählten hierbei der Zugang zu medizinischer Versorgung, das Pflegeniveau und das gesammelte Wissen der Ärztinnen und Ärzte über

¹²⁷Vgl. Milano et al. (2007), S. 92.

¹²⁸Vgl. Yaphe (2015), S. 162.

¹²⁹Vgl. Sebo et al. (2016), 120.

¹³⁰Vgl. Hogan et al. (2017), S. 173.

¹³¹Vgl. Grol et al. (1999), S. 5.

¹³²Vgl. Schäfer et al. (2015), S. 161.

¹³³Vgl. Sebo et al. (2015), S. 2.

¹³⁴Vgl. Roque et al. (2015), S. 5 f.

¹³⁵Vgl. Ramsay et al. (2000), S. 372.

¹³⁶Vgl. Bower und Roland (2002), S. 126.

¹³⁷Vgl. Tarrant et al. (2003), S. 798.

¹³⁸Vgl. Ramsay et al. (2000), S. 372.

¹³⁹Vgl. Bower und Roland (2002), S. 126 ff.

¹⁴⁰Vgl. Bower et al. (2002), S. 3.

¹⁴¹Vgl. Ramsay et al. (2000), S. 372.

¹⁴²Vgl. Campbell et al. (2001), S. 91.

Tabelle 4: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Grol et al.; Quelle: In Anlehnung an Grol et al. (1999), S. 4 ff.

Faktorkategorie	Inhaltliche Definition
Medizinisch-technische Betreuung	Fachliche Kompetenz
Arzt-Patienten-Beziehung	Emotionale Kompetenz
Auskunft und Hilfestellung	Informations- und Kommunikationsbereitschaft
Verfügbarkeit und Erreichbarkeit	Zeitliche Aspekte
Organisation	Ausstattungs- und Organisationsmerkmale

ihre Patientinnen und Patienten,¹⁴³ sowie technische Aspekte, Kommunikation, zwischenmenschliche Belange, Vertrauen, das Praxispersonal und die Kontinuität der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes und der gesamte Behandlungsprozess.¹⁴⁴ Zugang zur medizinischen Versorgung beinhaltet hierbei Aspekte, wie die Lage und Öffnungszeiten der Praxis, die telefonische Erreichbarkeit und die Wartezeit auf einen Termin oder im Warteraum. Der Faktor Praxispersonal misst die wahrgenommene personenbezogene Servicequalität, welche nicht die jeweilige Ärztin / den jeweiligen Arzt betrifft. Kontinuität beschreibt die langfristige Pflege durch dieselbe Hausärztin / denselben Hausarzt. Zwischenmenschliche Belange summieren persönliche Eigenschaften wie Geduld, Fürsorge und Betroffenheit und der Faktor Kommunikation bewertet die kommunikativen Fähigkeiten der Ärztin / des Arztes. Technische Aspekte bewerten sowohl das medizinische Gesamtwissen als auch die praktische Anwendung und Vertrauen beschreibt die der jeweiligen Ärztin / dem jeweiligen Arzt entgegengebrachte Zuversicht. Die Patientenkenntnis bezieht sich auf das Wissen, welches über persönliche Aspekte der Patientin / des Patienten vorhanden ist und die Pflegedimension misst die durch das Pflegepersonal, bspw. Krankenpfleger oder medizinische Assistentinnen und Assistenten, wahrgenommene Servicequalität. Abschließend wird mit dem Faktor Behandlungsprozess die Gesamtzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung gemessen.¹⁴⁵ Eine Übersicht über die unterschiedlichen Faktorkategorien bietet Tabelle 5.

4.1.4. Questionnaire of Patient Satisfaction (QPS)

Der Questionnaire of Patient Satisfaction (QPS) ist ein 20 Fragen umfassendes Instrument zur Erhebung der wahrgenommenen qualitativen Behandlungsdimension, der Behandlungsstruktur, dem Behandlungsprozess und dem Behandlungsergebnis sowie dem daraus resultierenden Patientenzufriedenheitslevel.¹⁴⁶ Das Instrument wurde explizit für die Untersuchung der wahrgenommenen Servicequalität und der daraus resultierenden Zufriedenheit mit Hausarztpraxen entwickelt, wobei einzelne Kategorien mit unterschiedlichen Frageblöcken bedacht wurden. So beziehen sich die ersten

acht Fragen ausschließlich auf demografische und sozioökonomische Aspekte und die restlichen zwölf auf die Patientenzufriedenheit.¹⁴⁷

Der QPS wurde von Vukovic et al. entwickelt, um die Gültigkeit einzelner festgelegter Zufriedenheitsdimensionen und die Zufriedenheit mit den allgemeinen Praxisleistungen zu messen. Die Studie, an welcher insgesamt 1314 Patientinnen und Patienten teilnahmen, wurde innerhalb einer Zeitspanne von zwei aufeinanderfolgenden Jahren im General Medicine Department of Health Center Valjevo in Serbien durchgeführt.¹⁴⁸

Innerhalb des QPS definierten Vukovic et al. die zehn Patientenzufriedenheitsfaktorkategorien Sympathie, Fachwissen, Behandlungszeit, Information, Wartezeit, Erreichbarkeit, Respekt, Ernsthaftigkeit, zwischenmenschliche Beziehung und Zufriedenheit mit dem Praxispersonal. Sympathie beschreibt hierbei den Grad an empfundener Sympathie, Fachwissen den Grad an wahrgenommener fachlicher Kompetenz der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes. Des Weiteren stellt die Dimension Behandlungszeit dar, ob der Patientin / dem Patienten den Umständen entsprechend ausreichend Untersuchungs- und Gesprächszeit entgegengebracht wurde und Information beschreibt in diesem Zusammenhang die ausreichende Wissensvermittlung bzgl. des Krankheitsbildes, auftretenden Symptomen, Behandlungsmöglichkeiten und möglichen Nebenwirkungen. Die Wartezeit definiert als zweite temporale Dimension die Zeitspanne von der Anmeldung bis zum Konsultationsbeginn und die Erreichbarkeit die Möglichkeiten der Kontaktaufnahme mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt. Die beiden Dimensionen Respekt und Ernsthaftigkeit messen, inwiefern die Patientin / der Patient als eigenständiges Individuum wahrgenommen wird, wobei Respekt beschreibt, inwieweit die Patientenmeinung in die Behandlung miteinfließt und Ernsthaftigkeit, wie viel Vertrauen der Person und den geschilderten Symptomen entgegengebracht wird. Die zwischenmenschliche Beziehungsdimension beschreibt die persönlichen Eigenschaften der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes und die zehnte Zufriedenheitsdimension beschreibt die generelle Zufriedenheit mit dem Praxispersonal. Abschließend wird durch die Untersuchung der Gesamtzufriedenheit die generelle Zufriedenheit mit allen

¹⁴³Vgl. Bower et al. (2002), S. 489.

¹⁴⁴Vgl. Tarrant et al. (2003), S. 798.

¹⁴⁵Vgl. Campbell et al. (2001), S. 91.

¹⁴⁶Vgl. Ogaji (2017), S. 24.

¹⁴⁷Vgl. Vukovic et al. (2012), S. 711.

¹⁴⁸Vgl. Janicijevic et al. (2013), S. 161.

Tabelle 5: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Campbell et al.; Quelle: In Anlehnung an Campbell et al. (2001), S. 91.

Faktorkategorie	Inhaltliche Definition
Zugang zu med. Versorgung	Erreichbarkeit und Wartezeit
Technische Aspekte	Fachliche Kompetenz
Kommunikation	Kommunikationsfähigkeit
Zwischenmenschliche Belange	Persönliche Eigenschaften der Ärztin / des Arztes
Vertrauen	Zuversicht in Diagnose und Behandlung
Patientenkenntnis	Wissen über persönliche Aspekte der Patientinnen / Patienten
Pflege	Wahrgenommene Servicequalität des Pflegepersonals
Personal	Wahrgenommene Servicequalität des Personals
Kontinuität	Gleichbleiben der Anbieterin / des Anbieters
Behandlungsprozess	Gesamtzufriedenheit mit hausärztlicher Versorgung

untersuchten Merkmalen betrachtet.¹⁴⁹ Die gesammelten Faktorkategorien sind in Tabelle 6 dargestellt.

In der Studie von Vukovic et al. konnte klar dargestellt werden, dass Patientenzufriedenheit einerseits durch das Niveau der Patientenzentriertheit des medizinischen Personals, andererseits aber auch durch die wahrgenommene Aktualität der Gesundheitsdienstleistung beeinflusst wird.¹⁵⁰ Insbesondere wird die Untersuchung von Vukovic et al. herangezogen, um temporale Aspekte der Patientenzufriedenheit zu verdeutlichen.¹⁵¹

4.1.5. Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ 18)

Umfragen, welche von den befragten Personen als lang und zeitaufwendig wahrgenommen werden, liefern zwar in der Regel mehr Daten bzw. Datenpunkte, können aber hinsichtlich der Erhebungsquote und der Datenqualität negative Auswirkungen zeigen. Vor diesem Hintergrund wurden auch im Bereich der Patientenzufriedenheitsbefragung Kurzformversionen etablierter Messskalen geschaffen. Ein Beispiel von solch gekürzten bzw. auf das Wesentliche reduzierten Skalen ist der Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ 18).¹⁵² Dieses Erhebungsinstrument wurde für die Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit niedergelassenen und klinischen Ärztinnen und Ärzten entwickelt und besteht aus 18 Fragen, welche jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala zu beantworten sind. Die mehrdimensionale Skala wurde von Marshall und Hays bereits 1994 entwickelt, um die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten direkt nach dem Arztbesuch zu messen.¹⁵³

Der PSQ 18 ist eine auf die wesentlichen Merkmalsausprägungen reduzierte Version des 50 Fragen umfassenden Patient Satisfaction Questionnaire Form 3 (PSQF3). Der

PSQF3 ist wiederum eine Weiterentwicklung, mit Zusammenlegung und Variation von Zufriedenheitsfaktorkategorien, des PSQF2. Trotz der Fragenreduktion wird beim PSQ 18 keine der sieben Zufriedenheitsdimensionen des PSQF3 ausgeschlossen. Darüber hinaus konnte durch Überprüfung der gesammelten Daten eine direkte Beziehung zwischen dem Antwortverhalten von Befragungen mittels dem PSQF3 und dem PSQ 18 dargestellt werden.¹⁵⁴ Der PSQ 18 ist ein validiertes und reproduzierbares Zufriedenheitserhebungsinstrument, welches einerseits durch seine vielfältigen Einsatzmöglichkeiten besticht, andererseits aber auch durch seinen geringen Fragenumfang von Patientinnen und Patienten sehr gut aufgenommen wird und sich dadurch ideal für kurze Untersuchungen in Bezug auf die Patientenzufriedenheit eignet.¹⁵⁵

Der PSQ 18 beinhaltet insgesamt 18 Patientenzufriedenheitseigenschaften, welche innerhalb der sieben Faktorkategorien Kommunikation, zwischenmenschliche Belange, Erreichbarkeit und Komfort, technische Qualität, Konsultationsdauer, finanzielle Aspekte und generelle Zufriedenheit gruppiert sind.¹⁵⁶ Unter Kommunikation wird hierbei sowohl die Kommunikationsfähigkeit als auch die Fähigkeit der Patientin / dem Patienten zuzuhören und auf ihre / seine Wünsche einzugehen verstanden. Ferner beschreibt die Konsultationsdauer die aufgewendete Behandlungszeit sowie die entspannte Atmosphäre und zwischenmenschliche Belange, betonen den höflichen und freundlichen Umgang miteinander. Im Gegensatz dazu summieren die Faktorkategorien Erreichbarkeit und Komfort Aspekte wie den Zugang zur Erstversorgung, die Wartezeit und die Möglichkeit zur Konsultation der gewünschten Ärztin / des gewünschten Arztes. Die technische Qualität bezieht sich auf die Praxisausstattung und die fachliche Kompetenz sowie auf die wahrgenommene Fürsorge und mögliche Zweifel in Bezug

¹⁴⁹Vgl. Vukovic et al. (2012), S. 712 ff.

¹⁵⁰Vgl. Vukovic und Jakovljevic (2016), S. 314.

¹⁵¹Vgl. Janicijevic et al. (2013), S. 161.

¹⁵²Vgl. Mangione et al. (2001), S. 1051.

¹⁵³Vgl. Osiya et al. (2017), 1 f.

¹⁵⁴Vgl. Marshall und Hays (1994), S. 2.

¹⁵⁵Vgl. Thayaparan und Mahdi (2013), S. 1.

¹⁵⁶Vgl. Marshall und Hays (1994), S. 2.

Tabelle 6: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Vukovic et al.; Quelle: In Anlehnung an Vukovic et al. (2012), S. 718.

Dimension	Inhaltliche Definition
Sympathie	Sympathieniveau der Ärztin / des Arztes
Fachwissen	Empfundene Kompetenz der Ärztin / des Arztes
Behandlungszeit	Ausreichende Behandlungszeit
Information	Ausreichende Information
Wartezeit	Angemessene Wartezeit
Erreichbarkeit	Erreichbarkeit der Ärztin / des Arztes in Notfällen
Respekt	Rücksichtnahme auf die Patientenmeinung
Ernsthaftigkeit	Grad der Problemlösungskompetenz
Zwischenmenschliche Beziehung	Persönliche Eigenschaften der Ärztin / des Arztes
Zufriedenheit mit dem Praxispersonal	Generelle Zufriedenheit mit dem Praxispersonal
Gesamtzufriedenheit	Gesamtzufriedenheit mit den untersuchten Merkmalen

auf die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt. Finanzielle Aspekte summieren die empfundene finanzielle Gerechtigkeit medizinischer Versorgung und die generelle Zufriedenheit beurteilt die Gesamtzufriedenheit mit der erhaltenen Behandlung.¹⁵⁷ Zusammenfassend stellt Tabelle 7 die unterschiedlichen Zufriedenheitsfaktorkategorien gegenüber.

Der PSQ 18 hat sich zu einem anerkannten Instrument im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung entwickelt, welches durch seine kompakte Beschaffenheit reproduzierbare Ergebnisse liefert und Erhebungen mit relativ geringem monetären und zeitlichem Aufwand ermöglicht.¹⁵⁸

4.2. Deutschsprachige Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit

Da davon ausgegangen werden muss, dass Patientenzufriedenheitsskalen, welche für den deutschsprachigen Markt entwickelt wurden, eher den jeweiligen regionalen oder politischen Bedingungen entsprechen, durch die Such- und Auswahlmethode jedoch internationale Messskalen bzw. solche in englischer Sprache begünstigt wurden, sollen hier zusätzlich zwei deutschsprachige Skalen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten vorgestellt werden. Diese sind die Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive Skala (ZAP) sowie die Qualitätspraxen Skala (QP). Tabelle 8 fasst die beiden Skalen hinsichtlich Fragen bzw. Item-Anzahl, Antwortskalenformat, Veröffentlichungsjahr, Entwicklungs- und Erstverwendungsort und Anzahl an gemessenen Zufriedenheitsfaktorkategorien bzw. Dimensionen zusammen.

¹⁵⁷Vgl. Osiya et al. (2017), 1 f.

¹⁵⁸Vgl. Thayaparan und Mahdi (2013), S. 1.

4.2.1. Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive Skala (ZAP)

Die Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive Skala (ZAP) wurde in einem mehrstufigen Verfahren entwickelt, um die prozessbezogene Patientenzufriedenheit im Rahmen des Qualitätsmanagements von Hausarztpraxen zu messen. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 23 Punkten, welche auf vier und fünfstufigen Likert-Skalen zu beantworten sind. Zur Konstruktion des Erhebungsinstrumentes wurde zunächst ein interimistischer Fragebogen entwickelt, welcher relativ viele Zufriedenheitsdimensionen berücksichtigte und in zwei Patientenbefragungsdurchläufen getestet wurde. Mit Hilfe statistischer Methoden wurden daraufhin wenig einflussnehmende Zufriedenheitsdimensionen eliminiert und das optimierte Befragungsinstrument editiert.¹⁵⁹

Insgesamt werden mit der ZAP fünf verschiedene Faktorkategorien der Patientenzufriedenheit gemessen. Diese sind die Arzt-Patienten-Interaktion, die Information der Patientinnen und Patienten, die Wirksamkeit der Behandlung, die empfundene fachliche Kompetenz der behandelnden Hausärztin / des behandelnden Hausarztes und die Praxisorganisation.¹⁶⁰ Wie Tabelle 9 zusammenfasst, wird unter der Arzt-Patienten-Interaktion das Verständnis und Einfühlungsvermögen und unter Information die Informationsvermittlungskompetenz der behandelnden Hausärztin / des behandelnden Hausarztes verstanden. Die fachliche Kompetenz summiert Faktoren, welche die medizinische Qualifikation bewerten und die Praxisorganisation beschäftigt sich bspw. mit der Wartezeit in der Praxis und der Freundlichkeit des Praxispersonals. Abschließend misst die Behandlungswirksamkeit die Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung und Genesung.¹⁶¹

¹⁵⁹Vgl. Bitzer et al. (1999), S. 196 ff.

¹⁶⁰Vgl. Berger und Lenz (2006), S. 18.

¹⁶¹Vgl. Bitzer et al. (1999), S. 202 f.

Tabelle 7: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Osiya et al.; Quelle: In Anlehnung an Osiya et al. (2017), 1 f.

Dimension	Inhaltliche Definition
Kommunikation	Vermittlungs- und Verständnissfähigkeit
Zwischenmenschliche Belange	Persönlicher Umgang
Erreichbarkeit und Komfort	Zugang, Wartezeit und Wahlmöglichkeit
Technische Qualität	Technische Ausstattung und fachliche Kompetenz
Konsultationsdauer	Nachhaltige und stressfreie Untersuchungssituation
Finanzielle Aspekte	Behandlungs- und Folgekosten
Generelle Zufriedenheit	Gesamtzufriedenheit mit medizinischer Erstversorgung

Tabelle 8: Ausgewählte deutschsprachige Skalen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit; Quelle: Verfasser.

Skala	Fragen	Skalenformat	Veröffentlicht	Entwickelt für	Dimensionen / Überkategorien
ZAP	23	4/5-stufig / Likert	1999	DE	5
QP	45	verschiedene	2004	DE	6

Tabelle 9: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Bitzer et al.; Quelle: In Anlehnung an Bitzer et al. (1999), S. 196 ff.

Faktorkategorie	Inhaltliche Definition
Arzt-Patienten-Interaktion	Persönlicher Umgang
Information	Ausreichende Information
Wirksamkeit der Behandlung	Gesamtzufriedenheit mit medizinischer Erstversorgung
Fachliche Kompetenz	Empfundene Kompetenz der Ärztin / des Arztes
Praxisorganisation	Merkmale der Praxisstruktur

4.2.2. Qualitätspraxen Skala (QP)

Die Qualitätspraxen Skala (QP) wurde entwickelt, um wahrgenommene Qualitätsdimensionen in Hausarztpraxen zu messen.¹⁶² Der Fragebogen wurde auf Grundlage eines eingehenden Literaturstudiums und des verbalen Austauschs mit teilnehmenden Allgemeinmediziner, Ordinationsmitarbeitern sowie Mitgliedern der European Foundation of Quality Management entwickelt. Mit Hilfe der QP werden unterschiedliche Qualitäts- und Zufriedenheitsaspekte sowohl auf 4-stufigen Likert als auch mit dichotomen nominalen Antwortskalen gemessen.¹⁶³ Die Skala besteht aus 45 Fragepunkten, welche sich auf 6 verschiedene Qualitäts- bzw. Zufriedenheitsdimensionen beziehen, wobei 3 der Überkategorie Praxis und 3 der Kategorie Behandlung zugeordnet sind.¹⁶⁴ Zu den mit dem Befragungsinstrument untersuchten Qualitäts- und Zufriedenheitsfaktorkategorien zählen die Praxisausstattung, die Terminvereinbarung, die Praxisorganisation, Kompetenz und Information, Interaktion und Kommunikation sowie die emotionale und persönliche Un-

terstützung.¹⁶⁵ In der Praxisausstattungsdimension wird das Praxis-Interior bewertet und unter Terminvereinbarung ist der prozessuale Ablauf und die Zufriedenheit mit der Terminvergabe zu verstehen. Die Praxisorganisation bewertet die prozessualen Praxisabläufe und die Kompetenz- und Informationsdimension bewertet wiederum das Fachwissen und die Informationsbereitschaft der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes. Die letzten beiden Dimensionen, Interaktion und Kommunikation sowie die emotionale und persönliche Unterstützung, beschäftigen sich mit dem ärztlichen Einfühlungsvermögen und zwischenmenschlichen Aspekten.¹⁶⁶ Die Definitionen der untersuchten Qualitäts- und Zufriedenheitsfaktorkategorien sind in Tabelle 10 übersichtlich zusammengefasst.

4.3. Resümee

Um die Untersuchungskategorien der einzelnen Patientenzufriedenheitsskalen vergleichbar zu gestalten, wurden

¹⁶²Vgl. Nübling et al. (2004), S. 301.

¹⁶³Vgl. Niebling et al. (2003), S. 531.

¹⁶⁴Vgl. Nübling et al. (2004), S. 301 f.

¹⁶⁵Vgl. Berger und Lenz (2006), S. 18.

¹⁶⁶Vgl. Niebling et al. (2003), S. 532 f.

Tabelle 10: Patientenzufriedenheitsdimensionen nach Nübling et al.; Quelle: In Anlehnung an Nübling et al. (2004), S. 301 ff.

Faktorkategorie	Inhaltliche Definition
Praxisausstattung	Räumliche Gegebenheiten
Terminvereinbarung	Prozess der Terminvergabe
Praxisorganisation	Prozessuale Praxisabläufe
Kompetenz und Information	Fachwissen und Informationsbereitschaft
Interaktion und Kommunikation	Vermittlungs- und Verständnisfähigkeit
Emotionale und persönliche Unterstützung	Zwischenmenschliche Aspekte

diese normiert und jeweils einer der Dienstleistungsdimensionen Potentialdimension, Prozessdimension oder Ergebnisdimension zugeordnet.¹⁶⁷

Die Potentialdimension beinhaltet hierbei jene Faktoren, die bereits vor Behandlungsbeginn bzw. Praxisbesuch vorhanden sein müssen, um innerhalb des Behandlungsprozesses Zufriedenheit auszulösen und summieren damit die Beschaffenheit der objektiven und subjektiven Leistungsvoraussetzungen.¹⁶⁸ Im Gegensatz dazu beschreibt die Prozessdimension jene Faktoren, die innerhalb des Leistungserstellungsprozesses aktiviert werden. Diese entstehen in der Regel durch den Einsatz der Potentialfaktoren, also durch die Inanspruchnahme der Vorleistung und können überwiegend nicht vollkommen beeinflusst werden, da die Kundin / der Kunde oder die Patientin / der Patient stets eigene Einflussfaktoren in den Leistungserstellungsprozess miteinbringt.¹⁶⁹ Abschließend wird innerhalb der Ergebnisdimension das Gesamtergebnis bzw. die Gesamtzufriedenheit mit dem Ergebniserstellungsprozess oder die Evaluierung der als angemessen oder unangemessen empfundenen Gegenleistung beurteilt.¹⁷⁰

Tabelle 11 stellt die unterschiedlichen internationalen Patientenzufriedenheitsskalen, gruppiert nach Potentialdimension, Prozessdimension und Ergebnisdimension, gegenüber. Die diesbezügliche Kategorisierung und Gruppierung der einzelnen Zufriedenheitsdimensionen wurde durch folgendes Prozedere sichergestellt: Ware et al. beschreiben bspw. die technische Qualität als fachliche Anbieterkompetenz.¹⁷¹ Da diese Definition sehr ähnlich jener der Zufriedenheitsdimensionen Medizinisch-technische Betreuung,¹⁷² Technische Aspekte,¹⁷³ und Fachwissen¹⁷⁴ ist, wurden diese Dimensionen innerhalb der Kategorie Fachliche Kompetenz zusammengelegt. Eine ähnliche Verfahrensweise wurde unter anderem auch bzgl. der Dimensionen Arzt-Patienten-

Beziehung sowie Auskunft und Hilfestellung,¹⁷⁵ Vertrauen und Patientenkenntnis¹⁷⁶ oder Sympathie angewandt.¹⁷⁷

Die unterschiedlichen Zufriedenheitsdimensionen wurden innerhalb der Kategorie Zwischenmenschliche Faktoren zusammengefasst. Diese zusammenfassende Normierungsmethodik wurde nachfolgend bei der Untersuchung aller Skalen und Dimensionen durchgeführt. Zur Kategorisierung der Zufriedenheitsdimensionen wurde eine eigene Auswertungsspalte erstellt, welche die jeweiligen Faktoren oder Faktorenbündel entweder der Potentialdimension, der Prozessdimension oder der Ergebnisdimension zuordnet. Die diesbezüglichen Zuordnungstabellen sind im Anhang ab Seite 104 zu finden.

In Tabelle 11 ist unter anderem zu erkennen, dass im Bereich der Potentialdimension die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes und die Praxisorganisation von allen internationalen Skalen gemessen wird. Innerhalb der Prozessdimension sind hingegen die zwischenmenschlichen Aspekte, die Behandlungsdauer und Wartezeit sehr stark vertreten. Eine Sonderstellung nimmt hier die verbale Verständigung ein, da diese von allen Skalen gemessen wird, jedoch nur bei dreien explizit als eigenständiger Zufriedenheitsfaktor genannt und bei den anderen beiden als Teilbereich der zwischenmenschlichen Aspekte gemessen wird. Die Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, bzw. die generelle Zufriedenheit in Bezug auf die untersuchten Merkmale, wird von vier Skalen ermittelt und die Zufriedenheit mit der finanziellen Gegenleistung für die erhaltene Behandlung wird als Aspekt der Ergebnisdimension nur innerhalb der beiden amerikanischen Skalen PSQF2 und PSQ 18 gemessen.

Tabelle 12 stellt nun die beiden untersuchten deutschsprachigen Skalen gegenüber, wobei die Normierung und Kategorisierung der einzelnen Zufriedenheitsdimensionen und Aspekte nach derselben Verfahrensweise erfolgte wie jene der internationalen Skalen. Die diesbezüglichen Zuordnungstabellen sind im Anhang ab Seite 104 zu finden.

Im Bereich der deutschsprachigen Skalen herrscht innerhalb der Potentialdimension Übereinstimmung bei der Unter-

¹⁶⁷Diesbezügliche Detailinformationen sind im Anhang ab Seite 104 zu finden.

¹⁶⁸Vgl. Meffert und Bruhn (2012), S. 89.

¹⁶⁹Vgl. Benkenstein (2008), S. 254 f.

¹⁷⁰Vgl. Bruhn (2008), S. 50.

¹⁷¹Vgl. Ware et al. (1983), S. 247.

¹⁷²Vgl. Grol et al. (1999), S. 5.

¹⁷³Vgl. Campbell et al. (2001), S. 91.

¹⁷⁴Vgl. Vukovic et al. (2012), S. 712.

¹⁷⁵Vgl. Grol et al. (1999), S. 5.

¹⁷⁶Vgl. Campbell et al. (2001), S. 91.

¹⁷⁷Vgl. Vukovic et al. (2012), S. 712.

Tabelle 11: Zufriedenheitsdimensionen der untersuchten internationalen Skalen; Quelle: Verfasser.

	PSQF2	EUROPEP	GPAS	QPS	PSQ 18
Potentialdimension					
Fachliche Kompetenz	✓	✓	✓	✓	✓
Organisation	✓	✓	✓	✓	✓
Ausstattung	✓	✓			✓
Umgebungsmerkmale	✓				
Kontinuität	✓		✓		
Prozessdimension					
Zwischenmenschliche Aspekte	✓	✓	✓	✓	✓
Behandlungsdauer / Wartezeit	✓	✓	✓	✓	✓
Verbale Verständigung			✓	✓	✓
Praxispersonal			✓	✓	
Ergebnisdimension					
Behandlungsergebnis	✓		✓	✓	✓
Finanzielle Faktoren	✓				✓

Tabelle 12: Zufriedenheitsdimensionen der untersuchten deutschsprachigen Skalen; Quelle: Verfasser.

	ZAP	QP
Potentialdimension		
Fachliche Kompetenz	✓	✓
Praxisorganisation	✓	✓
Praxisausstattung		✓
Terminvergabe		✓
Prozessdimension		
Arzt-Patient-Interaktion und Kommunikation	✓	✓
Information	✓	✓
Ergebnisdimension		
Wirksamkeit der Behandlung	✓	

suchung der empfundenen Zufriedenheit mit der fachlichen Kompetenz der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes und der Praxisorganisation. Auch innerhalb der Prozessdimension, welche in diesem Fall die Zufriedenheit mit der Arzt- Patient-Interaktion und Kommunikation sowie der Informationsbereitschaft der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes abbildet, werden alle erwähnten Aspekte von den analysierten Skalen gemessen. Unterschiede gibt es, wie schon bei den betrachteten internationalen Skalen, bei der Ergebnisdimension, bei welcher die Zufriedenheit mit der Wirksamkeit der Behandlung nur von einer Skala gemessen wird.

Wie die Gegenüberstellung der einzelnen Skalen zeigt, sind diese durch Einigkeit, Abweichungen und Diskrepanzen bei der Definition und Messung unterschiedlicher Zufriedenheitsfaktoren gekennzeichnet, wobei dieser Umstand natürlich auch auf unterschiedliche Untersuchungsschwerpunkte

zurückzuführen ist. Zu den am häufigsten untersuchten Zufriedenheitsfaktoren zählen die ärztliche Fachkompetenz, die Praxisorganisation und zwischenmenschliche Aspekte. Untersuchungsschwächen bestehen möglicherweise noch im Bereich der Ergebnisdimension.

5. Methoden zur Messung von Patientenzufriedenheit

Die Bestimmung des Niveaus der Patientenzufriedenheit ermöglicht Ärztinnen und Ärzten ihre persönlichen Merkmale, aber auch Merkmale wie die Praxisorganisation oder beeinflussbare äußere Umstände, den Patientenwünschen entsprechend anzupassen. Derartige Adaptionen haben nicht nur eine positive Wirkung auf die Wettbewerbsposition der Ärztin / des Arztes und der Praxis, sondern können auch

positive Behandlungseffekte erzielen.¹⁷⁸ Vor diesem Hintergrund erscheint es erstrebenswert, Möglichkeiten zur Evaluation der subjektiv empfundenen Patientenzufriedenheit abzubilden.¹⁷⁹

Die Basis jeder marktrelevanten Untersuchung bilden Informationen. Um Informationen über ein bestimmtes Untersuchungsgebiet zu erhalten, können diese entweder selbst erhoben (Primärdaten) oder interne und externe Quellen (Sekundärdaten) nach dem Aufkommen adäquater Daten durchsucht werden.¹⁸⁰ Sekundärdaten bieten die Möglichkeit, Erkenntnisse aus bereits bestehenden Datenquellen zu gewinnen und sind dadurch gekennzeichnet, dass sie bereits in der Vergangenheit durch interne oder externe Untersuchungen erhoben wurden. Grundsätzlich sollte jede Art von Datensammlung mit der Suche nach Sekundärdaten beginnen, denn diese sind in der Regel kostengünstiger und einfacher zu beschaffen als Primärdaten und bestimmte Informationen können über eine Primärdatenerhebung nicht oder nur mit sehr hohem Ressourcenaufwand beschafft werden. Darüber hinaus unterstützen Sekundärdaten die Planung und Entwicklung von Primärdatenerhebungen bzw. Erhebungsinstrumenten.¹⁸¹ Der Umgang mit Sekundärdaten ist demnach dadurch gekennzeichnet, dass diese, statt selbst erhoben, von bestehenden Datensammlungen abgeleitet werden. Jene Datensammlungen können sowohl unternehmensintern, bspw. durch die Verwendung von Daten aus früheren Untersuchungen, als auch unternehmensextern zum Vorschein kommen.¹⁸²

Die Konzeption von Sekundärdatenanalysen setzt präzise und messbare Problem- und Fragestellungen voraus, welche möglichst exakt und detailliert skizziert sein sollen. Diese Vorgehensweise gilt als grundlegende Anforderung, um das Studiendesign und die extrahierten Daten bewerten und Zeit und Kosten kalkulieren zu können. Somit werden erst durch die Festlegung der Fragestellung der eigenen Untersuchung Komponenten der Sekundärdatenanalyse, wie bspw. die zu untersuchende Gruppe oder die Abgrenzung spezieller Untersuchungsvariablen, bestimmt.¹⁸³ Um der eigenen Problem- und Fragestellung gerecht zu werden und das angestrebte Forschungsziel zu erreichen, ist es unabdingbar, nach Möglichkeit sämtliche Informationsquellen zu ermitteln und nach adäquaten Informationen zu durchsuchen. Diese Vorgehensweise ist die Grundlage, um die gesammelten Daten im nächsten Schritt zu sichten, zu bewerten und zu archivieren.¹⁸⁴

Die Sekundärmarktforschung beinhaltet unterschiedliche Vorteile sowie relativ geringe Kosten,¹⁸⁵ hat aber, je nach Fragestellung, auch Grenzen und kann unter Umständen mit Problemen verbunden sein. So kann es vorkommen, dass

für die spezifische Fragestellung keine Sekundärdaten vorhanden oder auffindbar sind, die verwendeten Skalen nicht mit der eigenen Untersuchung kompatibel sind, die Daten nicht aktuell sind, oder Objektivität, Reliabilität und Validität nicht in suffizientem Ausmaß berücksichtigt wurden. Sekundärdaten bieten eine Vielzahl unterschiedlicher Anwendungsbereiche. Einerseits kann die Sekundärdatenerhebung die Primärdatenerhebung gänzlich ersetzen. Diese Anwendungsform kommt jedoch nur zustande, wenn die gesammelten Daten das Erkenntnisinteresse vollends stillen. Andererseits werden die Daten häufig genutzt, um die Primärdatenerhebung vorzubereiten. Hierbei entwickelt sich die Primärdatenerhebung aus den Daten der Sekundäranalyse. Die dritte häufige Anwendungsform besteht in der Ergänzung der Primärdaten durch gesammelte Sekundärdaten. Anwendung findet diese Vorgehensweise bspw. indem Primärdaten mit Sekundärdaten verglichen werden.¹⁸⁶

Die Verwendung externer oder interner Datenquellen ist grundsätzlich durch einen geringeren Kostenaufwand gekennzeichnet als die Neuerhebung dieser Daten.¹⁸⁷

Insbesondere die externen Datenquellen können hierbei, je nach Fragestellung, sehr vielfältig sein und reichen von Fachzeitschriften und Büchern, über Internetquellen, wie Foren oder Datenbanken, bis hin zu Quellen von Marktforschungsinstituten, öffentlichen Gremien oder Wettbewerbern, welche dieselbe oder eine ähnliche Fragestellung bereits untersucht haben.¹⁸⁸

Im Gegensatz dazu wären interne Datenquellen im Bereich der internen Datenbanken sowie internen Statistiken, Berichten oder Beschwerdesystemen zu finden.¹⁸⁹ Interne und externe Daten können, je nach Zielsetzung, aus einer Vielzahl unterschiedlicher Quellen stammen. Aus diesem Grund gibt Tabelle 13 beispielhaft einen Überblick über mögliche interne und externe Datenquellen, welche der Messung von Patientenzufriedenheit dienlich sein können.¹⁹⁰

Bedingt durch ihre Beschaffenheit reichen Sekundärdaten oftmals nicht aus, um die Fragestellung effizient zu beantworten. Um mehr über die Patientenmerkmale in Erfahrung zu bringen empfiehlt es sich daher, Daten vor Ort zu erheben.¹⁹¹ Bei der Erhebung von Primärdaten kann generell zwischen Instrumenten der Befragung sowie Instrumenten der Beobachtung unterschieden werden, wobei Experimente Mischformen der beiden genannten Erhebungsformen darstellen.¹⁹² Eine weitere Unterteilung kann in dieser Hinsicht zwischen qualitativen und quantitativen Erhebungsmethoden getroffen werden.¹⁹³

Qualitative Erhebungsmethoden versuchen einen Themenbereich in seiner Gesamtheit zu betrachten und führen

¹⁷⁸Vgl. Gericke et al. (2004), S. 730.

¹⁷⁹Vgl. Bieber et al. (2011) S. 80.

¹⁸⁰Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 262.

¹⁸¹Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 40.

¹⁸²Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 262.

¹⁸³Vgl. Swart et al. (2008), S. 54 ff.

¹⁸⁴Vgl. Magerhans (2016), S. 64 ff.

¹⁸⁵Vgl. Olbrich et al. (2012), S. 67.

¹⁸⁶Vgl. Magerhans (2016), S. 64 ff.

¹⁸⁷Vgl. Olbrich et al. (2012), S. 68.

¹⁸⁸Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 39 ff.

¹⁸⁹Vgl. Magerhans (2016), S. 69.

¹⁹⁰Vgl. Kuß (2012), S. 45.

¹⁹¹Vgl. Pirk und O. (2012), S. 201 f.

¹⁹²Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 262.

¹⁹³Vgl. Brosius et al. (2012), S. 3.

Tabelle 13: Interne und externe Sekundärdatenquellen; Quelle: In Anlehnung an Magerhans (2016), S. 65 und die dort zitierte Literatur und Homburg und Krohmer (2006), S. 269.

Interne Sekundärdatenquellen	Externe Sekundärdatenquellen
Kunden- bzw. Patientenakte	Statistiken und amtliche Institutionen
Besuchsberichte	Veröffentlichungen von wissenschaftlichen Institutionen
Kunden- bzw. Patientendaten	Veröffentlichungen von Verlagen
CRM-Daten	Veröffentlichungen im Internet

in der Regel nicht zu quantifizierbaren Ergebnissen.¹⁹⁴ Das bedeutet, dass qualitative Methoden vor allem dann vorteilhaft eingesetzt werden können, wenn das Untersuchungsfeld noch relativ unbekannt ist.¹⁹⁵ Im Gegensatz dazu wird mit Hilfe von quantitativen Erhebungsmethoden versucht, faktische Relationen in zahlenmäßiger Struktur auf Basis einer numerischen Erhebung darzustellen. Ziel ist es demnach, die Realität so quantifizierbar wie möglich zu gestalten.¹⁹⁶

Eine wichtige Einflussgröße in Bezug auf die Messung von Patientenzufriedenheit ist der Zeitpunkt der Befragung. Dieser kann grundsätzlich zu Beginn der Behandlung oder nach der Behandlung stattfinden und führt naturgemäß zu divergenten Untersuchungsergebnissen.¹⁹⁷ Die Befragung vor Behandlungsbeginn eignet sich gut, um Diskrepanzen in der Wahrnehmung unterschiedlicher Patientinnen und Patienten zu ermitteln und diese vor der Auswertung zu kompensieren, ist aber in Bezug auf die Messung der Zufriedenheit mit der Ärztin / dem Arzt und der Behandlung durch Beurteilungsdefizite gekennzeichnet.¹⁹⁸ Werden hingegen Patientinnen und Patienten am Ende der Behandlung befragt, so können diese ihre jeweilige aktuelle Zufriedenheit zwar durchaus beurteilen, hierbei wird jedoch oftmals die individuelle Wahrnehmung zu hoch bzw. zu minder bemessen, was bedeutet, dass die Befragung zu einem späteren Zeitpunkt zu divergenten Ergebnissen führen könnte.¹⁹⁹ Aus diesem Grund wird vermehrt davon ausgegangen, dass sich der optimale Patientenbefragungszeitpunkt in Bezug auf die Zufriedenheit mit den Behandlungsumständen und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten zwischen einer und vier Wochen nach der Behandlung bewegt, da der emotionale Einfluss auf die Wahrnehmung bis dahin abgeschwächt sein sollte, die Behandlung aber noch nicht so lange her ist, dass Erinnerungsdefizite auftreten.²⁰⁰ Neben der Befragung aktueller Patientinnen und Patienten kann es auch von Interesse sein, potentielle oder ehemalige Patientinnen und Patienten in die Untersuchung miteinzubeziehen.²⁰¹ Diese Vorgehensweise erlaubt es den jeweiligen Ärztinnen und Ärzten, Anpassungen in Bezug

auf die Bedürfnisse der befragten Patientinnen und Patienten durchzuführen und dadurch potentielle Patientinnen und Patienten zu aktuellen zu machen, aktuelle Patientinnen und Patienten zu binden und ehemalige wiederzugewinnen.²⁰² Die Überlegungen hinsichtlich des optimalen Patientenbefragungszeitpunktes sind in Abbildung 6 übersichtlich zusammengefasst.

Da Vollerhebungen, also die Befragung aller Patientinnen und Patienten einer Arztpraxis, in den meisten Fällen nicht wirtschaftlich durchführbar sind, werden in der Regel Stichproben herangezogen, um das jeweilige Erkenntnisinteresse zu stillen, wobei hier wiederum zwischen zufälligen und nicht zufälligen Auswahlverfahren unterschieden wird.²⁰³ Zufällige Auswahlverfahren summieren unterschiedliche Ansätze, bei denen jedes Untersuchungsobjekt, je nach gewähltem Verfahren, die mehr oder weniger gleiche Wahrscheinlichkeit besitzt, in die Stichprobe miteinbezogen zu werden. Hierbei gilt, dass die Werte der Stichprobe sich stärker den zu erwartenden Werten in der Grundgesamtheit annähern je größer die Stichprobe ist.²⁰⁴ Bei nicht zufälligen Auswahlmethoden werden hingegen die Untersuchungsobjekte nach bestimmten Kriterien ausgewählt, wodurch jedoch häufig Problemfelder hinsichtlich der Repräsentativität der Forschungsergebnisse entstehen, da die Selektion nicht nach der Maxime der Wahrscheinlichkeit, sondern nach vordefinierten Überlegungen erfolgt.²⁰⁵

Ist die Grundgesamtheit, bspw. Patientinnen und Patienten einer Arztpraxis, definiert, wird entschieden, wie groß die Stichprobe sein soll bzw. welche Elemente aus der Grundgesamtheit befragt werden sollen.²⁰⁶ Insbesondere im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung ist darauf zu achten, dass die Stichprobe als reine Zufallsstichprobe durchgeführt wird oder die ausgewählten Untersuchungsobjekte auch ihrem jeweiligen Vorkommen in der Grundgesamtheit entsprechen, da das empfundene Zufriedenheitsniveau auch in Zusammenhang mit soziodemografischen Aspekten steht.²⁰⁷ Zu den einflussnehmenden soziodemografischen Ausprägungen zählen in diesem Zusammenhang unter anderem das Geschlecht, das Alter, der Bildungsstand, die familiäre

¹⁹⁴Vgl. Häder (2015), S. 15.

¹⁹⁵Vgl. Brüsemeister (2008), S. 19.

¹⁹⁶Vgl. Schwaiger und Zimmermann (2011), S. 420 f.

¹⁹⁷Vgl. Keiner (2006), S. 99.

¹⁹⁸Vgl. Bortz und Döring (2016), S. 102 f.

¹⁹⁹Vgl. Frodl (2011), S. 62.

²⁰⁰Vgl. Neugebauer und Porst (2001), S. 19.

²⁰¹Vgl. Töpfer (2008b), S. 386.

²⁰²Vgl. Gericke et al. (2004), S. 730.

²⁰³Vgl. Löffler und Von der Heyde (2014), S. 19.

²⁰⁴Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 46.

²⁰⁵Vgl. Brosius et al. (2012), S. 69.

²⁰⁶Vgl. Weis und Steinmetz (2008), S. 88.

²⁰⁷Vgl. Fenton et al. (2012), S. 403.

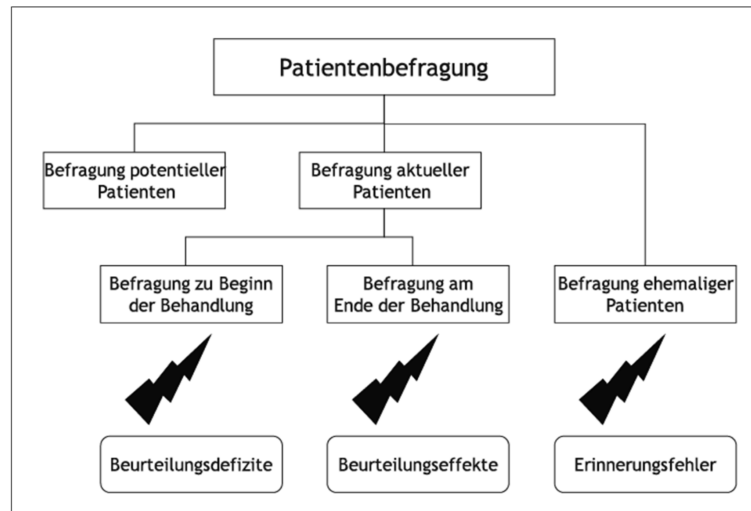


Abbildung 6: Übersicht Patientenbefragungszeitpunkte; Quelle: Frodl (2011), S. 62.

Situation sowie die Nationalität der Patientinnen und Patienten.²⁰⁸ Die Merkmalsausprägungen einzelner Patientinnen und Patienten sind nicht zu verkennen, da Untersuchungen, wie beispielsweise die zusammenfassende Metaanalyse von Salisbury et al., gezeigt haben, dass ein systematischer Zusammenhang zwischen Patienteneigenschaften wie Alter oder Ethnie und empfundener Zufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten besteht, dieser Zusammenhang jedoch in der Anpassung der Behandlungsmethoden häufig vernachlässigt wird.²⁰⁹

Neben soziodemografischen Merkmalen kann auch das Krankheitsbild selbst die Zufriedenheit beeinflussen. Einerseits fällt es in der Regel schwerer, Patientinnen und Patienten mit insuffizientem Gesundheitszustand zu erreichen und es stellt sich je nach Erkrankungsgrad die Frage, ob diese geistig oder körperlich fähig sind, die Fragen zu beantworten. Andererseits erzielt physische Gesundheit einen positiven Effekt in Bezug auf die Zufriedenheitsbeurteilung. Demnach ist davon auszugehen, dass Patientinnen und Patienten mit einer schweren Erkrankung ihre Zufriedenheit grundsätzlich anders beurteilen als jene mit einer leichten Erkrankung.²¹⁰

Die Auswahl der Untersuchungsmethode bzw. des Untersuchungsinstrumentes hängt insbesondere im medizinischen Bereich von unterschiedlichen Faktoren in Bezug auf die Patientenfreundlichkeit ab. So muss speziell bei Zufriedenheitsbefragungen im Gesundheitsumfeld darauf geachtet werden, dass das Instrument geeignet ist, um das relativ komplexe Untersuchungsumfeld verständlich darzustellen. Davon abgesehen soll die Untersuchung im Einzelfall dennoch mit möglichst geringem Zeitaufwand verbunden sein.²¹¹

Die Analyse von persönlichen Merkmalen, Eigenschaften, Ansprüchen, Forderungen und subjektiver Zufriedenheit

ist generell ausschließlich über ein Befragungsinstrument durchführbar. Dementsprechend sind auch die Erhebung der aktuellen Patientenzufriedenheit sowie die Evaluation unterschiedlicher Dimensionen nur unter Zuhilfenahme einer direkten oder indirekten Patientenbefragung möglich.²¹²

Patientenzufriedenheitsmessungen haben in der Vergangenheit kontinuierlich zugenommen und stellen ein relativ komplexes Konstrukt eines Marktforschungsprozesses dar. Allen Methoden und Instrumenten gemein ist der Anspruch auf Objektivität, Reliabilität und Validität, da nur Methoden und Instrumente, welche jene Gütekriterien miteinbeziehen, systematisch korrekte Erhebungen begünstigen.²¹³ Objektivität beschreibt in diesem Zusammenhang einen Untersuchungsprozess, bei welchem die / der Untersuchende keinen Einfluss auf das Messergebnis ausübt, die Untersuchung also auch bei Durchführung durch eine andere Person zum selben Ergebnis führt.²¹⁴ Unter Reliabilität wird die Zuverlässigkeit des Messergebnisses verstanden. Das bedeutet, dass die Untersuchung bei erneuter Durchführung zu vergleichbaren Ergebnissen führen soll, also frei von Messfehlern ist.²¹⁵ Validität hingegen liegt dann vor, wenn ein Messverfahren genau das misst, was gemessen werden soll.²¹⁶

In den folgenden Unterkapiteln werden unterschiedliche Datenerhebungsmethoden für die Untersuchung der Patientenzufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten dargestellt. Tabelle 14 gibt Auskunft über die vorgestellten Untersuchungen und Studien im Bereich der Erhebung von Primärdaten der Patientenzufriedenheit und fasst die wichtigsten Eckdaten der jeweiligen Erhebung zusammen.

²¹²Vgl. Neugebauer und Porst (2001), S. 19.

²¹³Vgl. Wüthrich-Schneider (2000b), S. 1119.

²¹⁴Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 255.

²¹⁵Vgl. Moosbrugger und Kelava (2012), S. 11.

²¹⁶Vgl. Rammstedt (2010), S. 250.

²⁰⁸Vgl. Alrubaiee und Alkaa'ida (2011), S. 126.

²⁰⁹Vgl. Salisbury et al. (2010), S. 1 ff.

²¹⁰Vgl. Applebaum et al. (2004), S. 30.

²¹¹Vgl. Wüthrich-Schneider (2000b), S. 1118.

Tabelle 14: Ausgesuchte Patientenzufriedenheitserhebungen; Quelle: Verfasser.

Erhebungsmethode	Autoren	Teilnehmer	EI*	Jahr
Tiefeninterview	Joo et al.	13	N/A***	2017
Gruppendiskussion	Baker	> 40	CSQ	1990
C. I. T.**	Marcinowicz et al.	30	N/A***	2014
Vorschlagssystem	Mahler et al.	370	N/A***	2012
Mündliche Befragung	Stewart et al.	319	MOSSF36	2000
Schriftliche Befragung	Williams / Calnan	454	N/A***	1991
Telefonische Befragung	Stewart et al.	319	MOSSF36	2000
Onlinebefragung	Campbell et al.	> 2 Mio.	ENGPPS	2009
Beobachtung	McKinstry et al.	106	N/A***	2010
Experiment	Lomgo et al.	747	N/A***	2006
Onlineressourcen	Kadry et al	4999	N/A***	2011

* EI: Erhebungsinstrument
** C. I. T.: Critical Incident Technique. Vgl. [Matzler und Bailom \(2004\)](#), S. 267.
***N/A: Nicht angegeben (not available) bzw. nicht anwendbar. Vgl. [Bielińska \(2010\)](#), S. 227.

5.1. Befragung

Die Befragung ist die wohl am häufigsten angewandte Methode im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung.²¹⁷ Hierbei lassen sich eher qualitativ und eher quantitativ ausgerichtete Erhebungsmethoden unterscheiden.²¹⁸

Mit Hilfe von qualitativen Forschungsmethoden wird versucht, Erkenntnisse über Gegebenheiten in ihrer Gesamtheit zu erfassen.²¹⁹ Dabei liegt der Untersuchungsschwerpunkt nicht in der Quantifizierung des Analysegegenstandes, sondern der Fokus liegt darauf, facettenreiche und profunde Erkenntnisse zu erhalten.²²⁰ Qualitative Untersuchungsmethoden werden häufig angewandt, um Informationen zu erhalten, welche die Grundlage für anschließende repräsentative quantitative Erhebungen bilden. Dementsprechend definieren die diesbezüglich erhobenen Daten häufig den Untersuchungsrahmen und legen Aspekte und Komponenten des Untersuchungsgebietes fest.²²¹

Qualitative Untersuchungen werden demzufolge nicht angewandt, um genaue Messungen und Auswertungen durchzuführen, sondern dienen eher der Ideengewinnung und Hypothesenbildung. Dementsprechend sind die unterschiedlichen Methoden sehr vielfältig gestaltet, wobei sich indessen mehrere Übereinstimmungen erkennen lassen. So handelt es sich bei qualitativen Forschungsdesigns häufig um Untersuchungen mit marginaler gefestigter Struktur, innerhalb des Forschungsprozesses sind die Erhebung, die Analyse und die Hypothesenbildung eng verbunden, es handelt sich oftmals um nicht repräsentative Untersuchungen mit geringem Stichprobenumfang, die erhobenen Daten lassen sich

nicht oder nur schwer quantifizieren und es handelt sich stets um eine nicht oder kaum standardisierte Untersuchungsmethodik.²²²

Um ein Forschungsobjekt qualitativ zu untersuchen, reichen aufgrund der breiten Zielsetzung in der Regel relativ geringe Teilnehmerzahlen aus, wobei sich dieser Umstand erwartungsgemäß negativ auf die Repräsentativität der Untersuchung auswirken kann. Dieser Sachverhalt relativiert sich jedoch durch den prozessualen Charakter qualitativer Methoden, eher einen umfassenden Überblick und eine grobe Richtung vorzugeben als zu exakten Ergebnissen zu führen.²²³

Obwohl die Prämisse qualitativer Forschungsmethoden tendenziell auskunftsschaffend ausgerichtet ist, wird dennoch immer stärker darauf geachtet, dass die Untersuchungsergebnisse den Anspruch auf Validität und Reliabilität erfüllen. Dieser Anspruch mündet in vergleichbaren, wiederholbaren Untersuchungen und fundiert die logische Herleitung der Ergebnisse.²²⁴ Qualitative Befragungsmethoden bieten mittlerweile eine große Vielfalt an Instrumenten und Untersuchungsansätzen. Dazu zählen unter anderem die auch in dieser Arbeit vorgestellten Befragungsmethoden Tiefeninterview, Gruppendiskussion, Critical Incident Technique und die Analyse von Beschwerde- und Vorschlagssystemen.²²⁵

Im Gegensatz zu qualitativen Erhebungsmethoden sind quantitative Erhebungsmethoden dadurch gekennzeichnet, dass ausgewählte Attribute, auf Erfahrung beruhende Erkenntnisse, methodisch mit numerischen Werten belegt und quantitativ erfasst werden.²²⁶ Charakteristisch für den Umgang mit quantitativen Verfahren ist demnach die Erhe-

²¹⁷Vgl. [Wüthrich-Schneider \(2000b\)](#), S. 1118.

²¹⁸Vgl. [Homburg und Krohmer \(2006\)](#), S. 265.

²¹⁹Vgl. [Brosius et al. \(2012\)](#), S. 4.

²²⁰Vgl. [Kuß \(2012\)](#), S. 134.

²²¹Vgl. [Berekoven et al. \(2007\)](#), S. 89 f.

²²²Vgl. [Kuß \(2012\)](#), S. 136.

²²³Vgl. [Berekoven et al. \(2007\)](#), S. 89 f.

²²⁴Vgl. [Kuß \(2012\)](#), S. 136 f.

²²⁵Vgl. [Berekoven et al. \(2007\)](#), S. 92.

²²⁶Vgl. [Brosius et al. \(2012\)](#), S. 4.

bung von Informationen in Zahlenformat bzw. die Transformation von Faktoreigenschaften in zahlenmäßige Form. Die so gewonnenen Erkenntnisse werden generell unter Zuhilfenahme statistischer Auswertungsmethoden analysiert.²²⁷ Hierbei wird unter anderem untersucht, ob ein Untersuchungsgegenstand unterschiedliche Merkmalsausprägungen besitzt und wie sich diese zueinander verhalten, ob dieser Umstand auch auf andere Untersuchungsgegenstände zutrifft und wie sich jene Verhaltensweisen im Zeitverlauf verändern.²²⁸

Die Charakterisierung quantitativer Erhebungsmethoden beruht folglich darauf, dass die Erfassung und Analyse der gesammelten Informationen keiner Auslegung durch die / den Untersuchenden bedarf. Die gebündelten Daten sind allgemein plausibel und reproduzierbar. Dieser Umstand beschreibt zweifelsohne einen der erheblichsten Vorteile quantitativer Forschungsmethoden. Weitere positive Aspekte bestehen in der Regel darin, dass der Ablauf klar definiert und strukturiert ist und die Untersuchungsmethoden spezifisch charakterisierbar und abgrenzbar sind. Sowohl innerhalb von theoretischen als auch praktischen Problemfeldern kommen die Vorteile quantitativer Untersuchungsmethoden deutlich zum Vorschein, weshalb sie weitläufige Anwendungsbereiche innehaben und in unterschiedlicher Hinsicht eingesetzt werden.²²⁹

Quantitative Untersuchungsmethoden werden einerseits angewandt, um repräsentative Untersuchungsergebnisse zu erhalten, andererseits aber auch, um den durch qualitative Methoden erforschten Attributen, Merkmalen und Kriterien ihre jeweilige Stellung oder Positionierung zuzuordnen.²³⁰ Innerhalb der quantitativen Primärdatenerhebung wird zwischen normiertem mündlichem Interview, normierter schriftlicher Befragung, normiertem telefonischem Interview und der Onlinebefragung unterschieden.²³¹

Insbesondere bei schriftlichen Befragungsarten stellt die sogenannte Rücklaufquote eine wichtige Einflussgröße dar. Sie wird als Quotient des Rücklaufes, also Anteil der rückgesendeten Formulare im Gegensatz zu ausgesendeten Formularen, definiert. Traditionell werden häufig die Art und der Zeitpunkt der Befragung als determinierende Faktoren auf die Rücklaufquote definiert.²³² Einfluss auf die Rücklaufquote haben aber nicht nur Befragungsart und Zeitpunkt, sondern auch demografische Aspekte, das Interviewverhalten oder Anreize zur Beantwortung.²³³

Mazor et al. konnten darüber hinaus in ihrer Untersuchung aus dem Jahr 2002 belegen, dass die Rücklaufquote, insbesondere im Bereich der Patientenzufriedenheitsforschung, signifikant durch das Patientenzufriedenheitslevel beeinflusst wird. Innerhalb der Untersuchung war die Wahr-

scheinlichkeit, dass eine zufriedene Patientin / ein zufriedener Patient an der Untersuchung teilnimmt deutlich höher als die Wahrscheinlichkeit, dass eine unzufriedene / ein unzufriedener teilnimmt. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass der Faktor Rücklaufquote Patientenzufriedenheitsmessungen erheblich beeinflussen kann, was unter Miteinbezug dieses Ergebnisses zu einer Überschätzung des Zufriedenheitsniveaus innerhalb der Untersuchungsgruppe führt. Diesem Schluss folgend könnte sogar davon ausgegangen werden, dass Ärztinnen und Ärzte mit einer schlechteren Leistung besser bewertet werden als jene mit einer besseren Leistung. Deutlich wird durch diese Darstellung jedenfalls, dass die Gegenüberstellung von Ärztinnen und Ärzten mit positiv wahrgenommener Performanz und solchen mit negativ wahrgenommener Performanz nicht aufgrund von unstrukturiert gesammelter Daten vollzogen werden kann.²³⁴ Bei der Primärdatenerhebung, insbesondere bei der Befragung, ist infolgedessen neben der bereits diskutierten Gütekriterien auch die Stichprobenqualität, demnach die Zusammensetzung der Stichprobe, welche sich aus der Rücklaufquote erheben lässt, zu beachten und zu beurteilen, um ein hohes Maß an Repräsentativität zu erlangen.²³⁵

Im Folgenden werden die eher qualitativen Untersuchungsmethoden (5.1.1 - 5.1.4), gefolgt von den eher quantitativen Befragungsmethoden (5.1.5) dargestellt. Insbesondere wird hierbei auf den Zusammenhang der jeweiligen Methode mit der Zufriedenheitsmessung mit Hausärztinnen und -ärzten eingegangen.

5.1.1. Tiefeninterview

Das Tiefeninterview bezeichnet ein verhältnismäßig ungebundenes qualitatives Erhebungsinstrument, welches als subjektives Gespräch Anwendung findet.²³⁶ Dabei handelt es sich um eine, einen längeren Zeitraum andauernde, tiefgehende Unterhaltung zwischen einer auskunftsfragenden und einer auskunftsgebenden Person über vorher festgelegte Themenbereiche, wobei die Interviewerin / der Interviewer das Gespräch derart zu führen versucht, dass sie / er nach Möglichkeit sämtliche für die auskunftsgebende Person bedeutsamen Charakteristika, Merkmale, Blickwinkel und Aspekte erfasst.²³⁷

Tiefeninterviews werden gewöhnlich durchgeführt, um grundlegende Erkenntnisse in Bezug auf die Wahrnehmung der Auskunftsperson zu erlangen,²³⁸ wobei diese Untersuchungsmethode auch dazu dient, den Befragten Beweggründe und Handlungsweisen bewusst zu machen, welche sie bislang nicht oder kaum erkannt haben, um eine korrespondierende Untersuchung umsetzen zu können.²³⁹ Abgesehen von den allgemeinen Auskünften der interviewten Personen werden auch Vorschläge in Bezug auf die Lösung identifizierter

²²⁷Vgl. Schwaiger und Zimmermann (2011), S. 421.

²²⁸Vgl. Brüsemeister (2008), S. 20.

²²⁹Vgl. Schwaiger und Zimmermann (2011), S. 421.

²³⁰Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 89 f.

²³¹Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 268.

²³²Vgl. Bischoff (2002), S. 8.

²³³Vgl. Wüthrich-Schneider (2000b), S. 1118.

²³⁴Vgl. Mazor et al. (2002), S. 1403

²³⁵Vgl. Tachtsoglou und König (2017), S. 268.

²³⁶Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 264.

²³⁷Vgl. Salcher (1995), S. 34.

²³⁸Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 264.

²³⁹Vgl. Kuß (2012), S. 132.

Problemfelder examiniert. Von substantieller Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass der auskunftsgewährenden Person umfassende Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf die Äußerung individueller Vorstellungen, Gefühle und Anliegen gewährt werden.²⁴⁰

Durch das offene Gespräch mit aktuellen, potentiellen und ehemaligen Patientinnen und Patienten dienen Tiefeninterviews den teilstrukturellen Zufriedenheitsmessungen und ermöglichen es Ärztinnen und Ärzten, einen ersten Überblick über Wünsche, Vorstellungen und Erwartungen ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten.²⁴¹ Die Methode eignet sich also insbesondere als Vorstudie für Untersuchungsbereiche, in welchen keine oder nur wenige Erkenntnisse vorliegen oder für Themenbereiche, welche unter alternativen Aspekten betrachtet werden sollen.²⁴²

Eine relativ aktuelle Studie in diesem Zusammenhang ist jene von Joo et al., bei welcher sowohl die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten mit dem Primary Care Projekt als auch einzelne Zufriedenheitsdimensionen mit Hausärztinnen und -ärzten untersucht und charakterisiert wurden. Die Studie wurde mit Hilfe qualitativer Daten, welche im Zuge von 13 halbstrukturierten Tiefeninterviews erhoben wurden, durchgeführt und konnte einen relativ starken Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und einer positiven Arzt-Patienten-Beziehung sowie der verbalen und nonverbalen Bereitstellung umfassender Informationen und Patientenzufriedenheit konstatieren.²⁴³

5.1.2. Gruppendiskussion

Unter einer Gruppendiskussion wird innerhalb der qualitativen Forschungsmethoden ein konzeptioneller Dialog verstanden, welcher unter der Prämisse geführt wird, Eigenschaften, Haltungen und Merkmale in Bezug auf ein bestimmtes, durch die Forschungsfrage festgelegtes, Untersuchungsareal zu bestimmen.²⁴⁴ Im Gegensatz zum Tiefeninterview, welches darauf abzielt, umfassende Informationen bzgl. unabhängiger Handlungsweisen, Anschauungen und Eigenschaften zu gewinnen, wird die Gruppendiskussion angewandt, um nach Möglichkeit eine detaillierte Übersicht über Anschauungen und Gedanken unterschiedlicher Patientinnen und Patienten hervorzubringen.²⁴⁵

Die Gruppendiskussion eignet sich zur Vorbereitung von standardisierten Patientenbefragungen unter zweierlei Gesichtspunkten. Einerseits kommt es vor, dass sich patientenspezifische Daten nicht direkt erheben lassen, andererseits dient die Befragung von Fokusgruppen als explorative Forschungsmethode, welche Sachverhalte aufdecken kann, die vor Untersuchungsbeginn nicht oder nur wenig bekannt waren.²⁴⁶ Auch in finanzieller Hinsicht beinhaltet die Gruppen-

befragung gegenüber standardisierten Einzelbefragungsmethoden Kosteneinsparungspotentiale und bietet insbesondere im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung oftmals das einzige effizient einsetzbare Befragungsinstrument zur Erhebung von Zufriedenheitskriterien spezieller Patientengruppen, wie bspw. Personen mit schweren physischen oder psychischen Einschränkungen.²⁴⁷

Die Untersuchungsmethode der Gruppendiskussion kann auch unter alternativen Gesichtspunkten vorteilhaft wirken. So ist sie mit relativ wenig Zeitaufwand verbunden, was insbesondere im direkten Vergleich mit eher längerfristigen Befragungsmethoden einen Nutzeneffekt darstellt. Darüber hinaus können durch die relativ kurze Planungs- und Durchführungsdauer kurzfristig Daten erhoben werden, welche bei der quantitativen Untersuchung vernachlässigt wurden.²⁴⁸

Das Niveau von Gruppendiskussionen ist von der Planung abhängig. So muss bereits im Vorfeld entschieden werden, welche Personengruppen teilnehmen und wie diese zur Teilnahme animiert werden sollen, wie die Diskussion in Bezug auf räumliche Gegebenheiten, Motivation und Moderation realisiert werden soll, welche Fragen geklärt werden sollen und wie Transkription, Analyse und die Darstellung der Ergebnisse von statten gehen sollen. Der Planungsprozess sollte dabei stets den Datenanforderungen entsprechen, eine Vergleichsmöglichkeit bieten, ethische Aspekte beinhalten und unter Miteinbeziehung möglicher Auswirkungen auf die DiskussionsteilnehmerInnen gestaltet werden.²⁴⁹

Im Falle einer traditionellen Gruppenbefragung sollte sich die Gruppengröße zwischen 7 und 10 potentiellen, aktuellen oder ehemaligen Patientinnen und Patienten bewegen, wobei stets darauf zu achten ist, dass die DiskussionsteilnehmerInnen sich gegenseitig sehen und hören und der Diskussion folgen können. Das Gespräch selbst soll ca. 60 Minuten dauern. Sollte der verbale Austausch jedoch, veranlasst durch Erschöpfung der TeilnehmerInnen oftmals ins Stocken geraten, empfiehlt es sich, die Teilnehmeranzahl zu reduzieren.²⁵⁰ Es gibt aber auch andere Ansätze von Gruppendiskussionen, wie bspw. Minigruppen oder Onlinediskussionen, welche nicht dem traditionellen Schema folgen. Minigruppenbefragungen sind bewusst in ihrer Teilnehmerzahl begrenzt, um den DiskussionsteilnehmerInnen mehr Zeit für ihre Ausführungen zur Verfügung zu stellen und so tiefergehende Informationen über ihre persönlichen Erlebnisse und Einstellungen zu erhalten. Im Gegensatz dazu können mit Hilfe von Onlinegruppendiskussionen TeilnehmerInnen miteinander in Verbindung gebracht werden, welche innerhalb einer traditionellen Gruppendiskussion aufgrund von temporalen oder räumlichen Faktoren nicht aufeinandertreffen würden.²⁵¹

Gruppendiskussionen eignen sich insbesondere dazu, Erkenntnisse über einen Untersuchungsbereich zu erlangen,

²⁴⁰Vgl. Magerhans (2016), S. 170.

²⁴¹Vgl. Applebaum et al. (2004), S. 78.

²⁴²Vgl. Magerhans (2016), S. 170.

²⁴³Vgl. Joo et al. (2017), S. 173.

²⁴⁴Vgl. Vogl (2014), S. 581.

²⁴⁵Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 265.

²⁴⁶Vgl. Pirk und O. (2012), S. 231.

²⁴⁷Vgl. Applebaum et al. (2004), S. 44.

²⁴⁸Vgl. Pirk und O. (2012), S. 231 f.

²⁴⁹Vgl. Vogl (2014), S. 583.

²⁵⁰Vgl. Applebaum et al. (2004), S. 44.

²⁵¹Vgl. Kühn und Koschel (2011), S. 276 ff.

über welchen relativ wenig bekannt ist oder Annahmen über bestimmte Forschungsgebiete auf ihre zeitliche Konstanz hin zu überprüfen. Baker hat bspw. 1991 in einem mehrstufigen Verfahren auch die Gruppendiskussion angewandt, um ein Instrument zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Behandlung zu entwickeln. Hierbei wurden zuerst unterschiedliche Zufriedenheitsfaktoren mittels Literaturrecherche ermittelt und jene Faktoren dann mittels Gruppendiskussion bewertet bzw. ergänzt. Aus den dadurch definierten Faktoren wurde ein Fragebogen erstellt, welcher nach mehreren Testdurchläufen als valides Erhebungsinstrument bestätigt und fortan als Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ) bezeichnet wurde.²⁵² Baker entwickelte in seiner Untersuchung aber nicht nur ein Erhebungsinstrument, sondern konnte auch darstellen, wie wichtig zwischenmenschliche Aspekte wie Respekt und Empathie oder gegenseitiges Vertrauen innerhalb der Zufriedenheitsbewertung mit der behandelnden Hausärztin / dem behandelnden Hausarzt sind.²⁵³

5.1.3. Critical Incident Technique

Die Critical Incident Technique (CIT) ist eine Untersuchungsmethode, welche unter anderem angewandt wird, um Erwartungen und Problemfelder von DienstleistungsempfängerInnen zu identifizieren.²⁵⁴ Sie setzt sich aus einer Reihe unterschiedlicher Prozessschritte zusammen und versucht, durch die Beobachtung des menschlichen Verhaltens, Lösungsansätze für praktische Probleme zu liefern, wobei als Problemansatz kritische Ereignisse im Fokus stehen.²⁵⁵ Generell kann postuliert werden, dass die CIT ein Instrument zur Erfassung von Exempeln außerordentlich effizienter oder ineffizienter Verhaltensweisen in vorweg eindeutig festgelegten Sachverhalten darstellt.²⁵⁶

In der Regel wird die Methode in Form eines Interviews angewandt, wobei die Auskunftspersonen gebeten werden, sich zu exponentiell negativen oder positiven Erfahrungen, welche sie im Rahmen des jeweiligen Themenbereiches gemacht haben, zu äußern.²⁵⁷ Danach wird die Auswertung der gesammelten Daten in mehreren Schritten durchgeführt, wobei an erster Stelle diejenigen kritischen Ereignisse in die Begutachtung miteinbezogen werden, welche einen ausreichenden Detailgenauigkeitsgrad innehaben, um die Situation, welche Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit hervorgerufen hat, transparent zu reflektieren. In weiterer Folge werden die unterschiedlichen kritischen Ereignisse verschiedenen Rubriken zugewiesen, wodurch sich einflussnehmende Faktoren, welche große Auswirkung auf die subjektiv empfundene Zufriedenheit ausüben, innerhalb von Überkategorien gruppieren lassen.²⁵⁸

Der Vorteil der CIT besteht vor allem darin, dass die Ereignisse, an welche sich die Befragten erinnern können, in der Regel einen sehr hohen Stellenwert in deren Wahrnehmung einnehmen und damit überwiegend strukturelle Qualitätskriterien darstellen. In diesem Zusammenhang ist jedoch auch zu beachten, dass die CIT, anlässlich der Konzentration auf außergewöhnlich positive oder negative Situationen, die umfassende Qualitätssicht nicht ausreichend darstellt.²⁵⁹

Im Bereich der Messung der Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten wird die CIT unter anderem eingesetzt, um die Qualitätskriterien bzw. Qualitätsanforderungen bestimmter Patientengruppen zu erforschen. Als Beispiel wäre hier die Studie von Marcinowicz et al. zu nennen, bei welcher explizit das von älteren Patientinnen und Patienten erwartete Ärztinnen- und Ärzterverhalten in Polen untersucht wurde. Mit Hilfe der CIT konnten insgesamt 122 qualitative Patientenkommentare protokolliert werden, wobei der Großteil der genannten Ereignisse positive Sachverhalte beschrieb. Durch die Interviews wurde festgestellt, dass für ältere Patientinnen und Patienten ausgeprägte soziale und emotionale Verhaltensweisen von Ärztinnen und Ärzten deutlich wichtiger sind als fachliche Kompetenzen.²⁶⁰

5.1.4. Beschwerde- und Vorschlagssysteme

Beschwerde- und Vorschlagssysteme sind mittels Formular, Telefonhotline oder mittels Onlineunterstützung eingerichtete Anlaufstellen, welche vor dem Hintergrund der Informationsgewinnung betrieben werden und die Möglichkeit bieten, Problembereiche schnell zu erkennen und gegebenenfalls rechtzeitig gegenzusteuern.²⁶¹ Auf Grundlage der kritischen Auseinandersetzung mit lobenden Worten und Beanstandungen bedeutsamer Anspruchsgruppen erlaubt bspw. die Analyse von Beschwerde- und Vorschlagssystemen die Kategorisierung von Eigenschaften als Grundanforderung, Leistungsanforderung, Begeisterungseigenschaft oder wertfreier Merkmalsausprägung.²⁶²

Der Nutzeffekt dieser Methodik ergibt sich daraus, dass die Datensammlung wirtschaftlich kostengünstig durchführbar ist und Patientinnen und Patienten eine relativ einfache und anonyme Möglichkeit erhalten, ihre Präferenzen zu offenbaren. Negative Aspekte hingegen begründen sich in inexisterter Repräsentativität, wodurch sich die Evaluation von Kategorie und Ausmaß der Anmerkungen als diffizil darstellt.²⁶³

Mahler et al. haben bspw. mit Hilfe von teilstrukturierter Feedbackformularen die Zufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Kommunikation und deren Auswirkung auf die generelle Patientenzufriedenheit untersucht. Hierfür wurden im Rahmen des HeiCare-Projektes Feedbackformulare für Personen mit chronischen Krankheiten erstellt. Gemessen wurde nicht nur die generelle Zufriedenheit mit der

²⁵²Vgl. Baker (1990), S. 487.

²⁵³Vgl. Mead und Bower (2000), S. 1091.

²⁵⁴Vgl. Matzler und Bailom (2004), S. 267.

²⁵⁵Vgl. Flanagan (1954), S. 327.

²⁵⁶Vgl. Hentschel (1992), S. 164.

²⁵⁷Vgl. Chell (2004), S. 48.

²⁵⁸Vgl. Matzler und Bailom (2004), S. 277.

²⁵⁹Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 988.

²⁶⁰Vgl. Marcinowicz et al. (2014), S. 361 ff.

²⁶¹Vgl. Schimanofsky (2013), S. 186 f.

²⁶²Vgl. Hölzling (2008), S. 66.

²⁶³Vgl. Applebaum et al. (2004), S. 89.

Arzt-Patienten-Kommunikation, sondern vor allem die Beratungsqualität in Bezug auf die dauerhafte Medikamenteneinnahme, da diese insbesondere bei jener Patientengruppe von erheblicher Bedeutung ist. Danach wurden den einzelnen Ärztinnen und Ärzten die gesammelten Ergebnisse mitgeteilt und mit einer zweiten Fragerunde begonnen. Die gesamte Arbeit zielte darauf ab zu untersuchen, ob die Feedbackkommunikation bzgl. der Gesamtinformation über Arzneimittel die Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten verbessert oder nicht. Innerhalb der Untersuchung konnte eine signifikante Erhöhung der Patientenzufriedenheit nach Mitteilung der gesammelten Feedbackergebnisse an die behandelnde Hausärztin / den behandelnden Hausarzt nachgewiesen werden.²⁶⁴

5.1.5. Standardisierte Befragungsarten

Im Bereich der standardisierten Befragungsarten zur Erhebung der empfundenen Patientenzufriedenheit kann generell zwischen standardisierter mündlicher Befragung, standardisierter schriftlicher Befragung, standardisierter Telefonischer Befragung und Onlinebefragung unterschieden werden.²⁶⁵

Die standardisierte mündliche Befragung ist die anspruchsvollste der dargestellten quantitativen Befragungsarten. Der bedeutendste Vorteil dieser Befragungsform zeigt sich in der Güte der gesammelten Informationen. Die hohe Qualität resultiert daraus, dass die Interviewrahmenbedingungen beeinflusst werden können und die Befragung aktiv, bspw. durch Erläuterung komplizierter Sachverhalte, gestaltet werden kann.²⁶⁶ Da der Einfluss der Interviewerin / des Interviewers bei dieser Befragungsform relativ hoch ist, können dadurch jedoch die Ergebnisse verzerrt und möglicherweise der Anspruch auf Objektivität nicht erfüllt werden.²⁶⁷ Trotz der genannten Defizite sind standardisierte mündliche Befragungen gut geeignet, um Erkenntnisse in Bezug auf die Zufriedenheitsbeurteilung zu gewinnen.²⁶⁸

Ein Beispiel für eine Untersuchung bei der unter anderem das Instrument der normierten mündlichen Befragung zum Einsatz gekommen ist, ist die Studie von Stewart et al. aus dem Jahr 2000. Die Forscher untersuchten damals den Zusammenhang von patientenzentrierter Kommunikation innerhalb des ärztlichen Beratungsgesprächs und nachfolgendem Patientenwohlfinden sowie damit einhergehender Patientenzufriedenheit. Zu diesem Zweck wurden 39 Hausärztinnen und -ärzte zufällig ausgewählt und insgesamt 315 Patientinnen und Patienten befragt. Durch die Untersuchung konnte gezeigt werden, dass eine positive Arzt-Patienten-Kommunikation erheblichen Einfluss auf die emotionale Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten hat, damit einen elementaren Bestandteil der Patientenzufriedenheit

darstellt und sogar zu elaborierten Behandlungsergebnissen führt.²⁶⁹

Die normierte schriftliche Befragung gleicht den wesentlichsten negativen Aspekt des normierten mündlichen Interviews – die Einflussnahme durch die Interviewerin / den Interviewer – aus. Durch das Fehlen einer aktiven Interviewerin / eines aktiven Interviewers kann jedoch die Rücklaufquote des Befragungsinstrumentes gering und wenig repräsentativ ausfallen. Darüber hinaus gibt es bei dieser Befragungsmethode keine Möglichkeit der Erläuterung komplizierter Sachverhalte oder der Nutzung von Verständnisfragen.²⁷⁰

Im Vergleich mit anderen Arten der Primärdatenerhebung ist also bei Verwendung von standardisierten schriftlichen Befragungen generell mit eher geringen Rücklaufquoten zu rechnen. Im Gegenzug bedeutet die Fragebogenaufbereitung für die Forscherin / den Forscher etwas weniger Aufwand. Dieser Umstand begründet sich darin, dass die Fragenreihenfolge nicht zwingend das ausschlaggebende Qualitätskriterium darstellt, da die antwortende Person in der Regel ausreichend Zeit hat, sich mit den Fragen zu befassen. Das bedeutet aber nicht, dass die Fragenanordnung vollends vernachlässigt werden kann. Die Bündelung von Themenbereichen und der logische Fragebogenaufbau sollten unter allen Umständen gewährt werden.²⁷¹

Als häufig genanntes Beispiel für eine standardisierte schriftliche Befragung im Patientenzufriedenheitsbereich ist die Studie von Williams und Calnan aus dem Jahr 1991 zu nennen. Mittels postalisch versandtem Fragebogen wurde versucht zu erforschen, welche Faktoren die Zufriedenheit von südostenglischen Hausarztpatientinnen und -patienten beeinflussen. Während die Gesamtzufriedenheit relativ hoch bewertet wurde, wurden die einzelnen Faktoren doch sehr unterschiedlich bewertet. Als ausschlaggebendste Zufriedenheitsfaktoren konnten die Dimensionen Kommunikation, die Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Professionalität der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes identifiziert werden.²⁷²

Das standardisierte telefonische Interview erlaubt es, Untersuchungen in geografisch relativ weit auseinanderliegenden Gebieten wirtschaftlich durchzuführen, jedoch verbindet diese Befragungsform die Nachteile des normierten mündlichen Interviews und der normierten schriftlichen Befragung. Das bedeutet, dass die Repräsentativität der Stichprobe durch die relative Anonymität von TelefonbesitzerInnen abnimmt und zeitgleich der Einfluss auf die Auskunftsperson durch das persönliche Gegenüber zunimmt.²⁷³

Darüber hinaus ist es nicht möglich, Personen oder Personengruppen ohne Telefon bzw. mit unbekannter Telefonnummer zu erreichen, verglichen mit anderen Befragungsformen ist die Interviewzeitspanne und damit der Fragenumfang eher gering und komplizierte Sachverhalte, für deren

²⁶⁴Vgl. Mahler et al. (2012), S. 178.

²⁶⁵Vgl. Homburg (2017), S. 271.

²⁶⁶Vgl. Olbrich et al. (2012), S. 75.

²⁶⁷Vgl. Wüthrich-Schneider (2000b), S. 1118.

²⁶⁸Vgl. Applebaum et al. (2004), S. 84.

²⁶⁹Vgl. Stewart et al. (2000), S. 796.

²⁷⁰Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 110.

²⁷¹Vgl. Porst (2001), S. 1 ff.

²⁷²Vgl. Williams und Calnan (1991), S. 237.

²⁷³Vgl. Kuß (2012), S. 126.

Klärung die visuelle, auditive oder olfaktorische Wahrnehmung obligat wären, können telefonisch nur schwer geklärt bzw. erläutert werden. Trotz der genannten Nachteile überwiegen, vor dem Hintergrund temporaler oder wirtschaftlicher Aspekte, in mancher Hinsicht auch die Vorteile dieser Befragungsform. So sind standardisierte telefonische Befragungen im Vergleich zu anderen Befragungsformen relativ schnell und kurzfristig durchführbar, die Kosten sind relativ gering. Da die InterviewerInnen nicht an Öffnungszeiten gebunden sind, ist es auch möglich, relativ schwer erreichbare Personengruppen zu kontaktieren und die zu befragenden Personen können bereits im Vorhinein, bspw. per mobiler Textnachricht, über den bevorstehenden Anruf und die Befragung informiert werden.²⁷⁴

Als Beispiel soll hier wiederum die Studie von Stewart et al. aus dem Jahr 2000 herangezogen werden, welche unterschiedliche Befragungsarten verband. So wurden die Patientinnen und Patienten bereits innerhalb der Arztpraxis, jedoch noch vor ihrem Arztbesuch ausgewählt. Danach wurde das Behandlungsgespräch aufgezeichnet und nachfolgend das standardisierte Interview geführt. Abschließend jedoch wurden die Patientinnen und Patienten zwei Monate nach ihrem Praxisbesuch telefonisch kontaktiert, um ihre Erfahrungen mittels standardisierter telefonischer Befragung Review passieren zu lassen.²⁷⁵

Die Menge an Studien und Untersuchungen, welche durch Unterstützung des Internets durchgeführt worden sind, ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen. Dieser Umstand beruht nicht nur auf den umfassenden Vorteilen von Onlineumfragen, sondern auch darauf, dass immer mehr Daten online abrufbar sind und mittlerweile auch viele Personengruppen über das Internet erreichbar sind.²⁷⁶

Darüber hinaus vereint die Onlinebefragung die Vorteile der anderen Befragungsarten – ohne deren Nachteile vollends zu tragen. So ist es möglich, mittels Onlineumfrage geografisch weit auseinanderliegende Gebiete zu untersuchen, bestimmte vordefinierte Zielgruppen anzusprechen und mittels Video- oder Audiounterstützung komplizierte Sachverhalte abzufragen. Insgesamt verfügen Onlineumfragen häufig über eine sehr hohe Datenqualität, da die gesammelten Daten beinahe vollautomatisiert verarbeitet werden können und die TeilnehmerInnen den Erhebungszeitpunkt frei wählen können. Trotz der genannten Stärken von Onlineumfragen enthalten diese naturgemäß auch Schwächen. So können bspw. bestimmte Zielgruppen nicht oder nur schwer erreicht werden oder die Identität der TeilnehmerInnen kann nur schwer überprüft werden, was die Gefahr von Mehrfachbeantwortungen erhöht.²⁷⁷

Ungeachtet der genannten Nachteile entscheiden sich viele AnwenderInnen, veranlasst durch die stetig wachsende Fülle an Umfragesoftware und die damit einhergehende Bedienungs- und Analysequalitätsverbesserung, für die Onli-

nebefragung. Insbesondere die ökonomischen Vorteile dieser Befragungsart, durch welche relativ große Stichproben in relativ kurzer Zeit erhoben werden können, kennzeichnet für eine beachtliche Anzahl an NutzerInnen das ausschlaggebende Merkmal.²⁷⁸

Ein Beispiel für eine Onlinebefragung ist die UK National GP Patient Survey, welche die Zufriedenheit britischer Patientinnen und Patienten mit ihren jeweiligen Hausärztinnen und -ärzten widerspiegeln soll. Die Umfrage, welche seit 2006 durchgeführt wird, zählt zu den größten Umfrageprogrammen in Großbritannien, bei welchem jährlich fünf Millionen Personen zur Teilnahme eingeladen werden.²⁷⁹ Da die jährlichen Ergebnisse online öffentlich eingesehen werden können, hat sich die UK National GP Patient Survey auch zu einer häufig verwendeten Datenbasis in der Forschung entwickelt. So haben bspw. Croker et al. (2013) mit Hilfe der gesammelten Daten aus dem Jahr 2013 eine Analyse durchgeführt, um herauszufinden, welche Faktoren das Patientenvertrauen in ihre jeweiligen Hausärztinnen und -ärzte beeinflussen.²⁸⁰

5.2. Beobachtung

Mit der Untersuchungsmethode der Befragung können vor allem jene Blickwinkel und Faktoren erhoben werden, welche die Befragten persönlich wahrnehmen und formulieren können. Unbewusste Motive und Sachverhalte lassen sich demzufolge kaum durch direkte oder indirekte Befragungsformen in Erfahrung bringen. Um auch die unbewussten Sachverhalte messbar zu gestalten, hat sich die Erhebungsform der Beobachtung etabliert. Der essentielle Vorteil hierbei liegt darin, dass die Befragten nicht über die Fähigkeit verfügen müssen, die untersuchten Blickwinkel und Faktoren persönlich wahrzunehmen und zu formulieren, da die Beobachtung ohnehin unbewusste Faktoren zu untersuchen versucht.²⁸¹

Im direkten Vergleich mit der Befragung wird bei der Beobachtung die Handlungsweise der beobachteten Personen unverzüglich und direkt erfasst. Ungeachtet dessen können die hinter der Handlungsweise stehenden Motive nicht oder nur schwer direkt erfasst werden und müssen in der Regel im Nachhinein von der Forscherin / vom Forscher ausgelegt werden.²⁸² Jeder Sachverhalt, der sichtbar in Form von Prozessen oder Handlungsschemen erfasst werden kann, kann auch beobachtet werden. Mit Ausnahme des Spezialfalls der Selbstbeobachtung geschieht dies durch Unterstützung von autonomen dritten Personen. Die Beobachtung wird also durch Individuen, autonom oder unterstützend durch dementsprechende technische Unterstützung durchgeführt. Die Subjektbeobachtung kennzeichnet sich insbesondere dadurch, dass das Resultat nicht von der persönlichen Wahrnehmung der beobachteten Personen, sondern von deren Bereitwilligkeit an der Beobachtung teilzunehmen, abhängt.²⁸³

²⁷⁴Vgl. Hüfken (2014), S. 634 ff.

²⁷⁵Vgl. Stewart et al. (2000), S. 798.

²⁷⁶Vgl. Thielsch und Weltzin (2009), S. 69.

²⁷⁷Vgl. Theobald (2017), S. 25.

²⁷⁸Vgl. Thielsch und Weltzin (2009), S. 69.

²⁷⁹Vgl. Campbell et al. (2009), S. 1.

²⁸⁰Vgl. Croker et al. (2013), S. 1.

²⁸¹Vgl. Raab et al. (2009), S. 127 f.

²⁸²Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 274.

²⁸³Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 141.

In Untersuchungsbereichen, in welchen die Probanden entweder nicht auskunftswillig oder nicht auskunftsfähig sind, beschreibt die Beobachtung also die einzige Möglichkeit der Datengenerierung. Darüber hinaus weist die Beobachtung gegenüber anderen Erhebungsmethoden eine Reihe von Vorteilen auf. So können durch diese Methode bspw. in bestimmten Fällen Kosteneinsparungspotentiale erzielt werden und die Beobachterin / der Beobachter übt keinerlei Einfluss auf die Probanden aus, wodurch Verzerrungseffekte auf ein Minimum reduziert werden.²⁸⁴

Naturgemäß verfügt die Beobachtung auch über eine Reihe von Einschränkungen in Bezug auf den Zugang, etwaige Beeinträchtigungen, die temporalen Gegebenheiten oder Erhebungspotentiale.²⁸⁵ Diese Einschränkungen äußern sich in erster Linie darin, dass die beobachteten Personen sich nicht mehr natürlich verhalten, sobald sie die Beobachtungssituation erkennen, andererseits jedoch die Beobachtung von Personen, welche nicht realisieren, dass sie beobachtet werden, ethisch und rechtlich bedenklich ist. Weitere Problemfelder bestehen darin, dass Beobachtungen nicht präzise wiederholt werden können und die Beobachterin / der Beobachter Verhaltensweisen falsch interpretiert oder wahrnimmt oder ihre / seine persönliche Meinung einfließen lässt.²⁸⁶ Bei der Beobachtung wird, je nach Untersuchungsgegenstand, mehr oder minder strukturiert vorgegangen.²⁸⁷ Trotz der Vielzahl an Handlungs- und Verwendungsmöglichkeiten bestehen auch bei Beobachtungen eine Reihe von Grundanforderungen für die Sicherstellung ausreichender Repräsentativität. So sollen wissenschaftliche Beobachtungen dadurch gekennzeichnet sein, dass ein vordefiniertes Forschungsziel besteht und Hypothesen überprüft werden, ausgesuchte Faktoren sollen strukturiert für die Untersuchung ausgewählt werden, die gewonnenen Informationen sollen einer Auswertung unterzogen werden und der Beobachtungsprozess, jedoch nicht die spezifische Beobachtung, muss wiederholbar und subjektunabhängig plausibel sein, um das Gütekriterium der Objektivität zu erfüllen.²⁸⁸ Beobachtungen haben in jüngster Vergangenheit als Erhebungsmethode stetig zugenommen. Dieser Umstand ist wohl darauf zurückzuführen, dass mit Hilfe der Beobachtung Handlungsweisen untersucht werden können, welche nicht verbal hinterfragt werden können. Dadurch erhält die Beobachterin / der Beobachter umfassende Einsichten und kann unter Umständen Beweggründe für bestimmte Verhaltensweisen besser verstehen.²⁸⁹

Robbins et al. haben bspw. bereits 1993 mittels Beobachtung den Zusammenhang zwischen dem Behandlungsverhalten von Hausärztinnen und -ärzten und Patientenzufriedenheit untersucht. Zu diesem Zweck wählten sie im ersten Schritt ein Messinstrument, den Davis Observation Code (DOC), welches es erlaubt, das Verhalten von Ärztinnen und Ärzten in analysierbaren Einheiten abzubilden und

dadurch eine direkte Verbindung zur Patientenzufriedenheit herzustellen. Danach wurden 100 Patientinnen und Patienten vor Behandlungsbeginn zu ihrer Gesamtzufriedenheit mit der medizinischen Versorgung befragt. Das nachfolgende Behandlungsgespräch wurde per Videoaufnahme beobachtet und die Verhaltensweise der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes den Kategorien des DOC zugeordnet. Nach der Behandlung wurden die Patientinnen und Patienten wieder zu ihrer Zufriedenheit befragt, diesmal jedoch zur Zufriedenheit mit dem spezifischen Arztbesuch. Die Auswertung der gesammelten Ergebnisse hat gezeigt, dass Gespräche über die medizinische Vorgeschichte der jeweiligen Patientinnen / Patienten sich negativ auf die Patientenzufriedenheit auswirken. Im Gegensatz dazu wurden Gespräche, welche sich gezielt mit dem derzeitigen Gesundheitsproblem befassen, positiv wahrgenommen und führten zu steigender Patientenzufriedenheit.²⁹⁰

Ein weiteres Beispiel für das Erhebungsinstrument der Beobachtung im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung ist die Studie von Gross et al. aus dem Jahr 1998, in welcher untersucht wurde, inwiefern sich die Behandlungsdauer und das Behandlungsgespräch auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Hierfür wurden 2315 Patientinnen und Patienten während ihres Praxisbesuches beobachtet und danach mittels Fragebogen zu ihrer Zufriedenheit befragt. Die Auswertung der gesammelten Ergebnisse hat gezeigt, dass Behandlungsgespräche, welche länger als 15 Minuten dauerten, sich jedenfalls positiv auf die Patientenzufriedenheit auswirkten und dass die empfundene Zufriedenheit auch durch kurze private Gespräche während der Behandlung erhöht wurde. Des Weiteren beeinflussten Faktoren, wie das Alter der Patientin / des Patienten oder der Gesundheitsstatus, ebenfalls das Zufriedenheitslevel. Innerhalb der Analyse wurde also festgestellt, dass Ärztinnen und Ärzte die Zufriedenheit ihrer Patientinnen und Patienten durch längere Behandlungen und kurze Gespräche ohne medizinischen Inhalt verbessern können.²⁹¹

Eine aktuellere Untersuchung im Zusammenhang mit Beobachtung in der Patientenzufriedenheitsforschung ist jene von McKinstry et al. aus dem Jahr 2010. Hier wurden sowohl die Unterschiede in der Beratungsqualität zwischen persönlichem und telefonischem Gesundheitsgespräch als auch die Unterschiede hinsichtlich der Patientenzufriedenheit bei Verwendung der beiden Gesundheitsberatungsmethoden untersucht. Um die Unterschiede innerhalb der beiden Methoden zu erforschen, wurden 106 Audioaufnahmen von telefonischen und persönlichen Arzt-Patienten-Gesprächen mit Hilfe drei etablierter Skalen analysiert. Die Patientenzufriedenheit hingegen wurde durch ein eigens entwickeltes und validiertes Erhebungsinstrument gemessen. Die gesammelten Ergebnisse deuten darauf hin, dass telefonische Beratungsgespräche zwar, vor allem bedingt durch den Komfortfaktor, von Patientinnen und Patienten ähnlich zufriedenstellend wahrgenommen werden wie persönliche Arzt-Patienten-Gespräche,

²⁸⁴Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 274.

²⁸⁵Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 141.

²⁸⁶Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 274.

²⁸⁷Vgl. Raab et al. (2009), S. 128.

²⁸⁸Vgl. Greve und Wentura (1997), S. 13.

²⁸⁹Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 145.

²⁹⁰Vgl. Robbins et al. (1993), S. 17.

²⁹¹Vgl. Gross et al. (1998), S. 133 f.

jedoch wird durch telefonische Gespräche die Diagnosefähigkeit und damit einhergehend die Patientensicherheit gefährdet.²⁹²

5.3. Experimentelle Forschungsdesigns

Mit Hilfe von experimentellen Forschungsdesigns wird versucht, das Verhalten unterschiedlicher Gruppen von Probanden zeitgleich, simultan oder zeitverzögert zu beobachten. Bestehen Verhaltensunterschiede zwischen den untersuchten Gruppen innerhalb spezifisch messbarer Merkmale, so können diese Diskrepanzen auf jene Merkmale (Testvariablen) zurückgeführt werden. Um Abweichungen innerhalb der untersuchten Gruppen zu identifizieren, kann je nach gewähltem Forschungsdesign entweder ein Befragungsinstrument oder die Untersuchungsmethode der Beobachtung eingesetzt werden.

Wenn der erhobene Unterschied zwischen den Gruppen ausschließlich auf die spezifischen Merkmale und nicht auf Messfehler zurückzuführen ist, kann davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede hauptsächlich durch die identifizierten Merkmale hervorgerufen worden sind.²⁹³

Experimentelle Forschungsdesigns stellen demzufolge keine separate Untersuchungsmethode dar, sondern definieren ausschließlich die Struktur des Experimentes. Die Daten selbst werden entweder durch Beobachtung oder durch Befragung oder durch eine Kombination der beiden Methoden gewonnen.²⁹⁴ Je nach gewähltem Forschungsdesign wird zwischen dem Laborexperiment und dem Feldexperiment unterschieden. Laborexperimente sind grundsätzlich dadurch gekennzeichnet, dass diese modellhaft angeordnet sind, d.h. unter künstlichen Bedingungen stattfinden, wodurch die Probanden in der Regel erkennen, dass sie an einer Untersuchung teilnehmen. Feldexperimente hingegen werden am Ort des Erkenntnisinteresses, d.h. in der für die Probanden in diesem Zusammenhang natürlichen Umgebung, durchgeführt, wodurch die Versuchspersonen üblicherweise nicht wissen, dass sie an einem Experiment beteiligt sind. Dieser Umstand lässt darauf schließen, dass Feldexperimente eher die Verhaltensweisen der Grundgesamtheit widerspiegeln, da durch diese Methode Messfehler aufgrund von unnatürlichem Verhalten von Testpersonen gering gehalten werden können. Trotzdem muss sowohl bei der Anwendung von Laborexperimenten als auch beim Einsatz von Feldexperimenten davon ausgegangen werden, dass diese verzerrende oder verfälschende Einflüsse – sogenannte Störgrößen – beinhalten.²⁹⁵

Experimente kennzeichnen sich vor allem dadurch, dass bestimmte Merkmalsausprägungen kontrolliert repräsentiert werden. Um diese Verfahrensweise sicherzustellen, müssen alle Versuchsdurchgänge die gleichen Versuchsbedingungen

beinhalten. Verändert wird jeweils nur jenes Merkmal, dessen Effekt bestimmt werden soll. Innerhalb des Experimentes wird eine vordefinierte Menge an Untersuchungsgruppen getestet. Die Unterschiede zwischen den Gruppen lassen sich feststellen, indem innerhalb jeder Untersuchungsgruppe ausschließlich eine vordefinierte Modifikation des einflussnehmenden Merkmals angewandt wird.²⁹⁶ Generell sind experimentelle Forschungsdesigns also dadurch gekennzeichnet, dass einflussnehmende Merkmale aktiv kontrolliert, Untersuchungsmerkmale beeinflusst und die daraus resultierenden Veränderungen gemessen werden.²⁹⁷

Ein Beispiel für ein durchgeführtes Experiment im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung ist die Studie von Longo et al. aus dem Jahr 2006, bei welcher versucht wurde, die Stärke der Patientenpräferenz in Bezug auf die gemeinsame Entscheidungsfindung im Vergleich zu anderen Patientenzufriedenheitsattributen zu messen. An dem Experiment nahmen insgesamt 747 Patientinnen und Patienten aus Südwales teil, wobei diese insgesamt vier Untersuchungsgruppen zugeordnet wurden. Das Zuordnungskriterium war das jeweilige Krankheitsbild, wobei die teilnehmenden Patientinnen und Patienten entweder unter Vorhofflimmern oder Menorrhagie oder Symptomen der Menopause oder unter Prostatahypertrophie litten. Zuerst sollten die TeilnehmerInnen zwischen der Konsultation einer Ärztin / eines Arztes mit Risikokommunikationsausbildung oder mit gemeinsamer Entscheidungsfindungsausbildung oder mit beiden Ausbildungen wählen. Danach wurden sie gebeten, einen Fragebogen zur Behandlungszufriedenheit auszufüllen. Innerhalb der Studie konnten fünf Zufriedenheitsfaktoren identifiziert werden, welche signifikant durch die Arztwahl beeinflusst wurden. Obwohl die gemeinsame Entscheidungsfindung nicht das am höchsten bewertete Attribut darstellte, haben die Ergebnisse gezeigt, dass dieser Faktor die Patientenzufriedenheit positiv beeinflussen kann und zumindest für jene Patientinnen und Patienten, welche für die gemeinsame Entscheidungsfindung votierten, einen deutlichen Mehrwert schaffen kann.²⁹⁸

5.4. Onlinere Ressourcen

Immer mehr Patientinnen und Patienten durchsuchen Onlineforen und Portale bei auftretenden Krankheitssymptomen und teilen diese auch ihrem sozialen Mediumfeld mit.²⁹⁹ Zudem nutzt eine steigende Anzahl an Patientinnen und Patienten nicht nur die klassische Mund-zu-Mund-Propaganda, um Erfahrungen, welche sie im Gesundheitswesen gemacht haben, zu verbreiten, sondern auch Ärztebewertungsportale, soziale Medien, Foren und Blogs. Diese von den Patientinnen und Patienten selbst verfassten Erfahrungsberichte bieten eine neue Dimension der Informationsgewinnung.³⁰⁰ Jene Einträge stehen natürlich nicht nur

²⁹²Vgl. McKinstry et al. (2010), S. 298.

²⁹³Vgl. Raab et al. (2009), S. 193.

²⁹⁴Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 146.

²⁹⁵Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 280 ff.

²⁹⁶Vgl. Raab et al. (2009), S. 193.

²⁹⁷Vgl. Berekoven et al. (2007), S. 146 f.

²⁹⁸Vgl. Longo et al. (2006), S. 35.

²⁹⁹Vgl. Sharma et al. (2017), S. 302.

³⁰⁰Vgl. Greaves et al. (2013), S. 1.

den VerfasserInnen selbst, sondern auch Personen, welche bspw. nach einem Umzug auf der Suche nach einer neuen Hausärztin / einem neuen Hausarzt sind, zur Verfügung. Besonders Menschen, welche sich mit einer chronischen oder bedrohlichen Erkrankung konfrontiert sehen, konsultieren häufig Onlinemedien auf der Suche nach einer geeigneten Behandlungsmethode oder einer / einem für ihr spezielles Krankheitsbild geeigneten Ärztin / Arzt.³⁰¹

In jener Hinsicht ist insbesondere auch der Bereich der Ärztebewertungsportale von erheblicher Bedeutung, da den Bewertungen und Kommentaren von Patientinnen und Patienten in der Regel ein höheres Maß an Vertrauen entgegengebracht wird als institutionellen Veröffentlichungen.³⁰² Es wird davon ausgegangen, dass nur von ca. einem Prozent der PortalnutzerInnen regelmäßige Berichte veröffentlicht werden, weitere 9 Prozent nur gelegentlich Kommentare schreiben und 90 % als reine Informationsempfänger in derartigen Foren agieren. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, welchen Einfluss einzelne NutzerInnen in medizinischen Foren auf aktuelle oder potentielle Patientinnen und Patienten ausüben und wie wichtig es ist, die sogenannten Patient Opinion Leaders (Meinungsführer in Gesundheitsfragen) zu erkennen.³⁰³ Während die Onlinekommunikation in Gesundheitsfragen kontinuierlich zunimmt, ist noch nicht vollständig geklärt, welchen Einfluss das Such- und Kommentarverhalten von Patientinnen und Patienten auf die Arzt-Patienten-Beziehung ausübt und inwiefern dadurch die Patientenzufriedenheit beeinflusst wird. Aus diesem Grund scheint es unentbehrlich, den Einfluss von Online-Gesundheitsinformationen auf die Arzt-Patienten-Beziehung zu verstehen, um einzelne Zufriedenheitsfaktoren zu identifizieren.³⁰⁴

Auch online sind einige Datenquellen besser zur Erhebung der Patientenzufriedenheit geeignet als andere. So sind Kommentare auf Ärztebewertungsportalen und innerhalb der Patientenforen häufig relativ informationsreich, können aber oftmals die Verteilung der Grundgesamtheit nicht abbilden. Micro Blogs hingegen beinhalten grundsätzlich dieselben Defizite, sind jedoch darüber hinaus dadurch gekennzeichnet, dass sie einen relativ geringen Informationsgehalt innehaben. So sind die unterschiedlichen Onlinere Ressourcen durch unterschiedliche Anwendungsbereiche sowie Vor- und Nachteile gekennzeichnet. Tabelle 15 fasst diese beispielhaft zusammen und enthält außerdem Informationen über die jeweilige Quelle nützlicher Informationen unterschiedlicher Onlinere Ressourcen.³⁰⁵

Hervorzuheben sind hier vor allem die Bereiche soziale Medien und Ärztebewertungsportale. Der Begriff soziale Medien umfasst die Onlinekommunikation, den Transport und die Zusammenarbeit zwischen unabhängigen Netzwerken von Einzelpersonen, Organisationen und Gemeinschaften.³⁰⁶

Soziale Medien sind gekennzeichnet durch webbasierte Netzwerke, welche Einzelpersonen, Organisationen oder Gemeinschaften erlauben, ein öffentliches oder halböffentliches Profil innerhalb eines beschränkten Systems aufzubauen, sich in einer unbestimmten Art und Weise mit anderen NutzerInnen zu verbinden bzw. in Verbindung zu setzen und Inhalte mit ihnen zu teilen.³⁰⁷

Das Zentrum sozialer Medien bilden die aktive Teilnahme der NutzerInnen, die Nutzung von kollektiver Intelligenz und die Befähigung der NutzerInnen, Änderungen an bestimmten Inhalten vorzunehmen.³⁰⁸ Innerhalb sozialer Medien können Informationen relativ schnell und einfach einer großen Menge an NutzerInnen, die über dieselben oder ähnliche Interessen verfügen wie die Informationsvermittlerin / der Informationsvermittler, weitergeleitet werden.³⁰⁹ Darüber hinaus zeigt nicht zuletzt die stetig steigende Anzahl an Nutzerkonten innerhalb sozialer Medien deren elementare Bedeutung und repliziert auch die Möglichkeiten der Patientenzufriedenheitsmessung.³¹⁰

NutzerInnen sozialer Medien berichten über Ärztinnen und Ärzte, welche sie zufriedengestellt haben, verbreiten Links und teilen Beiträge jener Arztpraxen.³¹¹ Durch die Sammlung und Aggregation von Patientenberichten und dem Patientenverhalten innerhalb sozialer Medien kann sowohl zufriedenstellende als auch als nicht hinreichend empfundene medizinische Versorgung identifiziert und das Patientenzufriedenheitsniveau gemessen werden.³¹²

Im Gegensatz zu sozialen Medien sind Ärztebewertungsportale internetbasierte soziale Netzwerke, über welche Patientinnen und Patienten Inhalte, Erfahrungsberichte und persönliche Informationen freigeben können. Jene Portale definieren damit eine relativ neue Möglichkeit der öffentlichen Berichterstattung über die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten. Dadurch haben Patientinnen und Patienten einerseits die Möglichkeit, die Behandlung und das Behandlungsumfeld selbst zu bewerten, andererseits können aber auch spezifische Informationen über niedergelassene Ärztinnen und Ärzte abgerufen werden. Dieser Umstand wird aus Sicht der Patientin / des Patienten als Vorteil wahrgenommen, weil er bereits vor Behandlungsbeginn die Wahl der Ärztin / des Arztes unter Miteinbezug der persönlichen Präferenzen ermöglicht.³¹³

Da der patientenspezifische Wissenstransfer bzgl. ärztlichen Leistungen immer häufiger über Ärztebewertungsportale durchgeführt wird, eignen sich jene Webseiten beispiellos, um mehr über die Kriterien und die Faktorstruktur der Patientenzufriedenheit zu erfahren. Darüber hinaus erlaubt die Struktur vieler Bewertungsportale, durch welche Anonymität geboten wird, sowohl in positiver als auch in negativer Hin-

³⁰¹Vgl. Köhler (2017), S. 4.

³⁰²Vgl. Burmann et al. (2012), S. 192.

³⁰³Vgl. Köhler (2017), S. 4.

³⁰⁴Vgl. Tan und Goonawardene (2017), S. 1.

³⁰⁵Vgl. Greaves et al. (2013), S. 2.

³⁰⁶Vgl. Solomon und Tuten (2013), S. 2.

³⁰⁷Vgl. Boyd und Ellison (2007), S. 211.

³⁰⁸Vgl. Kreutzer und Hinz (2010), S. 5.

³⁰⁹Vgl. Köhler (2017), S. 7 f.

³¹⁰Vgl. Greaves et al. (2013), S. 1.

³¹¹Vgl. Köhler (2017), S. 7 f.

³¹²Vgl. Greaves et al. (2013), S. 1.

³¹³Vgl. Lagu et al. (2010), S. 942.

Tabelle 15: Onlinere Ressourcen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit; Quelle: In Anlehnung an Greaves et al. (2013), S. 2.

Ressourcentyp	Nützliche Informationen	Vorteile	Nachteile
Soziale Medien, Beispiel: Facebook	Kommentare und Reaktionen (z.B. Likes)	Hoher Nutzeranteil, hohe öffentliche Reichweite	Wenig Informationen über persönliche (intime) Erfahrungen
Ärztbewertungsportale, Beispiel: Doc Finder	Bewertungstexte und Punktbewertungen	Bewertungen beziehen sich meist direkt auf das Behandlungserlebnis	Wird nicht von allen Patientinnen bzw. Patienten genutzt (Stichprobe entspricht nicht Menge in der Gesamtheit)
Patientennetzwerke, Beispiel: Patientslikeme	Erfahrungsberichte	Authentische Patientenkommunikation	Durch Demografie und Interessensgruppen vorselektiert
Micro Blogs, Beispiel: Twitter	Kurzkommentare	Hoher Nutzeranteil, hohe öffentliche Reichweite	Kurze, unstrukturierte Kommentare

sicht ein überwiegend aufrichtiges Bewertungsverhalten.³¹⁴

Durch das subjektive Patienteneempfinden sind Ärztebewertungen von einzelnen NutzerInnen relativ schlecht vergleichbar. In diesem Zusammenhang wird häufig auch das Bewertungsverhalten von Patientinnen und Patienten kritisch betrachtet, da laut klassischen Marketingmodellen die Wahrscheinlichkeit, dass eine unzufriedene Patientin / ein unzufriedener Patient die nicht zufriedenstellende Leistung bewertet höher ist als die Wahrscheinlichkeit, dass eine zufriedene Patientin / ein zufriedener Patient die zufriedenstellende Leistung bewertet.³¹⁵ Diese Annahme konnte jedoch durch Untersuchungen des Bewertungsverhaltens, wie bspw. jene von Lagu et al., widerlegt werden. Sowohl innerhalb der Gesamtbewertung, als auch der Schlüsselwortsuche im Bewertungstext fallen die Bewertungen eher positiv aus.³¹⁶

Die Interaktion, welche online vor sich geht, löst eine verstärkte Auseinandersetzung der Nutzerin / des Nutzers mit dem Inhalt aus, was bedeutet, dass Patientinnen und Patienten, welche online über ihre Erfahrungen berichten, auch eine starke emotionale Beziehung zu ihrer behandelnden Ärztin / ihrem behandelnden Arzt aufbauen.³¹⁷ Online-ärztebewertungen, welche von NutzerInnen erstellt werden, sind demnach nicht mit rein faktischen Erfahrungsberichten gleichzusetzen, sondern enthalten auch Informationen über emotionale Komponenten und sind daher von erheblicher Bedeutung für die Messung der Patientenzufriedenheit. Zu beachten ist jedoch, dass es sich bei Patientenerfahrungen und der Patientenzufriedenheit um relativ komplexe Konstrukte handelt, die durch unterschiedliche Dimensionen operationalisiert werden. Der Aufbau von Ärztebewertungsportalen und die vorgegebenen Bewertungskategorien verzerren demnach die Patientenmeinung und das Patienteneempfinden je nach Standardisierungsgrad.³¹⁸

Als Beispiel für die strukturierte Untersuchung der Kommentarinhalte von Ärztebewertungsportalen ist hier die Stu-

die von Kadry et al. (2011) aus dem Jahr 2011 zu nennen. Innerhalb der Untersuchung wurden insgesamt 4999 Patientenkommentare von 10 verschiedenen Ärztebewertungsportalen analysiert. Durch die Studie konnte unter anderem, wie auch schon bei der Studie von Lagu et al., gezeigt werden, dass die meisten Patientinnen und Patienten ihr Behandlungserlebnis positiv bewerten. Ein weiteres Forschungsziel war die Gruppierung der untersuchten Zufriedenheitsdimensionen, welche innerhalb der Kategorien Kommunikation, Zugang, Einrichtung, Praxispersonal und Gesamtzufriedenheit klassifiziert wurden. Dadurch wurde bspw. festgestellt, dass die Kategorie-Priorisierung einzelner Patientinnen und Patienten abhängig von ihrer empfundenen Gesamtzufriedenheit ist.³¹⁹

6. Zusammenfassung und Ausblick

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist in vielerlei Hinsicht von erheblicher Bedeutung.³²⁰ Obwohl diese durchaus Elemente von Dienstleistungsprozessen enthält, ist sie dennoch nicht vollständig mit einer materiellen Dienstleistung vergleichbar.³²¹ Ein Element, welches zweifelsohne sowohl bei materiellen Dienstleistungsprozessen als auch innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung an Bedeutung gewonnen hat, ist die subjektiv empfundene Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit.³²²

Patientenzufriedenheit entsteht grundsätzlich, wenn Patientinnen und Patienten die erhaltene gesundheitliche Leistung ihrer vordefinierten Erwartung gegenüberstellen.³²³ Die Erwartungshaltung wird hierbei aufgrund von Erfahrungen,³²⁴ äußeren Einflüssen³²⁵ und persönlichen Präferenzen gebildet.³²⁶ Der Vergleichsprozess selbst kann grundsätzlich

³¹⁴Vgl. Geierhos et al. (2015), S. 1.

³¹⁵Vgl. Ma et al. (2015), S. E 16.

³¹⁶Vgl. Lagu et al. (2010), S. 942.

³¹⁷Vgl. Köhler (2017), S. 7 f.

³¹⁸Vgl. Reimann und Strech (2010), S. 1.

³¹⁹Vgl. Kadry et al. (2011), o.S.

³²⁰Vgl. Hölzing (2008), S. 203.

³²¹Vgl. Bestmann und Verheyen (2010), S. 7.

³²²Vgl. Dampz et al. (2012), S. 8.

³²³Vgl. Sitzia und Wood (1997), S. 1840.

³²⁴Vgl. Piekenbrock (o.J.), o.S.

³²⁵Vgl. Lin et al. (2012), S. 55.

³²⁶Vgl. Piekenbrock (o.J.), o.S.

drei Ausprägungen annehmen. Entspricht die erhaltene Leistung der erwarteten Leistung, löst dies generell Zufriedenheit aus.³²⁷ Im Gegensatz dazu führt die Leistungserfüllung über bzw. unter dem Vergleichsniveau zu Begeisterung oder Unzufriedenheit.³²⁸ Dieser Vergleichsprozess hat allgemeine Gültigkeit für die Bewertung von Leistungsfaktoren, gilt jedoch nicht zwingend für Zufriedenheitsfaktoren, welche als Grundvoraussetzung erwartet werden oder solche, die nicht vorausgesetzt werden.³²⁹

Um die Faktorstruktur der Patientenzufriedenheit zu kategorisieren, wurden in der Vergangenheit unterschiedliche Modelle entwickelt.³³⁰ Ein Ansatz, welcher hierbei häufig Anwendung findet, ist die Grobkategorisierung von Patientenzufriedenheit innerhalb von drei Bereichen, wobei häufig nur einer dieser Bereiche durch die Hausärztin / den Hausarzt beeinflussbare Zufriedenheitsfaktoren enthält.³³¹ Zu den beeinflussbaren Zufriedenheitsfaktoren zählen hierbei bspw. Zugang und Erreichbarkeit, Komfort, Kommunikation, wahrgenommene Behandlungsqualität, Fürsorge sowie Einrichtung und technische Ausstattung.³³²

Zur Erhebung der Ausprägungsstärke unterschiedlicher beeinflussbarer Patientenzufriedenheitsfaktoren wurden in der Vergangenheit unterschiedliche Messskalen entwickelt.³³³ Diese Skalen geben einerseits Aufschluss über die häufig untersuchten und damit bedeutsamen Zufriedenheitsdimensionen, können aber auch für eigene Zufriedenheitserhebungen als Erhebungsinstrument oder als Grundlage für die Erstellung eines Erhebungsinstrumentes herangezogen werden.³³⁴ Die in dieser Arbeit beschriebenen Skalen zur Messung der Patientenzufriedenheit enthalten insgesamt zwischen 5 und 11 unterschiedliche Zufriedenheitsdimensionen, wobei der obere Wert nach der Faktorenbündelung auf maximal 9 Zufriedenheitsfaktorkategorien korrigiert wurde.³³⁵

Bedingt durch unterschiedliche Untersuchungsschwerpunkte weisen die einzelnen Skalen untereinander Unterschiede hinsichtlich der Definition und Untersuchung einzelner Zufriedenheitsfaktoren auf. Trotz dieses Umstandes und obwohl die Arbeit Skalen aus beinahe vier Dekaden der Patientenzufriedenheitsmessungen beinhalten, sind dennoch eindeutige Übereinstimmungen zu erkennen. So werden innerhalb von allen Skalen zwischenmenschliche Aspekte und die ärztliche Fachkompetenz als einflussnehmende Zufriedenheitsfaktoren gemessen. Darüber hinaus wird die verbale Kommunikation häufig als Zufriedenheitsfaktor mit erheblichem Einfluss dargestellt.

Um die empfundene Patientenzufriedenheit zu erheben, können unterschiedliche Methoden und Instrumente einge-

setzt werden, wobei hier auch Überlegungen hinsichtlich der Erhebungsplanung und des Erhebungsdesigns zu beachten sind. In dieser Arbeit vorgestellt wurden in dieser Hinsicht das Tiefeninterview, die Gruppendiskussion, die Critical Incident Technique, die Nutzung eines Vorschlags- und Beschwerdesystems, standardisierte mündliche, schriftliche und telefonische Befragung sowie Onlinebefragung, Beobachtung, experimentelle Forschungsdesigns und die Nutzung von Onlineressourcen zur Erhebung der Patientenzufriedenheit. Die angeführten Praxisbeispiele zeigen, dass jede der vorgestellten Methoden zur Erhebung der Patientenzufriedenheit mit Hausärztinnen und -ärzten herangezogen werden kann und je nach gewähltem Forschungsschwerpunkt mehr oder weniger zielführend wirkt.

Wie innerhalb der Arbeit beschrieben wurde, handelt es sich bei Patientenzufriedenheit um kein starres Konstrukt, welches sich im Zeitverlauf nicht oder kaum verändert.³³⁶ Dieser Umstand kann einerseits darauf zurückgeführt werden, dass sich Zufriedenheitsfaktoren im Zeitverlauf innerhalb der Faktorstruktur bewegen, also bspw. von Leistungs- zu Basisfaktoren werden.³³⁷ Andererseits sind auch äußere Umwelteinflüsse dafür verantwortlich, dass sich die Bewertungskriterien unterschiedlicher Faktoren verändern bzw. neue Faktoren oder Faktorenbündel hinzukommen.³³⁸ Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Kategorisierung von Zufriedenheitsdimensionen im Allgemeinen und von Patientenzufriedenheitsdimensionen im Speziellen grundsätzlich nicht zu allgemein gültigen, vor allem aber nicht zu zeitlich unbegrenzt gültigen, Ergebnissen führen kann.

Abschließend ist festzuhalten, dass durch die gewählte Literatursuch- und Auswahlstrategie naturgemäß eine Reihe von Untersuchungen, welche möglicherweise zu anderen oder zusätzlichen Ergebnissen im Bereich der Patientenzufriedenheitsmessung geführt hätten, nicht berücksichtigt werden konnten. Dieser Umstand relativiert sich aber einerseits durch die umfassende und breit gefasste Literatursuche und -auswahl, andererseits führen die identifizierten Quellen, nach Normierung der Faktorenbündel teilweise durchaus zu vergleichbaren und ähnlichen Ergebnissen. Dieser Umstand lässt darauf schließen, dass zumindest der Kernbereich der Patientenzufriedenheitsmessung mit Hausärztinnen und -ärzten in ausreichendem Maße erfasst wurde und die Arbeit somit eine ideale Grundlage zur Durchführung eigener praktischer oder wissenschaftlicher Patientenzufriedenheitserhebungen darstellt.

³²⁷Vgl. Homburg und Krohmer (2006), S. 44.

³²⁸Vgl. Töpfer (2008a), S. 50.

³²⁹Vgl. Matzler et al. (2004), S. 19.

³³⁰Vgl. Alberto Sánchez et al. (2014), S. 153.

³³¹Vgl. Fan et al. (2005), S. 227 f.

³³²Vgl. Shelton (2000), S. 29.

³³³Vgl. Gill und White (2009), S. 11.

³³⁴Vgl. Kimberlin und Winterstein (2008), S. 2280.

³³⁵Siehe Anhang ab Seite 104.

³³⁶Vgl. Crow et al. (2002), S. 11.

³³⁷Vgl. Bartikowski (2002), S. 11.

³³⁸Vgl. Lin et al. (2012), S. 55.

Literatur

- Aboulgate, A., Abel, G., Elliott, M. N., Parker, R. A., Campbell, J., Lyratzopoulos, G., und Roland, M. Do english patients want continuity of care, and do they receive it? *British Journal of General Practice*, 62(8):567–e575, 2012.
- Adler, R., Vasiliadis, A., und Bickell, N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Family Practice*, 27(4):171–178, 2010.
- Al-Abri, R. und Al-Balushi, A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Medical Journal*, 29(1):3 – 7, 2014.
- Alberto Sánchez, C., Javier Prado-Galbarro, F., García-Pérez, S., und Sarría Santamera, A. Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EU primicare project. *Quality in primary care*, 22(3):147 – 155, 2014.
- Aldana, J. M., Piechulek, H., und Al-Sabir, A. Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(6):512–517, 2001.
- Alrubaiee, L. und Alkaa'ida, F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients. In *Perceptions of Healthcare Quality–Patient Trust Relationship*, *International Journal of Marketing Studies*, volume 3, pages 103–127. Citeseer, 2011.
- Applebaum, R. A., Straker, J. K., und Geron, S. *Patientenzufriedenheit: Benennen, bestimmen, beurteilen*. Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle, 2004.
- Bailom, F., Tschernernjak, D., Matzler, K., und Hinterhuber, H. Durch strikte Kundennähe die Abnehmer begeistern. *Harvard Business Manager*, 20(1): 47–56, 1998.
- Baker, R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *British Journal of General Practice*, 40 (12):487–490, 1990.
- Bartikowski, B. Kundenzufriedenheit - verfahren zur messung der indifferenzzone. 2002. Lohmar – Köln.
- Benkenstein, M. *Neue Herausforderungen an das Dienstleistungsmarketing*. Springer-Verlag, Wiesbaden, 2008.
- Berekoven, L., Eckert, W., und Ellenrieder, P. *Marktforschung: methodische Grundlagen und praktische Anwendung*. Number 12. Springer-Verlag, Wiesbaden, 2007.
- Berger, B. und Lentz, M. Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit. *Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalysen*, 2006. Hamburg.
- Bertakis, K. D., Roter, D., und Putnam, S. M. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32(2):175–182, 1991.
- Bestmann, B. und Verheyen, F. Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. WINEG Wissen 01, S. 1 – 22, 2010. URL <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/224246/Datei/1014/WINEG%20Wissen%20-%20Patientenzufriedenheit.pdf>. 16.10.2017.
- Bhana, N., Thompson, L., Alchin, J., und Thompson, B. Patient expectations for chronic pain management. *Journal of primary health care*, 7(2):130–136, 2015.
- Bieber, C., Nicolai, J., Müller, K. G., und Eich, W. Der Fragebogen zur Arzt-Patient-Interaktion (FAPI)–Validierung und psychometrische Optimierung anhand einer Stichprobe chronischer Schmerzpatienten. *Diagnostik und Evaluation*, 4(1):78–93, 2011.
- Bielińska, M. Lexikographische Metatexte. 2010. Frankfurt am Main.
- Bischoff, A. *Möglichkeiten zur Erhöhung der Rücklaufquote bei schriftlichen Befragungen*. Hamburg, 2002.
- Bitzer, E. M., Dierks, M.-L., Dörning, H., und Schwartz, F.-W. Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7(3):196–209, 1999.
- Bjertnaes, O. A., Lyngstad, I., Malterud, K., und Garratt, A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Family Practice*, 28(3):342–349, 2011.
- Bortz, J. und Döring, N. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer, Berlin – Heidelberg, 5 edition, 2016.
- Bösener, K. *Kundenzufriedenheit, Kundenbegeisterung und Kundenpreisverhalten*. Springer, Wiesbaden, 2015.
- Bower, P. und Roland, M. O. Bias in patient assessments of general practice: general practice assessment survey scores in surgery and postal responders. *British Journal of General Practice*, 53(2):126–128, 2002.
- Bower, P., Mead, N., und Roland, M. What dimensions underlie patient responses to the general practice assessment survey? a factor analytic study. *Family Practice*, 19(5):489–495, 2002.
- Bowling, A. und Ebrahim, S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality in Health*, 10(1):i2–i8, 2001.
- Boyd, D. M. und Ellison, N. B. Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of computer-mediated Communication*, 13(1):210–230, 2007.
- Brosius, H.-B., Haas, A., und Koschel, F. *Methoden der empirischen Kommunikationsforschung*. Springer, Heidelberg, 6 edition, 2012.
- Bruhn, M. *Qualitätsmanagement für Dienstleistungen - Grundlagen, Konzepte, Methoden*. 7 edition, 2008. Berlin Heidelberg.
- Brüsemeister, T. Qualitative forschung: Ein überblick. In 2, editor, *Qualitative Forschung*. Springer, Wiesbaden, 2008.
- Burmann, C., Halaszovich, T., und Hemmann, F. Identitätsbasierte Markenführung, 2012. Wiesbaden.
- C., W.-J. und C., Y.-H. Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. *Journal of Dental Sciences*, 8(9):239 – 247, 2013.
- Campbell, J. L., Smith, P., Nissen, S., Bower, P., Elliott, M., und Roland, M. The GP Patient Survey for use in primary care in the National Health Service in the UK – development and psychometric characteristics. *BMC Family Practice*, 10, S. 1 – 8, 2009. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736918/>. 30.10.2017.
- Campbell, J., Ramsay, J., und Green, J. Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *Quality in Health Care*, 10(2):90–95, 2001.
- Casalino, L., Pesko, M., Ryan, A., Mendelsohn, J., Copeland, K., Ramsay, P., X., S., Rittenhouse, D., und Shortell, S. Small primary care physician practices have low rates of preventable hospital admissions. *Health Affairs*, 33 (9), S. 1 – 9, 2014. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25122562>. 30.10.2017.
- Chell, E. Critical incident technique. *Cassell / Symon*, page 45 – 60, 2004.
- Cohidon, C., Cornuz, J., und Senn, N. Primary care in Switzerland: evolution of physicians' profile and activities in twenty years (1993–2012). *BMC Family Practice*, 16, S. 1 – 9, 2015. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546123/>. 30.10.2017.
- Cousin, G., M., S., D.L., R., und Hall, J. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 87(9):193–197, 2012.
- Crocker, J., Swancutt, D., Roberts, M., Abel, G., Roland, M., und Campbell, J. Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open*, 3, S. 1 – 8, 2013. URL <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/3/5/e002762.full.pdf>. 30.10.2017.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., und Storey, L. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(1): 1–244, 2002.
- Dagger, T., Sweeney, J., und Johnson, L. A hierarchical model of health service quality: Scale development and investigation of an integrated model. *Journal of Service Research*, 10(2):123–142, 2007.
- Dampz, M., Falcato, L., und Beck, T. Patientenzufriedenheit – Leuchtturm oder Irrlicht auf dem Weg zur Qualitätsbeurteilung ambulanter Suchtbehandlungen. *Abhängigkeiten*, 17(1):7–29, 2012.
- Derksen, F., Bensing, J., und Lagro-Janssen, A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(1):76–84, 2013.
- Dierks, M.-L. und W., S. F. Rollenveränderungen durch New Public Health – Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(8):796–803, 2001.
- Dimova, R., Stoyanova, R., und Keskinova, D. The EUROPEP questionnaire for patient's evaluation of general practice care: Bulgarian experience. *Croatian Medical Journal*, 58(1):63–74, 2017.
- Donabedian, A. The quality of care: how can it be assessed. *Journal of the American Medical Association*, 105(12):1743–1748, 1988.
- Eide, T., Straand, J., Melbye, H., Rortveit, G., Hetlevik, I., und E., R. Patient experiences and the association with organizational factors in gene-

- ral practice: results from the Norwegian part of the international, multicentre, cross sectional QUALICOPC study. *BMC Health Services Research*, 17, S. 1 - 9, 2016. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27553244>. 30.10.2017.
- Fan, V., Burman, M., Mc Donnell, M., und Fihn, S. Continuity of care and other determinants of patient satisfaction with primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3):226-233, 2005.
- Fenton, J., Jerant, A., Bertakis, K., und Franks, P. The cost of satisfaction- a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Archives of internal medicine*, 16(5):403-411, 2012.
- Flanagan, J. The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4): 327-358, 1954.
- Frodl, A. Marketing im gesundheitsbetrieb, 2011. Wiesbaden.
- Geierhos, M., Schulze, S., und Bäumer, F. Der zufriedene Patient 2.0: Analyse anonymer Arztbewertungen im Web 2.0. Working Papers des KVF NRW, 3, S. 1 - 18, 2015. URL http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/44073/ssoar-2015-geierhos_et_al-Der_zufriedene_Patient_20_Analyse.pdf?sequence=1. 30.10.2017.
- Gericke, C., Schiffhorst, G., Busse, R., und Häussler, B. Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiscope-A. *Gesundheitswesen*, 66(11): 723-731, 2004.
- Gill, L. und White, L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1):8-19, 2009.
- Greaves, F., Ramirez-Cano, D., Millett, C., Darzi, A., und Donaldson, L. Harnessing the cloud of patient experience: using social media to detect poor quality healthcare. *BMJ Quality & Safety Online*, 22 (3), S. 1 - 4, 2013. URL <http://qualitysafety.bmj.com/content/22/3/251.long>. 30.10.2017.
- Greve, W. und Wentura, D. Wissenschaftliche beobachtung, 1997. Weinheim.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spensers, T., und Szécsényi, J. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Family Practice*, 16(1):4-11, 1999.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., und Szécsényi, J. Patients in europe evaluate general practice care: an international comparison. *British Journal of General Practice*, 50(11):882-887, 2000.
- Gross, D., Zyzanski, S., Borawski, E., Cebul, R., und Stange, K. Patient satisfaction with time spent with their physician. *Journal of Family Practice*, 47(2):133-137, 1998.
- Ha, J. F., Anat, S., und Longnecker, N. Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*, 10(1):38-43, 2010.
- Häder, M. Empirische sozialforschung, 2015. Wiesbaden.
- Hagedoorn, M., Uijl, S., Van Sonderen, E., Ranchor, A., Grol, B., Otter, R., Krol, B., Van den Heuvel, W., und Sandermann, R. Structure and reliability of ware's patient satisfaction questionnaire iii: Patients' satisfaction with oncological care in the Netherlands. *Medical Care*, 41(2):254-263, 2003.
- Hekkert, K., Cihangir, S., Kleefstra, S., Van den Berg, B., und Kool, R. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social Sciences and Medicine*, 69(1):68-75, 2009.
- Hentschel, B. Dienstleistungsqualität aus Kundensicht, 1992. Wiesbaden.
- Hogan, N., Li, H., Pezaro, C., Roberts, N., Schmidt, E., und Martin, J. Searching for a written patient feedback instrument for patient-medical student consultations. *Advances in Medical Education and Practice*, 8(10): 171-178, 2017.
- Hölzing, J. Die Kano - Theorie der Kundenzufriedenheitsmessung, 2008. Wiesbaden.
- Homburg, C. Marketingmanagement, 6, 2017. Wiesbaden.
- Homburg, C. und Bucerius, M. Kundenzufriedenheit als Managementherausforderung. *Homburg*, pages 53-89, 2006.
- Homburg, C. und Krohmer, H. Marketingmanagement, 2, 2006. Wiesbaden.
- Homburg, C. und Rudolph, B. Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit. *Simon / Homburg*, pages 31-55, 1997.
- Hüfken, V. Telefonische befragung. *Baur / Blasius*, pages 631-642, 2014.
- Hughes, S. L., Weaver, F. M., Giobbie-Hurder, A., Manheim, L., Henderson, W., Kubal, J. D., Ulasevich, A., und Cummings, J. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. *Journal of the American Medical Association*, 117(22):2877-2885, 2000.
- Hulka, B., Zyzanski, S., Cassel, J., und Thompson, S. Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care. *Medical Care*, 8(5):429-436, 1970.
- Ipsen, D. Das Konstrukt Zufriedenheit. *Soziale Welt*, 29(1):44-53, 1978.
- Jackson, J., Chamberlinc, J., und Kroenke, K. Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52(4):609-620, 2001.
- Jalil, A., Zakar, R., Zakar, M., und Fischer, F. Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan. *BMC Health Services Research*. 17 (1), S. 1 - 13, 2017. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222721>. 30.10.2017.
- Janicijevic, I., Seke, K., Djokovic, A., und Filipovic, T. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction-where is the linkage. *Hippokratia*, 17(2):157-162, 2013.
- Joo, J., Cho, J. J., Kwon, Y. J., Lee, Y., und Shin, D. A qualitative study of satisfaction with the community-based primary care project among primary care patients and its efficacy. *Korean Medical Association*, 60(2):173-182, 2017.
- Kaba, R. und Sooriakumaran, P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 2(5):57-65, 2007.
- Kadry, B., Chu, L. F., Kadry, B., Gammass, D., und Macario, A. Analysis of 4999 online physician ratings indicates that most patients give physicians a favorable rating. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4):1-18, 2011. 17.10.2017.
- Karner, R. Kundenorientierte unternehmensführung: Fallbeispiel KTW Software & Consulting, Tirol. *Hinterhuber / Matzler*, pages 611-635, 2004.
- Keiner, D. Methodischer Vergleich von verschiedenen Instrumenten zur Messung der Lebensqualität bei Osteoporose- Patienten, 2006. Göttingen.
- Kick, A. Die Rolle von Patienten und Kunden- Ethische Verantwortung des Therapeuten. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(18):A1206-A1208, 2006.
- Kim, S., Kaplowitz, S., und Johnston, M. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & The Health Professions*, 27(9):237-251, 2004.
- Kimberlin, C. und Winterstein, A. Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(12):2276-2284, 2008.
- Kirchgeorg, M. Stichwort: Zufriedenheit. *Gabler Wirtschaftslexikon*, o.J. URL <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/11227/zufriedenheit-v6.html>. 22.05.2017.
- Köhler, M., A. / Gründer. Online-Marketing für das erfolgreiche Krankenhaus, 2017. Berlin.
- Kontopantelis, E., Roland, M., und Reeves, D. Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Family Practice*, 11:1-15, 2010. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936332/>. 30.10.2017.
- K.P. W. Discursive versus information processing perspectives on a bioethical problem- the case of 'unrealistic' patient expectations. *Theory & Psychology*, 14(2):191 - 203, 2004.
- Kreutzer, R. und Hinz, J. Möglichkeiten und Grenzen von Social Media Marketing, 2010. Berlin.
- Kühn, T. und Koschel, K.-V. Gruppendiskussionen- ein Praxis-Handbuch, 2011. Wiesbaden.
- Kuß, A. Marktforschung: Grundlagen der Datenerhebung und Datenanalyse, 4, 2012. Wiesbaden.
- Lagu, T., Hannon, N., Rothberg, M., und Lindenauer, P. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: An analysis of physician-rating websites. *Journal of General Internal Medicine*, 25(9): 942-946, 2010.
- Laidsaar-Powell, R., Bu, S., und Mc Caffery, K. Partnering with involving patients. *Martin / Di Matteo*, pages 84-108, 2014.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., und Nguyen, T. D. Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2(3):197-207, 1979.
- Lin, M., Kan, W., und Chen, C. Patients' perceptions and expectations of family participation in the informed consent process of elective surgery in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 6(2):55-59, 2012.
- Linde, K., Witt, C., Streng, A., Weidenhammer, W., Wagenpfeil, S., Brinkhaus, B., Willich, S., und Melchart, D. The impact of patient expectations on outcomes in four randomized controlled trials of acupuncture in patients with chronic pain. *Pain*, 128(3):264-271, 2007.
- Löffler, U. und Von der Heyde, C. Stichproben-Verfahren in der Umfragefor-

- schung, 2, 2014. Wiesbaden.
- Longo, M., Cohen, D., Hood, K., Edwards, A., Robling, M., Elwyn, G., und Russell, I. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. *British Journal of General Practice*, 56(1):35–42, 2006.
- Ma, L., Kaye, A., Bean, M., Vo, N., und Ruan, X. A five-star doctor? online rating of physicians by patients in an internet driven world. *Pain Physician*, 18(1):E15–E17, 2015.
- Magerhans, A. Marktforschung- eine praxisorientierte Einführung, 2016. Wiesbaden.
- Mahler, C., Hermann, K., Jank, S., Haefeli, W., und Szecsenyi, J. Can a feedback report and training session on medication counseling for general practitioners improve patient satisfaction with information on medicines. *Patient Prefer Adherence*, 6(10):179–186, 2012.
- Mangione, C., Lee, P., Gutierrez, P., Spritzer, K., Berry, S., und Hays, R. Development of the 25-item national eye institute visual function questionnaire. *Archives of Ophthalmology*, 3(1):1050–1058, 2001.
- Marcinowicz, L., Pawlikowska, T., und Oleszczyk, M. What do older people value when they visit their general practitioner? a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 11(4):361 – 367, 2014.
- Marshall, G. N. und Hays, R. D. The patient satisfaction questionnaire short-form (psq- 18), 1994. Santa Monica.
- Matzler, K. und Bailom, F. Messung von kundenzufriedenheit. *Hinterhuber / Matzler*, page 263 – 294, 2004.
- Matzler, K., Stahl, H., und Hinterhuber, H. Die customer-based view der unternehmung. *Hinterhuber / Matzler*, q:3 – 30, 2004.
- Mayring, P. Psychologie des glücks, 1991. Stuttgart.
- Mazor, K., Clauser, B., Field, T., Yood, R., und Gurwitz, J. A demonstration of the impact of response bias on the results of patient satisfaction surveys. *Health Service Research*, 37(5):1403 – 1417, 2002.
- McKinstry, B., Hammersley, V., Burton, C., Pinnock, H., Elton, R., Dowell, J., Sawdon, N., Heaney, D., Elwyn, G., und Sheikh, A. The quality, safety and content of telephone and face-to-face consultations: a comparative study. *Quality & Safety in Health Care*, 19(4):298 – 303, 2010.
- Mead, N. und Bower, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7):1087 – 1110, 2000.
- Meffert, H. und Bruhn, M. Dienstleistungsmarketing Grundlagen – Konzepte – Methoden, 7, 2012. Wiesbaden.
- Mehmet, Y. Qualitätsurteile in Patientenbefragungen, 2011. Wiesbaden.
- Milano, M., Mola, E., Collecchia, G., Del Carlo, A., Giancane, R., Visentin, G., und Nicolucci, A. Validation of the italian version of the europe instrument for patient evaluation of general practice care. *The European Journal of General Practice*, 13(2):92 – 94, 2007.
- Moosbrugger, H. und Kelava, A. Testtheorie und fragebogenkonstruktion, 2, 2012. Wiesbaden.
- Nerdinger, F., Neumann, C., und Cruth, S. Kundenzufriedenheit und kundenbindung. *Moser*, pages 127 – 146, 2015.
- Neugebauer, B. und Porst, R. Patientenzufriedenheit – ein Literaturbericht. *ZUMA- Methodenbericht*, 7:1–28, 2001. URL http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/48754/ssoar-2001-neugebauer_et_al-Patientenzufriedenheit_ein_Literaturbericht.pdf?sequence=1. 30.10.2017.
- Niebling, W., Unteregger, E., Böckmann, H., Dietsche, B., Mühlbacher, A., und Nübling, M. Umfassendes Qualitätsmanagement in einem Hausarzt-netz – ein Werkstattbericht. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 79(11):530 – 534, 2003.
- Nübling, M., Mühlbacher, A., und Niebling, W. Patientenbefragung in der Hausarztpraxis: Entwicklung, Validierung und Einsatz eines Instrumentes. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 98(4):301 – 308, 2004.
- Ogaji, D. Questionnaires for patient evaluation of primary health care: A systematic review and implications for the nigerian practice setting. *Journal of Community Medicine and Primary Health Care*, 29(1):18 – 34, 2017.
- Olbrich, R., Battenfeld, D., und Buhr, C. Marktforschung, 2012. Berlin – Heidelberg.
- Oliver, R. Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer, 2010. London – New York.
- Osiya, D., Ogaji, D., und Onotai, L. Patients' satisfaction with healthcare: comparing general practice services in a tertiary and primary healthcare settings. *The Nigerian Health Journal*, 17(1):1–14, 2017. URL <https://www.ajol.info/index.php/nhj/article/view/File/154264/143845>. 30.10.2017.
- Paddison, C., Abel, G., Roland, M., Elliott, M., Lyraztopoulos, G., und Campbell, J. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the english general practice patient survey. *Health Expectations*, 18(10): 1081 – 1092, 2013.
- Paul, M., Wallace, B., und Dredzde, M. What affects patient (dis)satisfaction? analyzing online doctor ratings with a joint topic-sentiment model. *Workshops at the Twenty- Seventh AAAI Conference on Artificial Intelligence*, page 1 – 6, 2013. URL <http://www.aaai.org/ocs/index.php/WS/AAAIW13/paper/download/7120/6510>. 30.10.2017.
- Pavlič, D., Sever, M., Klemenc-Ketiš, Z., und Švab, I. Process quality indicators in family medicine: results of an international comparison. *BMC Family Practice*, 16:1–11, 2015. URL <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-015-0386-7?site=bmcfampract.biomedcentral.com>. 30.10.2017.
- Piekenbrock, D. Stichwort: Präferenz. *Gabler Wirtschaftslexikon*, o.J. URL <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55419/praefferenz-v5.html>. 05.06.2017.
- Pirk, O. und O., S. Primärdatenerhebung. *Schöffski / Graf v. d. Schulenburg*, page 197 – 242, 2012.
- Porst, R. Wie man die Rücklaufquote bei postalischen Befragungen erhöht. *GESIS- How-to*, 9:1–13, 2001. URL http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/20141/ssoar-2001-porst-wie_man_die_rucklaufquote_bei.pdf?sequence=1. 30.10.2017.
- Raab, G., Unger, A., und Unger, F. Methoden der Marketing-Forschung Grundlagen und Praxisbeispiele, 2, 2009. Wiesbaden.
- Rammstedt, B. Reliabilität, Validität, Objektivität. *Wolf / Best*, pages 239 – 258, 2010.
- Ramsay, J., Campbell, J., Schroter, S., Green, J., und Roland, M. The general practice assessment survey (gpas): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice*, 17(5):372 – 379, 2000.
- Reimann, S. und Strech, D. The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. a criteria-based analysis of English- and German-language sites. *BMC Health Services Research*, 12:1–14, 2010. URL <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-10-332?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>. 30.10.2017.
- Richard, E. und Diener, E. Personality and subjective well-being. *Social Indicators Research Series*, 37:75 – 102, 2009.
- Robbins, J., Bertakis, K., L.J., H., Azari, R., Callahan, E., und D.A., C. The influence of physician practice behaviours on patient satisfaction. *Journal of Family Medicine*, 25(1):17 – 20, 1993.
- Rogler, G. Der patient als kunde. *Schweizerische Ärztezeitung*, 90(25):1009 – 1013, 2009.
- Roque, H., Veloso, A., und Ferreira, P. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Revista de Saúde Pública*, 50(10):1–7, 2015. URL <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006259.pdf>. 30.10.2017.
- Salcher, E. Psychologische Marktforschung, 2, 1995. Berlin.
- Salisbury, C., Wallace, M., und Montgomery, A. Patients' experience and satisfaction in primary care: secondary analysis using multilevel modelling. *BMJ Online*, pages 1–8, 2010. URL <http://www.bmj.com/content/bmj/341/bmj.c5004.full.pdf>. 22.06.2017.
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., und Groenewegen, P. P. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 93:161–168, 2015.
- Scharnbacher, K. und G., K. Kundenzufriedenheit: Analyse, Messbarkeit und Zertifizierung, 2003. München.
- Schimanofsky, W. *Prozess- und Kundenorientierung: Analyse – Konzeption – Umsetzung*. Springer-Verlag, 2013.
- Schneider, G., Geiger, I. K., und Scheuring, J. *Prozess- und Qualitätsmanagement: Grundlagen der Prozessgestaltung und Qualitätsverbesserung mit zahlreichen Beispielen, Repetitionsfragen und Antworten*. Compendio Bildungsmedien AG, 2008.
- Schwaiger, M. und Zimmermann, L. Quantitative forschung: Ein überblick. *Manfred Schwaiger und Anton Meyer (Hg.): Theorien und Methoden der Betriebswirtschaft. Handbuch für Wissenschaftler und Studierende*. München:

- Franz Vahlen, pages 420–437, 2011.
- Schäfer, W., Boerma, W., Kringos, D., De Maeseneer, J., Grefß, S., Heinemann, S., Rotar-Pavlic, D., Seghieri, C., Švab, I., Van den Berg, M., Vainieri, M., Westert, G., Willems, S., und Groenewegen, P. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice*, 12:1–9, 2011. URL <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-12-115?site=bmcfampract.biomedcentral.com>. 30.10.2017.
- Sebo, P., Herrmann, F., und Haller, D. How do GPs in Switzerland perceive their patients' satisfaction and expectations? An observational study. *BMJ Open*, 5:1–8, 2015. URL <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/6/e007085.full.pdf>. 30.10.2017.
- Sebo, P., Herrmann, F. R., und Haller, D. M. Is patient satisfaction with organizational aspects of their general practitioner's practice associated with patient and doctor gender? An observational study. *BMC family practice*, 17(1):120 – 127, 2016.
- Sharma, M., Yadav, K., Yadav, N., und Ferdinand, K. C. Zika virus pandemic—analysis of Facebook as a social media health information platform. *American Journal of Infection Control*, 45(3):301–302, 2017.
- Shelton, P. J. *Measuring and improving patient satisfaction*. Jones & Bartlett Learning, Gaithersburg – Maryland, 2000.
- Sitzia, J. und Wood, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12):1829 – 1843, 1997.
- Sixma, H., Kerssens, J., Van Campen, C., und Peters, L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 3(12):82 – 95, 1998.
- Solomon, M. R. und Tuten, T. *Social Media Marketing*. Pearson Higher Ed, New Jersey, 2013.
- Solomon, M. Konsumentenverhalten, 2013. München.
- Stauss, B. und Seidel, W. *Beschwerdemanagement: Unzufriedene Kunden als profitable Zielgruppe*. Carl Hanser Verlag GmbH Co KG, 5 edition, 2014.
- Stewart, M. P., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., und Jordan, J. The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*, 49(9):796 – 804, 2000.
- Swart, E., Ihle, P., Klug, S., und Lampert, T. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS)-Revision nach grundlegender Überarbeitung. *Das Gesundheitswesen*, 70(1):54 – 60, 2008.
- Tachtsoglou, S. und König, J. *Statistik für Erziehungswissenschaftlerinnen und Erziehungswissenschaftler: Konzepte, Beispiele und Anwendungen in SPSS und R*. Springer-Verlag, Wiesbaden, 2017.
- Tahir, M., Nawaz, S., Butt, M., Amin, F., und Tahir-Mahmood, K. In-patient perceptions, needs, expectations and satisfaction within tertiary care settings. *Journal of Pharmaceutical Sciences & Research*, 4(12):2025 – 2031, 2012.
- Tan, S. und Goonawardene, N. Internet health information seeking and the patient-physician relationship: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1):1–15, 2017. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5290294/>. 30.10.2017.
- Tarrant, C., Stokes, T., und Baker, R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 53(10):798 – 800, 2003.
- Thayaparan, A. und Mahdi, E. The patient satisfaction questionnaire short form (psq-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Medical Education Online*, 18:1–2, 2013. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722414/>. 30.10.2017.
- Theis, H. Auf direktem Weg zur Patientenbindung. *Deutsches Ärzteblatt*, 104(13):8 – 12, 2007.
- Theobald, A. *Praxis Online-Marktforschung: Grundlagen-Anwendungsbereiche-Durchführung*. Springer-Verlag, Wiesbaden, 2017.
- Thielsch, M. T. und Weltzin, S. Online-Befragungen in der Praxis. *Praxis der Wirtschaftspsychologie: Themen und Fallbeispiele für Studium und Praxis*, pages 69–85, 2009.
- Thill, K.-D. *Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis: die Voraussetzung für eine erfolgreiche unternehmerische Praxisführung*. Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2008.
- Thompson, D. und Yarnold, P. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: The disconfirmation paradigm. *Academic Emergency Medicine*, 2(12):1057 – 1062, 1995.
- Töpfer, A. Kundenzufriedenheit als basis für unternehmererfolg. In *Handbuch Kundenmanagement*, pages 37 – 80. Springer, 2008a.
- Töpfer, A. *Handbuch Kundenmanagement*. Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg, 3 edition, 2008b.
- Töpfer, A. Analyse der anforderungen und prozesse wertvoller kunden als basis für die segmentierung und steuerungskriterien. In *Handbuch Kundenmanagement*, pages 191–228. Springer, 2008c.
- Vedsted, P., Sokolowski, I., und Heje, H. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26(3):174 – 180, 2008.
- Vogl, S. Gruppendiskussion. In *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, pages 581–586. Springer, 2014.
- Vukovic, M. H. und Jakovljevic, M. Structural validity and reliability of the healthcare professionals' economic reasoning questionnaire. *Hospital Pharmacology*, 2(3):308 – 316, 2016.
- Vukovic, M. H., Gvozdenovic, B., T. G., Stamatovic Gajic, B., Jakovljevic, M., und B.P. M. Validation of a patient satisfaction questionnaire in primary health care. *Public Health*, 126(8):710 – 718, 2012.
- Ware, J. E. und Snyder, M. K. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 13(8):669 – 682, 1975.
- Ware, J., Snyder, M., Wright, W., und Davies, A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(2):247 – 263, 1983.
- Weis, H. C. und Steinmetz, P. *Marktforschung*, 2008. Ludwigshafen.
- Wengle, H. Qualitäts-standards für die stationäre psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(43):2439 – 2441, 2000.
- Wensing, M., Vedsted, P., Kersnik, J., Peersman, W., Klingenberg, A., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Paulus, D., Künzi, B., Mendive, J., und Grol, R. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *International Journal of Quality in Health Care*, 14(12):111 – 118, 2002.
- Wildner, M. Patient, Nutzer, Kunde. *Gesundheitswesen*, 73(7):397 – 398, 2011.
- Williams, B. Patient satisfaction: a valid concept. *Social Science and Medicine*, 38(4):509 – 516, 1994.
- Williams, S. und Calnan, M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family Practice*, 18(9):237 – 242, 1991.
- Wong, S., Chau, L., Hogg, W., Teare, G., Miedema, B., Breton, M., Aubrey-Bassler, K., Katz, E. A. / Burge, Boivin, A., Cooke, T., Francoeur, D., und Wodchis, W. An international cross-sectional survey on the Quality and Costs of Primary Care (QUALICO-PC): recruitment and data collection of places delivering primary care across Canada. *BMC Family Practice*, 16:1–10, 2015. URL <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339081/>. 30.10.2017.
- Wüthrich-Schneider, E. Patientenzufriedenheit – wie verstehen? *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(20):1046 – 1048, 2000a.
- Wüthrich-Schneider, E. Patientenzufriedenheit – wie messen? *Schweizerische Ärztezeitung*, 81(21):1116–1119, 2000b.
- Yaphe, J. Demystifying patient satisfaction. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(3):162 – 163, 2015.