

Schwerpunkt

Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? Eine systematische Übersichtsarbeit

Bettina Berger*, Matthias Lenz, Ingrid Mühlhauser

Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-King-Platz-6, 20146 Hamburg

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Frage nach dem „guten Arzt“ ist eines der häufigsten bei Patientenberatungseinrichtungen nachgefragten Anliegen. Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen, ob die derzeit verfügbaren Instrumente zur Erhebung der Patientenzufriedenheit geeignet sind, die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung aus Patientenperspektive zu erfassen und Patienten bei der Auswahl einer ambulanten Versorgungseinrichtung zu unterstützen.

Methode: Systematische Literaturrecherche und kritische Analyse in deutscher Sprache verfügbarer validierter Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich.

Ergebnisse: Vier Instrumente wurden bewertet (ZAP, EUROPEP, Qualiscope-A, GEB/QP-Qualitätspraxen). Für alle Instrumente sind mehrstufige Entwicklungsprozesse belegt. Patientenzufriedenheit wird bei allen Instrumenten mit dem Ziel erhoben, die Patientenperspektive in die Bewertung der Leistungsanbieter einzubeziehen. Die Items der Instrumente und die zugrunde liegenden Zufriedenheitskonstrukte unterscheiden sich substantiell. Keines der Instrumente berücksichtigt externe Qualitätskriterien, an denen die Patienten die Versorgungsqualität beurteilen könnten.

Verfügbarkeit und Qualität von Patienteninformationen, die für eine Beurteilung der Versorgungsqualität notwendig sind, werden nicht erfasst. Die Einbeziehung der Patienten in gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Entscheidungen wird auf subjektiver Ebene evaluiert. Individueller Zufriedenheit zugrunde liegende individuelle Erwartungen oder Präferenzen werden nur bei GEB/QP-Qualitätspraxen berücksichtigt. Kontrollierte Studien zur Wirksamkeitsprüfung der Instrumente konnten nicht identifiziert werden. Ungeklärt ist, ob der Einsatz dieser Instrumente die Versorgungsqualität verbessert und/oder unerwünschte Wirkungen hat.

Schlussfolgerungen: Patientenzufriedenheit ist ein Teilaspekt ambulanter Versorgung. Die Qualität ambulanter Versorgung kann über eine alleinige Erfassung der Patientenzufriedenheit jedoch nicht erhoben werden. Voraussetzung für eine glaubwürdige Qualitätsbeurteilung durch Patienten sind evidenzbasierte Patienteninformationen. Die Frage nach dem „guten Arzt“ kann mit den analysierten Instrumenten nicht beantwortet werden, solange die Verfügbarkeit angemessener Patienteninformationen keine Berücksichtigung findet.

Schlüsselwörter: Patientenzufriedenheit, Patientenpräferenzen, ambulante Versorgung, Qualitätsbewertung, Patientenperspektive, informierte Patientenentscheidung, evidenzbasierte Medizin

*Korrespondenzadresse: Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-King-Platz-6, 20146 Hamburg, German.
E-Mail: bettina.berger@uni-hamburg.de (B. Berger).

A Satisfied Patient – A Good Doc? To What Extent is Patient Satisfaction An Indicator of Quality in General Practice? A Systematic Review

Summary

Background: “How can I find a good doctor?” is one of the most frequent requests patients’ help desks receive. The aim of the present study is to appraise whether current available patient satisfaction surveys reflect the quality of ambulatory care from the patients’ perspective, and whether this information can be used to choose an adequate care facility.

Method: Systematic literature searches and critical appraisal of validated German instruments for the evaluation of patient satisfaction in ambulatory care were conducted.

Results: Four instruments were evaluated (ZAP; EUROPEP, Qualiskope-A, GEB/QP-Qualitätspraxen). For each instrument, multistage development processes are reported. The instruments are intended to survey patient satisfaction in terms of subjective process-related aspects of ambulatory care. Constructs of satisfaction and items used in the instruments differ substantially. External criteria that are necessary to evaluate the quality of

care have not been considered. Data about the availability and quality of patient information have not been retrieved. Patient participation in decision-making has been assessed in a subjective manner. Individual expectations and patient preferences are only accounted for by GEB/QP-Qualitätspraxen. Controlled trials proving the efficacy of the instruments were not identified. It remains unclear whether the use of these instruments has beneficial or adverse effects.

Conclusion: Patient satisfaction is an aspect of ambulatory care. However, quality of ambulatory care is not reflected by patient satisfaction alone. Evidence-based information is decisive for the patient’s judgement of the quality of medical care. The instruments analysed cannot be used to answer the question: “Is this a good doctor?”, unless they consider the availability of adequate patient information.

Key words: patient satisfaction, patient preferences, ambulatory care, quality assessment, patient perspective, informed decision-making, evidence-based medicine

Hintergrund und Fragestellung

Die Frage nach dem „guten Arzt“ ist eines der häufigsten Anliegen bei Patientenberatungseinrichtungen. Die Stiftung Gesundheit bietet seit 1997 ein Internetportal zur Arztsuche nach Therapieschwerpunkten und Adressen an [1]. Geplant war eine Implementierung von Angaben über die Zufriedenheit der Patienten mit den Ärzten als Navigationshilfe. Ein Gutachten zur Eignung von Patientenzufriedenheit (PZ) als Merkmal ärztlicher Versorgungsqualität wurde angefertigt und ist Grundlage dieses Beitrags [2].

Qualität im Gesundheitswesen bedeutet patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen [3].

Wie die Versorgungsqualität aus Patientenperspektive erfasst werden kann, wird seit über dreißig Jahren – beginnend im angloamerikanischen und niederländischen Raum und seit Mitte der neunziger Jahre auch in Deutschland [4,5] – kontrovers diskutiert. Dabei wird PZ als ein Aspekt der Versorgungsqualität angesehen [6].

Bislang gibt es kein einheitliches Konstrukt von PZ [4,7]. Sitzia et al. stellen in ihrer Übersichtsarbeit verschiedene Modelle von Zufriedenheitskonstrukten vor [7]. Bei allen ist das Konstrukt multidimensional und wird über Determinanten definiert, die PZ aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Im Mittelpunkt stehen die individuellen Präferenzen des Patienten, dessen Erwartungen, sowie die Realität, auf die sich die Zufriedenheit bezieht [8]. Weitere Faktoren sind die persönlichen Erfahrungen und Ansprüche, vor deren Hintergrund die Erwartungen entstehen [8].

Die Verwendbarkeit von (Kunden- oder Patienten-) Zufriedenheitsangaben als Qualitätsindikator wurde bereits 1996 prinzipiell infrage gestellt [4]: Kann eine objektiv gute oder schlechte Realität überhaupt als solche wahrgenommen werden? Oder stellt Zufriedenheit nicht viel mehr ein Konstrukt sozialer Erwünschtheit dar?

Voraussetzung für ein Zufriedenheitsurteil durch Patienten im Sinne eines Qualitätsindikators der ärztlichen Versorgung ist die Verfügbarkeit von Informationen, die auf transparenten, unabhängigen und validen Qualitätskriterien beruhen. Die Patienten müssen wissen, was sie von der ärztlichen Versorgung erwarten können, wann also ärztliche Leistungen als gut (oder als

schlecht) einzustufen sind. Mehrere Grundlagen- und Übersichtsarbeiten zur Erhebung von PZ unterstreichen die Bedeutung eines solchen Informationsangebotes [8–11].

Diese Arbeit untersucht folgende Fragestellungen: 1) Wie wird mit den bekannten kritischen Aspekten der Zufriedenheitsbefragung umgegangen? 2) Sind die mit den Instrumenten zur Messung der Patientenzufriedenheit erhobenen Daten geeignet, Patienten bei der Auswahl einer qualitativ guten ambulanten Versorgungseinrichtung zu unterstützen? 3) Berücksichtigen die Instrumente die Abhängigkeit zwischen dem Zufriedenheitsurteil der Patienten und den dafür notwendigen Informationen?

Methode

Medline, EMBASE, Cinahl und die PSYINDEX-Instrumentendatenbank wurden nach Publikationen zu im deutschsprachigen Raum verfügbaren und validierten Instrumenten durchsucht (Box 1). Die Referenzlisten der eingeschlossenen Publikationen wurden nach weiteren relevanten Arbeiten gescreent. Die identifizierten Instrumente wurden auf Basis aktuell diskutierter Qualitätskriterien durch zwei unabhängige Reviewer (BB und ML) analysiert.

Box 1. Systematische Recherche

Kombination von Suchbegriffen und wenn verfügbar Schlagworten (MeSH = Medical Subheadings): ("Patient Satisfaction"[MeSH] OR "Consumer Satisfaction"[MeSH] AND ("Ambulatory Care"[MeSH] OR "Primary Health Care"[MeSH] OR "Primary Nursing"[MeSH] OR "Family Practice"[MeSH] OR "Physicians, Family"[MeSH] OR "family doctor" OR "family doctors" OR "general practitioner" OR "general practitioners" OR "general practice" OR "ambulant service" OR "ambulant services"). Einbeziehung der identifizierten Instrumente als Suchbegriffe in die Suchstrategie nach Evaluationsstudien. Durchführung einer Online-Handsuche in deutschsprachigen Zeitschriften: Bundesgesundheitsblatt, Medizinische Klinik, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Gesundheitswesen, Mitteilungen aus der AWMF (Archive 2004–2006), Schweizerische Rundschau für Medizin, Schweizerische medizinische Wochenschrift, Wiener klinische Wochenschrift und Zeitschrift für Allgemeinmedizin.

Der Erstentwurf der Publikationen wurde an die Erstautoren der Instrumente versandt. Sie wurden gefragt, ob deren Arbeit angemessen beurteilt wurde und ob wichtige Publikationen übersehen worden sind. Die Anmerkungen der Autoren sind in dieser Publikation berücksichtigt.

Auswahl relevanter Publikationen

Eingeschlossen wurden zwischen 1980 und 2006 publizierte und evaluierte Instrumente zur Messung von PZ mit der ambulanten Versorgung in deutscher Sprache. Ausgeschlossen wurden Instrumente, deren Grundlagenarbeit in keiner wissenschaftlichen Zeitschrift publiziert worden ist, sowie Instrumente zur Messung der PZ ausschließlich im stationären Bereich.

Kriterien zur Qualitätsbewertung der Instrumente

Instrumente zur Erhebung von PZ müssen den üblichen Testgütekriterien genügen, wie Plausibilität, Validität und Reliabilität. Vor dem Hintergrund der aktuellen internationalen wissenschaftlichen Diskussion lassen sich weitere inhaltliche und methodische Qualitätskriterien definieren, wie die Angemessenheit von Zielen der Zufriedenheitserhebung, die Berücksichtigung patientenrelevanter Outcomes und die Berücksichtigung von

Erwartungen, Präferenzen und der Informiertheit der Patienten.

Inhaltliche Kriterien:

1. Ziele der Erhebung von Patientenzufriedenheit

Ziel einer PZ-Erhebung kann es sein zu erforschen, wie Patienten aus der Perspektive ihrer spezifischen Erkrankung die Qualität von Gesundheitsleistungen wahrnehmen [12].

Vor dem Hintergrund des Qualitätsmanagements (QM) kann PZ auch im Sinne von Prozessqualität erhoben werden, um Probleme bei der Gesundheitsversorgung zu identifizieren. Von einem umfassenden QM wird auch von Patientenseite die Einbeziehung und systematische Auswertung von Beschwerden sowie die Berücksichtigung der Behandlungsergebnisse erwartet [13]. Allerdings können Patienten die Behandlungsqualität ohne Hintergrundinformationen nicht selbst einschätzen [14]. Daher sollten Zufriedenheitsbefragungen an die Bereitstellung entsprechender Informationen gekoppelt werden.

Auch kann PZ als Outcome einer von ökonomischen und gesundheitspolitischen Argumenten bestimmten Interaktion zwischen am Gesundheitswesen beteiligten Menschen verstanden werden [7]. Hierbei wird die Spannung zwischen unternehmerischen Zielsetzungen (möglichst zufriedene Kunden) und einer an evidenzbasierten Qualitätsparametern ausgerichteten Evaluation der medizinischen Versorgung deutlich. Es besteht die Gefahr, dass eine hohe gemessene (unternehme-

risch erwünschte) Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung als hauptsächlich bestimmende Dimension eines patientenseitigen Qualitätsurteils betrachtet wird und darüber hinaus mit der Behandlungsqualität gleichgesetzt wird.

2. Patientenrelevante Outcomes

Patientenrelevante Outcomes der Behandlung sind alle Dimensionen der Gesundheit, wie physische Aktivität, krankheitsspezifische Symptome, allgemeines Wohlbefinden, psychisches und soziales Wohlbefinden und kognitive Funktionen. Zufriedenheit mit der Versorgungsqualität steht dabei an letzter Stelle [12]. Erhebungsinstrumente zur PZ fokussieren häufig Prozessindikatoren, wie die Arzt-Patienten-Interaktion und Servicequalität. Damit bilden die Instrumente zwar wichtige Komponenten der Versorgungsqualität ab, aber eben nur einen Teil patientenrelevanter Ergebnisparameter. Für die Messung patientenrelevanter Outcomes liegen für zahlreiche Indikationen spezifische, aber auch generische Instrumente vor, sowohl für die gesundheitsbezogene Lebensqualität als auch für den Gesundheitsstatus [15]. Instrumente zur Erhebung von Behandlungszufriedenheit ("treatment-satisfaction") beinhalten zwar auch Aspekte der Servicequalität, akzentuieren aber die Auswirkungen der Prozesse auf das Ergebnis, den Gesundheitsstatus des Patienten [16]. Die Messung der PZ mit der Servicequalität kann nicht gleichgesetzt werden mit der Erhebung von Behandlungsqualität.

3. Patientenerwartungen und Präferenzen

PZ kann als Differenz zwischen erwarteter und wahrgenommener Versorgung definiert werden [7]. Dabei ist der Begriff Erwartung kein einheitliches Konstrukt. Unterschiedliche Konnotationen (Wünsche, Glaubenshaltungen usw.) liegen zu Grunde [11]. Im konkreten Arzt-Patientendialog werden Erwartungen oft nicht thematisiert [17]. Patientenpräferenzen drücken aus, was Patienten bevorzugen oder beschreiben deren Vorstellungen darüber, was Gesundheitsversorgung bieten sollte [18]. Verschiedene Methoden zur Erhebung der Präferenzen werden diskutiert [6,19]. Erwartungen und Präferenzen sind zeitlichen und situativen Veränderungen unterworfen. Starre Definitionen werden den sich stetig verändernden Anforderungen an die hausärztliche Versorgung unter Umständen nicht gerecht. Erwartungen und Präferenzen können berechtigt aber auch unberechtigt sein. Crow et al. schlagen vor, Verbraucher zu schulen, damit diese wissen, was sie von ihrem Gesundheitswesen erwarten können [11].

4. Informationen und deren Qualität

Zufriedenheit ist abhängig von den zugrunde liegenden Erwartungen. Die Erwartungen der Patienten hängen von Umfang und Qualität der verfügbaren Informationen ab. Aufbereitung und Kommunikation relevanter evidenzbasierter Patienteninformationen stellen eine besondere Herausforderung dar [20]. Ob ein Patient über die relevanten Informationen verfügt, ist mit der Frage „Fühlten Sie sich ausreichend informiert?“ nicht hinreichend erfassbar. Gerade Informationsvermittlung wird häufig am schlechtesten bewertet [21].

Vor dem Hintergrund des "Informed Decision Making" [22] stellt sich die Frage nach der Zufriedenheit mit der informierten Entscheidung. Die „Informierte Entscheidung“ im Sinne eines patientenrelevanten Outcomes ist mehrdimensional [23]. Sie beinhaltet die persönliche Einstellung zu den Entscheidungsoptionen sowie das Abwägen relevanter Informationen. Patien-

ten können Verfügbarkeit und Qualität solcher Informationen ohne externe (evidenzbasierte) Kriterien nicht beurteilen.

Methodische Kriterien:

1. Verzerrungen

Viele Instrumente zur Erfassung der PZ werden auf Basis von Zufriedenheits- oder Präferenzhebungen entwickelt. Die in diesen Grundlagenstudien befragten Personen müssen einem repräsentativen Querschnitt entsprechen, damit die für die Instrumente generierten Zufriedenheitsdimensionen übertragbar sind. Damit die Ergebnisse von Befragungen als reliabel gelten, werden Antwortraten von mindestens 50% [11] bis 85% [24] gefordert. Bei niedrigen Antwortraten können Ergebnisse der Befragung kaum interpretiert werden.

Die Tendenz zu positiven Antworten (z.B. durch soziale Erwünschtheit) fällt im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen im Vergleich zu anderen Kundenzufriedenheitsbefragungen besonders auf. Einseitig positives Antwortverhalten ist teilweise losgelöst von inhaltlichen Aspekten des Instrumentes [12]. Es repräsentiert eher ein subjektives Adaptionsverhalten als einen objektiven Parameter [4].

Zufriedenheit ist abhängig vom soziodemographischen Hintergrund der Befragten. Patienten mit chronischen Schmerzen, ungeklärten Symptomen, mit geringem Bildungsstand, psychischen Erkrankungen, schwer Erkrankte und Nicht-Muttersprachler unterscheiden sich in ihren Erwartungen [12]. Deshalb sind zur Interpretation der Ergebnisse von PZ-Erhebungen soziodemographische Daten zu berücksichtigen. Zum umfassenden QM gehört zudem die systematische Einbeziehung von Daten aus dem Beschwerdemanagement [13].

2. Dynamik soziodemographischer Bedingungen

Zufriedenheit verändert sich vor dem Hintergrund der Dynamik soziodemographischer Bedingungen [12]. Die Veränderungssensitivität [26] eines Instrumentes zur Erhebung von PZ ist daher ein wichtiges Qualitätskriterium. Es wird zur Beurteilung von Messinstru-

menten für patientenrelevante Outcomes z.B. durch die Food and Drug Administration (USA) vorgegeben [27]. Die Prüfung der Veränderungssensitivität erfordert den Abgleich mit einem Vergleichsstandard [27]. Dieser liegt für die PZ bislang nicht vor und ist wegen der Dynamik und Heterogenität soziodemographischer Bedingungen vermutlich nicht definierbar.

Ergebnisse

Evaluieren wurden 18 Publikationen über 4 Instrumente in deutscher Sprache (Tabelle 1; Auswahlprozedere Abbildung 1). Alle angeschriebenen Autoren haben geantwortet und konstruktive Anmerkungen gemacht. Auf dieser Basis haben wir Fehlinterpretationen korrigiert, die Limitierungen der Instrumente neu diskutiert, und einige ergänzende Erklärungen eingefügt.

ZAP- Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive

Ziel von ZAP [28–33] ist es, PZ für ein internes und externes QM zu ermitteln. ZAP soll das Konstrukt „Servicequalität aus Patientenperspektive“ hinreichend valide und zuverlässig abbilden. Das Instrument sollte in verschiedenen Verwertungszusammenhängen einsetzbar sein. Obwohl Aspekte der medizinischen Behandlungsqualität abgefragt werden, ist ihre Evaluation nicht Ziel des Instrumenteneinsatzes. Das Zufriedenheitskonstrukt von ZAP besteht in den Dimensionen Arzt-Patienten-Interaktion, Information, Wirksamkeit der Behandlung, fachliche Kompetenz und Praxisorganisation.

EUROPEP – European Project on Patient Evaluation of General Practice Care

Ziel von EUROPEP [25,34–41] ist es, als Bestandteil des QM Versorgungslücken zu schließen, die von ärztlicher Seite nicht erkennbar sind oder in ihrer Bedeutung anders eingeschätzt werden.

Tabelle 1. Ergebnisse der Instrumentenevaluation.

Instrument	ZAP [28–33]	EUROPEP [25,34–42]	Qualiskope-A [42]	GEB/QP Qualitätspraxen [43]
Konstrukt-generierung	Fokusgruppeninterviews (Patientenerwartungen) [28,29]	Literaturauswertung [25] Erhebung von Patientenpräferenzen [34] ○ Befragte N = 6464 ○ Responder N = 3540 (55% ¹)	Verwendung von Konstrukt-dimensionen aus [28,29] und Ergänzung durch weitere Dimensionen	Literaturauswertung
Pilotierung	Quantitativ (Item- und Faktorenanalysen) [31,31] ○ Befragte N = 2800 Responder N = 969 (34,6% ¹)	Qualitativ Quantitativ [35] ○ Befragte ³ ○ Responder ⁴ N = 239	2	Quantitativ (Wichtigkeit der Dimensionen) ○ Befragte ○ Responder N = 202
Validierungsstudien	Faktorielle, konvergente und diskriminante Validität und Reliabilität [33] ○ Befragte N = 3000 ○ Responder N = 1387 (46,2% ¹)	Varianz und Sensitivität der Fragen 8 Europäische Länder [37]: ○ Befragte N = 1600 ○ Responder = 1008 (63%) Deutscher Studienteil [38]: ○ Befragte ³ ○ Responder ⁴ = 200 Inhaltsvalidität und Reliabilität 16 Europäische Länder ○ Befragte N = 23892 ○ Responder ³ (78,9% ¹) Deutscher Studienteil [39] ○ Befragte ³ ○ Responder N = 2224 (77,2% ¹)	Reliabilität und Konstruktvalidität ○ Befragte N = 19500 ○ Responder N = 3998 (20,5% ¹) ○ Ausgewertet N = 3487	Reliabilität und Konstruktvalidität ○ Befragte N = ³ ○ Responder N = 5024 (77,6% ⁵)
Praktikabilität und Akzeptanz	Praktikabilität und Akzeptanz Befragte Ärzte N = 60 [33]	Feedback zu den Ärzten [45]	2	Ärztinnen und Ärzte wurden in einem Begleitbogen um Stellungnahme gebeten. (Auskunft des Autors)
Übertragbarkeit	2	Internationaler Vergleich 9 Europäische Länder [40] ○ Befragte ³ ○ Responder N = 15996 (47-89%) Einfluss verschiedener Gesundheitssysteme in Europa [41] 17 Länder N = 25052	2	Im Rahmen eines Praxisnetzes validiert [44]
Anbindung an externe Qualitätsindikatoren	Benchmarking	2	2	Ergebnisse der Patientenbefragungen werden mit Ergebnissen der EFQM–Selbstbewertung und der Mitarbeiterbefragung verglichen. (Auskunft des Autors)

¹Maßnahmen zur Minimierung der Non-Responder-Rate nicht berichtet, ²Nicht berichtet, ³Anzahl nicht berichtet, ⁴Responder-Rate nicht berichtet, ⁵Praxisteam motivierten zur Teilnahme, ⁶Nur berichtet für Skalenreliabilität der Qualitätsdimensionen.

1993 wurde in Holland eine internationale AG zur Erstellung des Instruments gegründet.

Das Zufriedenheitskonstrukt beinhaltet die Dimensionen medizinisch-technische Versorgung, Arzt-Patienten-Beziehung,

Information und Unterstützung, Verfügbarkeit und Erreichbarkeit und Serviceorganisation.

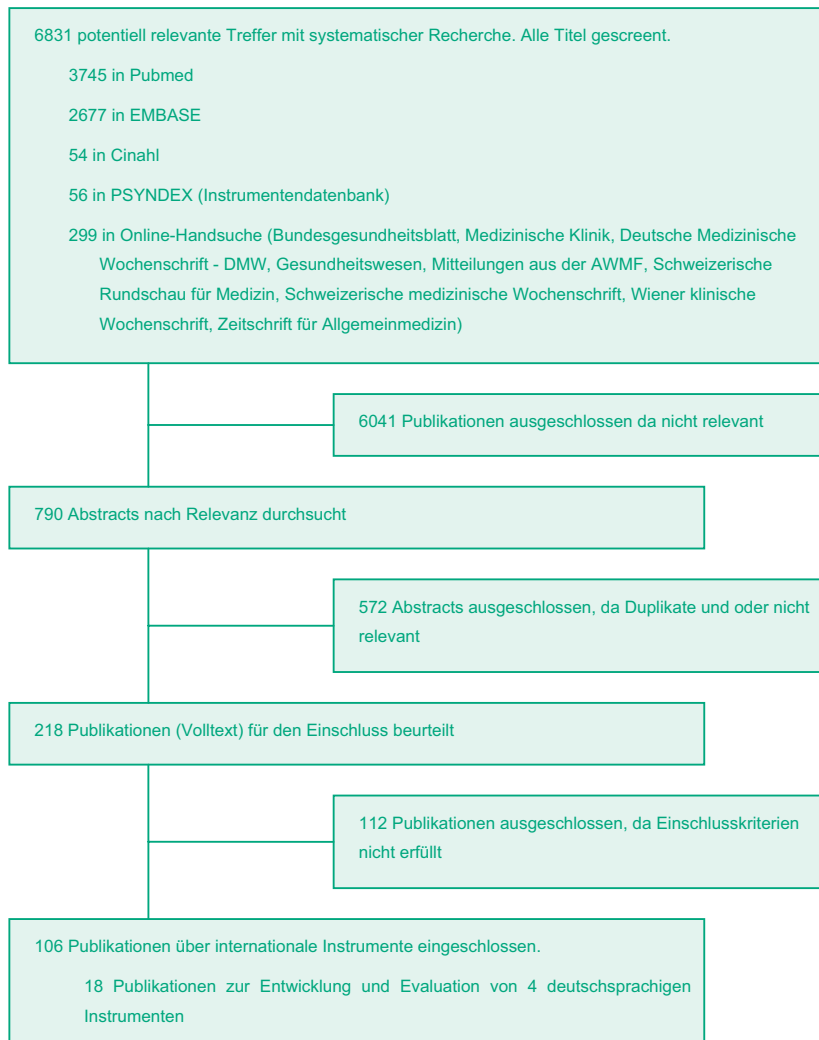


Abb. 1. Auswahlprocedere der Literatur.

Qualiskope-A

Ziel war die Entwicklung eines Befragungsinstruments, das eine detaillierte Analyse der determinierenden Variablen der PZ bei hausärztlichen und fachärztlichen Praxen erlaubt [42]. Die Erhebung der PZ wird als Säule des QM verstanden und soll der Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit dienen, sowie dem Einblick in den Betrieb des Leistungserbringers.

Die Konstruktdimensionen beinhalten fachliche Kompetenz des Arztes, Arzt-Patienten-Interaktion, Information, Praxisorganisation, Rahmenbedingungen des Arztbesuchs, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes, Einschätzung der Wirksamkeit der Behandlung, Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen, allgemeine Zufriedenheit

mit dem Arztbesuch, Weiterempfehlungsbereitschaft und Bereitschaft die Praxis zu wechseln.

GEB/QP-Qualitätspraxen

Ziel ist eine alle Qualitätsdimensionen umfassende Ermittlung der Patientenbewertungen der Hausarztpraxis, eingebettet in ein QM-System des teilnehmenden Ärztenetzwerkes (European Foundation for Quality Management) [43,44]. PZ wird im Sinne von Kundenzufriedenheit verstanden. Vor dem Hintergrund des QM sollen Zufriedenheitsdaten Aufschluss über die aktuelle „Kundenbewertung“ geben und Anhaltspunkte für konkrete Verbesserungsmaßnahmen liefern. Die Dimensionen des Zufriedenheitskonstrukts umfassen Organisation, Praxisausstat-

tung, Termine, behandlungsbezogene Kompetenz und Information, Interaktion/Kommunikation und emotionale und persönliche Unterstützung.

Zusammenfassung

Patientenzufriedenheit wird bei allen vier Instrumenten mit dem Ziel erhoben, die Patientenperspektive in die Bewertung der Leistungsanbieter einzubeziehen. Die Instrumente schließen dabei Dimensionen ein, die den befragten Patienten nur eingeschränkt zugänglich sind, wie zum Beispiel die Qualität der Behandlung und die erhaltenen Informationen.

Obwohl sich die Instrumente in den enthaltenen Dimensionen sehr ähnlich scheinen, werden diese doch sehr unterschiedlich operationalisiert (Tabelle 2). So erhebt das EUROPEP Instrument bezüglich der Behandlungsqualität ausschließlich subjektive Aspekte. Alle anderen Instrumente erheben zusätzlich fachliche Aspekte. Der für diese Beurteilung notwendige Informationshintergrund wird nicht erhoben.

Die PZ mit gesundheitsrelevanten Outcomes wird explizit nur bei Qualiskope-A erhoben. Bei EUROPEP wird nach Gründen gefragt einen Arztwechsel in Betracht zu ziehen. Es wird bei beiden Instrumenten nicht erhoben, vor welchem Hintergrund die befragten Patienten die Versorgungsqualität beurteilen.

Der Bereich Patienteninformation ist bei allen Instrumenten ausführlich operationalisiert. Es wird nicht erfasst, welche Informationen in welcher Qualität zur Verfügung standen.

Mit keinem der Instrumente wird explizit der Anspruch erhoben, die Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungsfindung zu bewerten. In EUROPEP und GEB/QP- Qualitätspraxen sind diese Dimensionen dennoch auf subjektiver Ebene operationalisiert. Die Verfügbarkeit der für eine informierte Entscheidungsfindung notwendigen Informationen wird nicht erfasst.

Diskussion

Alle hier untersuchten Instrumente wurden umfassend validiert, um Pati-

entenzufriedenheit zu messen. Grundlage für die Generierung der Konstruktdimensionen sind Literaturanalysen, qualitative Erhebungen (z.B. Fokusgruppen), in denen Patienten nach ihren Erwartungen gefragt wurden, oder Surveys zur Erhebung von Präferenzen. Ob die Surveys repräsentativ sind, ist bei den Instrumenten mit niedrigen Responder-Raten fraglich. Überzeugende Verfahren zur Minimierung der Non-Responder-Rate sind für diese Instrumente nicht berichtet.

Nicht immer sind alle Konstruktdimensionen durch die Items bzw. Fragen der Instrumente repräsentiert. Z.B. sind bei Qualiskope-A die Outcomes der Behandlung als wesentliche Dimension des Konstruktes benannt, aber nicht weiter operationalisiert, bei ZAP ist die Wirksamkeit der Behandlung zwar als Dimension aufgeführt, aber nicht operationalisiert.

Keines der vier Instrumente koppelt PZ an externe Qualitätskriterien. Damit fehlt der Beurteilungsrahmen, in dem die Relevanz der erhobenen PZ interpretiert werden könnte. So fragen alle Instrumente nach der Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen, ohne aber Qualität und angemessene Kommunikation der Informationen zu prüfen.

Nur das GEB/QP-Qualitätspraxen erhebt bei jeder Befragung die Wichtigkeit der Items. Andere Möglichkeiten der individuellen Ermittlung von Erwartungen bzw. Präferenzen liegen nicht vor, weshalb interpersonelle Unterschiede nicht berücksichtigt werden können.

Der Anspruch, zeitliche Veränderungen der Patientenpräferenzen zu erfassen (Veränderungssensitivität), besteht zwar beim ZAP- und beim EUROPEP-Instrument, konnte bislang aber nicht realisiert werden.

Die Einbeziehung der Patienten in medizinische Entscheidungen berücksichtigen nur EUROPEP und GEB/QP-Qualitätspraxen. Allerdings sind die entsprechenden Items nicht differenziert genug, um dem Anspruch eines "Informed Decision Making" gerecht zu werden.

Welche Auswirkungen hat der Einsatz von Instrumenten zur PZ-Erhebung auf

die Versorgungsqualität? Wensing et al. untersuchten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie die Wirksamkeit des CEP-Instruments (Chronically Ill Patients Evaluate General Practice) auf die ärztliche Praxis [45]. Relevante Veränderungen wurden nicht festgestellt. Für die vier hier eingeschlossenen Instrumente liegen keine derartigen Untersuchungen vor. Offen ist daher, ob ihr Einsatz die Versorgungsqualität verändert und an welchen Outcomes der Einfluss der Instrumente gemessen werden kann. Es könnte sein, dass die PZ als Qualitätsindikator fehlinterpretiert wird. Der Einsatz der Instrumente kann auch negative Auswirkungen haben. Mit einer hohen gemessenen PZ könnte darüber hinweggetäuscht werden, dass wichtige (patientenrelevante) Outcomes der Versorgung nicht erreicht werden, oder auch unnötige Behandlungen durchgeführt werden. Servicequalität ist zwar wichtig, kann aber nicht zum Ersatz für die Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung werden.

Schlussfolgerungen

Der Einbeziehung von Ergebnissen aus Patientenbefragungen wird von allen Seiten Bedeutung beigemessen. Aus wettbewerblicher Sicht und für die interne Qualitätssicherung mag dafür das Konstrukt der PZ tragfähig sein. Allerdings stellt die Problematik einer subjektiven Adaptionsleistung, als mögliche Ursache für hohe Zufriedenheitsraten, die Validität von Zufriedenheitserhebungen grundsätzlich infrage. Für die Bewertung der Qualität der Einrichtung aus Patientenperspektive können subjektive Zufriedenheitsangaben nicht ausreichend sein. Es fehlen Informationen, die Patienten darüber informieren, was sie von einer allgemeinmedizinischen Behandlung erwarten können.

Es sollte geprüft werden, wie externe Qualitätskriterien integriert und ausreichend evidenzbasierte Informationen verfügbar gemacht werden können. Den Patienten sollten z.B. schriftliche Informationen über ihre Diagnose und die Behandlungsoptionen von dem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt

werden. Diesem Anliegen könnte man durch z.B. durch patientengerecht verfasste Leitlinien gerecht werden.

Limitierungen

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Evaluation in deutscher Sprache verfügbarer Instrumente. International gibt es eine Reihe weiterer validierter Instrumente.

Finanzierung

Das diesem Artikel zu Grunde liegende Gutachten wurde in Auftrag gegeben und finanziert von der Stiftung Gesundheit, Hamburg.

Literatur

- [1] Müller P: Arztauskunft der Stiftung Gesundheit, Hamburg, <http://www.arzt-auskunft.de>, Zugriff: 30.11.2007.
- [2] Berger B, Lenz M. Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit. In: Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalysen; 2006 (http://www.ggma.de/PDF/Erhebung_von_Patientenzufriedenheit.pdf), Zugriff: 30.11.2007.
- [3] Bastek A, Eckardt J, Fischer B. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements. Urban und Fischer; Jena; 2003.
- [4] Leimkühler A, Müller U. Patientenzufriedenheit -Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 1996;67:765-73.
- [5] Jacob G, Bengel J. Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 2000; 48:280-301.
- [6] Ryan M, Scott DA, Reeves C, Bate A, van Teijlingen ER, Russell EM, et al. Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. *Health Technol Assess* 2001;5(5):1-186.
- [7] Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12):1829-43.
- [8] Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982;16(5): 577-82.
- [9] Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: literature review. *Soc Sci Med* 1994;39(5):655-70.
- [10] Sixma HJ, Kerssens JJ, Campen CV, Peters L. Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect* 1998;1(2):82-95.
- [11] Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review

- of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6(32):1–244.
- [12] Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998;2(14):i–iv, 1–74.
- [13] Satzinger W. Information für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Zur Funktion und Methodik von Patientenbefragungen. *Med Klin* 2002;97(2):104–10.
- [14] Rao M, Clarke A, Sanderson C, Hammersly R. Patients' own assessment of the quality of primary care compared with objective record based measures of technical quality of care: cross sectional study. *BMJ* 2006; 333:19–24.
- [15] Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27(9):935–9.
- [16] Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *J Eval Clin Pract* 2006;12(5):559–68.
- [17] Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med* 1996; 125(9):730–7.
- [18] Cheraghi-Sohi S, Bower P, Mead N, McDonald R, Whalley D, Roland M. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual 'map' of patient preferences. *Health Expect* 2006;9(3): 275–84.
- [19] Bridges JF. Stated preference methods in health care evaluation: an emerging methodological paradigm in health economics. *Appl Health Econ Health Policy* 2003; 2(4):213–24.
- [20] Steckelberg A, Berger B, Kopke S, Heesen C, Muhlhauser I. Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformation. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2005;99(6):343–51.
- [21] Pfaff H, Brinkman A. Patientenbefragung mit dem KPF-N. Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie. Köln: Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität Köln; 2006 August 2006. Report No.: Forschungsbericht 1/2006.
- [22] Muhlhauser I, Berger M. Patienten müssen mehrstufig aufgeklärt werden. *Dtsch Ärztebl* 2001;98:294–5.
- [23] Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed choice. *Health Expect* 2001;4(2):99–108.
- [24] Sturgis P, Smith P, Hughes G. A study of suitable methods for raising response rates in school surveys. Surrey: Department for education skills, University of Surrey; 2006. <http://staff.soc.surrey.ac.uk/pstrugis/papers/schools.pdf>, Zugriff:16.1.2008.
- [25] Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain 1998;47(10):1573–88.
- [26] Guyatt G, Walter S, Norman G. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chronic Dis* 1987;40(2):171–8.
- [27] Burke L, Stifano T, Dawisha S. Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims DRAFT GUIDANCE U.S.: Department of Health and Human Service, Food and Drug Administration, Center for Drug Evaluation and Research (CDER) Center for Biologics Evaluation and Research (CBER) Center for Devices and Radiological Health (CDRH); 2006 February 2006. <http://www.fda.gov/CBER/gdlns/promed.pdf>, Zugriff:16.1.2008
- [28] Dierks ML, Bitzer EM, Haase I, Schwartz FW. Focus-group-discussion – Eine Methode zur Erhebung von Patientenbedürfnissen in der hausärztlichen Versorgung aus der Perspektive der Patienten. *Z Allg Med* 1994;70(22):921–4.
- [29] Bitzer EM, Dierks ML. Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen? – Erhebungsverfahren und erfahrungen aus der ambulanten Versorgung. In: Gesundheit DBf, Herausgeber. Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft; 1999. p. 125–184.
- [30] Dierks ML, Bitzer EM, Schwartz FW, Haase I. Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung – Ergebnisse einer Pilotstudie I. *Nds Ärzteblatt* 1995;11: 3–5.
- [31] Dierks ML, Bitzer EM, Schwartz FW, Haase I. Patientenerwartungen an die hausärztliche Versorgung – Ergebnisse einer Pilotstudie II. *Nds Ärzteblatt* 1995;12:17–22.
- [32] Bitzer EM, Dierks ML, Dörning H, Schwartz FW. Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1999;7(3):196–209.
- [33] Dierks ML, Bitzer EM, Schwartz FW. Patientenbefragung in der Hausarztpraxis, Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von Niedergelassenen Hausärzten. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2000; 94(5):389–95.
- [34] Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Fam Pract* 1999;16(1):4–11.
- [35] Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). *Br J Gen Pract* 2000;50(460):882–7.
- [36] Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, Olesen F, et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health Policy* 1998;45(3):175–86.
- [37] Hearnshaw H, Wensing M, Mainz J, Grol R, Ferreira P, Helin-Salmivaara A, et al. The effects of interactions between patient characteristics on patients' opinions of general practice care in eight European countries. *Primary Health Care Research and Development* 2002;3:231–7.
- [38] Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse aus einer europäischen Gemeinschaftsstudie. *Z Allg Med* 1996;72: 180–6.
- [39] Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. How do patients evaluate general practice? German results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP). *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 1999;93(6):437–45.
- [40] Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaw H, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002;14(2): 111–8.
- [41] Wensing M, Baker R, Szecsenyi J, Grol R. Impact of national health care systems on patient evaluations of general practice in Europe. 2004;68(3):353–7.
- [42] Gericke CA, Schifffhorst G, Busse R, Hausler B. Ein valides Instrument zur Messung der der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiskop-A. *Gesundheitswesen* 2004;66(11):723–31.
- [43] Nuebling M, Muhlbacher A, Niebling W. Patientenbefragung in der Hausarztpraxis: Entwicklung, Validierung und Einsatz eines Instrumentes. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2004;98(4):301–8.
- [44] Muhlbacher A, Nuebling M, Niebling W. Qualitätsmanagement in Netzwerken der Integrierten Versorgung. Ansätze zur Steuerung durch Selbstbewertung und Patientenbefragung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2003;46(8):659–67.
- [45] Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? 2003;51(2): 149–53.