

Aus der Frauenklinik
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. Janni

Optimierung der Patientinnenorientierung am Universitären Interdisziplinären Kinderwunschklinikum Düsseldorf (UniKiD) durch Erhebung von Patientinnenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Qualitätsindikatoren

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Stephanie Heister

2011

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf Dekan
Referent: Prof. Dr. med. Jan-Steffen Krüssel
Korreferent: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günther Giers

I. Inhaltsverzeichnis

I. Inhaltsverzeichnis.....	i
1. Einleitung.....	1
1.1 Fragestellung und Ziel der Untersuchung.....	3
1.2 Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements	6
1.2.1 Rechtspolitische Aspekte	8
1.2.2 Medizinisch-ethische Aspekte.....	11
1.2.3 Ökonomische Aspekte	13
1.3 Patientenzufriedenheitsforschung	17
1.3.1 Konzepte der Patientenzufriedenheit	19
1.3.1.1 Evaluationsmodell	20
1.3.1.2 Diskrepanzmodell	23
1.3.2 Probleme der Zufriedenheitsforschung	25
1.4 Das Universitäre Interdisziplinäre Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD).....	29
2. Methodik.....	31
2.1 Das Erhebungsinstrument	31
2.1.1 Gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit (GEZ)	32
2.1.2 Kölner Patientenfragebogen (KPF)	37
2.1.2.1 Konzept der Unterstützenden Versorgung	38
2.1.2.2 Verwendete Skalen und Items.....	39
2.1.2.3 Reliabilität und Validität der Items	42
2.2 Pretest	45
2.3 Datenerhebung und Rücklaufquote	46
2.4 Datenschutz.....	46
3. Auswertung	48
3.1 Deskriptive Statistik	48
3.1.1 Statistische Verfahren	48
3.1.2 Abschnitt A: Allgemeine Fragen.....	49
3.1.3 Abschnitt B: Zufriedenheit	54
3.1.4 Abschnitt C: Praxis.....	68
3.1.4.1 Abschnitt C Teil 1: Strukturqualität	69
3.1.4.2 Abschnitt C Teil 2: Relevanzbeurteilung.....	84
3.1.5 Abschnitt D: Behandlung.....	87
3.1.5.1 Abschnitt D Teil 1: Arzt-Patient-Interaktion.....	87
3.1.5.2 Abschnitt D Teil 2: Informationsverhalten.....	99

3.1.5.3 Zusammenfassung	103
3.1.6 Abschnitt E: Belastungsgrad	104
3.1.7 Abschnitt F: Patientinnengeschichte	108
3.1.8 Abschnitt G: Sonstiges	113
3.1.9 Soziodemographie der Stichprobe	134
3.2 Analytische Statistik	138
3.2.1 Statistische Verfahren	138
3.2.2 Erstellung der Skalen	139
3.2.3 Einfluss der Negativbewertungen auf die GEZ	140
3.2.4 Einfluss der Positivbewertungen auf die GEZ	146
3.2.5 Zusammenfassung	152
4. Ergebnisse	154
5. Diskussion	157
5.1 Zielsetzung von Patientenbefragungen	157
5.2 Vergleich der KPF-Kennzahlen: UniKiD-Studie und KPF-Studie des ZVFK 2003	160
5.3 Vergleich der KPF-N Kennzahlen: UniKiD-Studie und KPF-N-Studie 2005	165
5.3.1 Vergleich der Kennzahlen der Strukturqualität	168
5.3.2 Vergleich der Kennzahlen der Arzt-Patient-Interaktion	172
5.3.3 Vergleich der Kennzahlen des Informationsverhaltens	177
5.4 Zusammenfassung	180
6. Fazit	182
II. Tabellenverzeichnis	iii
III. Abbildungsverzeichnis	vii
IV. Glossar	viii
V. Literaturverzeichnis	x
VI. Anhang	xxiii
VI.I Abstract	xxiii
VI.II Lebenslauf	xxv
VI.II Fragebogen	xxvi
VI.III Pretest-Bewertungsbogen	xxxix
VII. Erklärung an Eides statt	xl

1. Einleitung

In der Versorgungsforschung als interdisziplinärer Wissenschaft nimmt das Teilgebiet der Qualitätsforschung einen bedeutenden Stellenwert ein.

Eine zentrale Fragestellung der Versorgungsforschung ist, wie gut das Versorgungsangebot die Qualitätsanforderungen an eine optimale medizinische Versorgung erfüllt (vgl. Netzwerk Versorgungsforschung an der HHU, 2011).

Nicht nur die Vorgaben des deutschen Gesetzgebers, sondern auch medizinisch-ethische und ökonomische Aspekte machen systematisches Qualitätsmanagement erforderlich.

Eines der wesentlichen Instrumente des Qualitätsmanagements sowohl nach DIN ISO 9004, Teil 2 (vgl. Lederer, 1999), als auch den Richtlinien des Total Quality Managements (vgl. Bitzer, Dierks, 1999, S. 127 ff.; Blum, 1998, S. 38; Stauss et al., 2006) und der European Foundation for Quality Management (EFQM) (vgl. Schneider, Kornmeier, 2006, S. 12 f.; Dür et al. 2000, S. 224 f.) sind Patientenbefragungen und die Erfassung der Patientenzufriedenheit.

Zufriedenheit als theoretisches Konstrukt ist stets in Betrachtung des Kontexts und der definierenden Gesellschaft zu sehen. Bereits in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden im Rahmen der Konsumentenbewegung Patientenbefragungen durchgeführt und die Zufriedenheit der Patienten betreffende Daten erhoben.

Dies geschah unter der Annahme, dass hohe Zufriedenheit der Patienten mit hoher Compliance und daher mit hohen Behandlungserfolgen einhergeht (vgl. Williams, 1994, S. 510).

Seitdem ist das Verhältnis zwischen Arzt und Patient vielschichtiger geworden. Die Zufriedenheit des Patienten ist nicht mehr Mittel zum Zweck, sondern neben seiner Genesung ein wichtiges Ziel des Versorgungsprozesses. Es vollzog sich ein Wandel des Gesundheitssektors weg vom paternalistischen Bild des Patienten, der reines Objekt der Behandlung ist, hin zur partnerschaftlichen Beziehung, in der der Arzt als beratender Helfer fungiert (vgl. Barth, 1999, S. 157 ff.).

Im Fokus des heutigen Gesundheitswesens stehen – im Hinblick auf die Alterung der Gesellschaft und die Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung – überwiegend chronische und degenerative Erkrankungen. Dadurch tritt die Bedeutung langfristiger Behandlungen ebenso wie elektiver Eingriffe und Therapien immer mehr in den Vordergrund. Die Patienten empfinden ihre medizinische Versorgung vermehrt als ihnen erbrachte Dienstleistung, auch wenn viele Akteure in Versorgungseinrichtungen sich aufgrund ursprünglich paternalistischer Traditionen nicht mit der Rolle des Arztes als Dienstleister identifizieren. Als

Konsequenz stellt sich die Frage, ob die Sicht des Arztes als Dienstleister dessen beruflicher Aufgabenstellung und der Komplexität der Interaktion zwischen Arzt und Patient gerecht werden kann.

Tabelle 1 fasst die Entwicklungsphasen der Arzt-Patient-Beziehung seit den 60er Jahren bis heute systematisch zusammen.

Konzeption des Gesundheitswesens	Aspekte der Patienten-Rolle	Aspekte der komplementären Arzt-Rolle	Interaktionszeichen der Arzt-Patient-Beziehung	Gesellschaftlich- und gesundheitspolitische Thematisierung
I. Heilsystem (60er Jahre)	Leidender, armer Kranker	Helfer, Heiler, „Halbgott in Weiß“	Asymmetrie, ärztlicher Paternalismus	„professionelle“ Dominanz der Medizin
II. Staatliches Subsystem (70er Jahre)	Mensch, Bürger, Steuerzahler	Mitmensch, Mitbürger	Humanität, Demokratisierung	„Humanisierung des Krankenhauses“
III. Soziale Sicherung (80er Jahre)	Versicherter, Beitragszahler, Koproduzent von Gesundheit	Leistungserbringer, Hauptproduzent von Gesundheit	Bürokratie, Kooperation, Selbsthilfe	Grenzen des Sozialstaats
IV. Markt für das Individualgut Gesundheit (90er Jahre)	Konsument, Verbraucher, Nutzer	Anbieter, Dienstleister, beratender Helfer	„informierte Wahl des souveränen Konsumenten“, Angebot und Nachfrage	Qualitätsziele: Effizienz, Kundenzufriedenheit

Tabelle 1: Entwicklungsphasen der Arzt-Patient-Beziehung mod. nach Pawils et al. (2006, S. 344, in Anlehnung an Trojan, 1998).

Bereits heute besteht zwischen den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ein Wettbewerb. Krankenhäuser und auch ambulant behandelnde medizinische Einrichtungen sind auf hohe Patientenzahlen angewiesen; die Einrichtungen der medizinischen Versorgung müssen ökonomisch immer gezielter vorgehen, um sich Marktanteile in ihrem Segment sichern zu können (vgl. Dür et al., 2000, S. 224 ff.).

Das Universitäre Interdisziplinäre Kinderwunschzentrum des Universitätsklinikums Düsseldorf (UniKiD), das als Zentrum für Reproduktionsmedizin ausschließlich elektive Eingriffe mit einer hohen finanziellen Eigenbeteiligung der Patienten anbietet, ist ein Beispiel dafür, wie eine Einrichtung des Gesundheitssektors als Teilnehmer des wirtschaftlichen Wettbewerbs in einem speziellen Segment des Marktes agieren und sich seine Stellung sichern kann.

Zudem kann anhand des UniKiDs gezeigt werden, wie eine medizinische Einrichtung sich nicht als reiner Dienstleister, sondern als informierender und unterstützender Partner des Patienten verstehen kann. Daran wird auch veranschaulicht, in welche Richtung sich das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten in Praxen und Kliniken voraussichtlich in Zukunft entwickeln wird.

1.1 Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Sowohl im stationären als auch ambulanten Sektor des Gesundheitswesens werden immer häufiger Patientenbefragungen durchgeführt (vgl. Ärzte Zeitung Nr. 212, 24.11.2005, S. 13).¹

Doch sind diese im Rahmen der Qualitätsforschung sinnvoll einzusetzende Instrumente?

Zeitgleich mit dem Anstieg von Patientenbefragungen nimmt auch die Kritik an den bisher angewandten Instrumenten und der Zulässigkeit von deren Ergebnissen zu, da bisher theoretische und empirische Defizite nachweisbar seien (vgl. Sitzia 1999).

Vorgeworfen wird der Mangel an theoretischen Hintergrund, das Konstrukt Zufriedenheit sei zu ungenau definiert (vgl. Aust, 1994, S. 39; Sitzia, Wood, 1997, S. 1832; Williams, 1994, S. 511 ff.) und die Instrumente wiesen insbesondere methodische Mängel auf (Neugebauer, Porst, 2001, S. 25 ff.; Blum, 1998, S. 16; Sitzia, 1999, S. 319 ff.).

Zudem existiert eine enorme Vielfalt an Befragungsinstrumenten, die jedoch kaum hinsichtlich ihrer Validität und Reliabilität geprüft wurden (vgl. Pfaff et al., 2007, S. 16; Sitzia, 1999, S. 327).

Bereits für das Jahr 2003 wurden von der Gesundheitsministerkonferenz Empfehlungen zu Methodik, Vergleichbarkeit und Evaluation von Patientenbefragungen gefordert, welche bis zum Zeitpunkt der Einreichung der vorliegenden Arbeit nicht ausgesprochen wurden (vgl. Gesundheitsministerkonferenz, 1999).

Um diese Defizite zu beseitigen, ist eine klare Definition und Etablierung des Konstrukts Patientenzufriedenheit und dessen Erfassung mit validen und reliablen Instrumenten notwendig.

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende am UniKiD durchgeführte Studie durch Nutzung von auf Validität und Reliabilität getesteten Items und mit dem Versuch der Objektivierung der Methodik der Zufriedenheitsmessung als Ansatz in diese Richtung dienen.

Ein weiterer Kritikpunkt, der in der Literatur zur Patientenzufriedenheitsforschung geäußert wird, ist die Vielzahl an zur Verfügung stehenden Instrumenten, die keine Vergleichbarkeit zulässt, zumal die bekannten Instrumente erhebliche Qualitätsunterschiede aufweisen. Dem folgt konsequent die Forderung nach standardisierten, universell einsetzbaren Fragebögen (vgl. Hall, Dornan, 1988b).

¹ „Zwischen 25 und 30 Prozent der rund 2 200 Krankenhäuser in Deutschland haben bereits Patientenbefragungen durchgeführt“ (Ärzte Zeitung Nr. 212 vom 24.11.2005, S. 13).

Als Instrument des Qualitätsmanagements sind standardisierte Fragebögen jedoch unbrauchbar, da nur globale Zufriedenheitsitems abgefragt werden können. Diese erfassen nicht die spezifischen Eigenheiten der Versorgungseinrichtung und zeigen somit keine ableitbaren Handlungsstrategien zur individuellen Verbesserung der Versorgung auf (vgl. Bitzer, Dierks, 1999, S. 127; Neugebauer, Porst, 2001, S. 24).

Anhand von Faktorenanalysen ist zudem nachweisbar, dass unterschiedliche Items auf gleiche Faktoren des Konstrukts der Zufriedenheit laden können und folglich Befragungen trotz Nutzung verschiedener Items durchaus miteinander vergleichbar sind (vgl. Hall, Dornan, 1988a).

Daher ist – vor allem bei sehr spezialisierten Einrichtungen der Gesundheitsversorgung wie dem UniKiD – eine individuelle Gestaltung und Anpassung der in Befragungen genutzten Items möglich und sinnvoll.

Das UniKiD nimmt im Rahmen der medizinischen Versorgung eine Sonderstellung ein, da der individuelle Leidensdruck der Paare verhältnismäßig hoch ist, sich die Patienten jedoch ausschließlich Elektiveingriffen unterziehen und einen hohen Teil der Kosten, wenn nicht gar die gesamte Behandlung, selbst zahlen.

Die Folge ist eine hohe Erwartungs- und Anspruchshaltung der Patientinnen und ihrer Partner, die sich vermehrt als Kunden begreifen, an die Einrichtung und das Personal.

Patientenbefragungen haben vor diesem Hintergrund eine hohe Bedeutung, da neben dem wettbewerblichen und wirtschaftlichen Faktor auch eine Reduktion der psychischen und emotionalen Belastung der Patientinnen möglich ist.

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Überprüfung der Anwendbarkeit eines Instrumentes zur Erhebung von Patientinnenurteilen, das die gemäß dem aktuellen Forschungsstand für Patientenzufriedenheit relevanten Qualitätsdimensionen abbildet.

Der Fragebogen, der die Grundlage der UniKiD-Patientinnenstudie bildet, wurde unter Einbeziehung von Items des Kölner Patientenfragebogens für den ambulanten Sektor (KPF-N) entwickelt.

Zusätzlich wird anhand des Fragebogens getestet, ob die bislang durchgängig rechtsschiefe Verteilung von Zufriedenheitsindizes durch das von Janßen entwickelte Modell der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit (GEZ) in eine Normalverteilung überführt werden kann.

Des Weiteren wurden Patientinnenurteile im Rahmen der Kinderwunschbehandlung am UniKiD erhoben. Diese dienen der Erfassung der für Zufriedenheit und Unzufriedenheit der

Patientinnen relevanten Variablen und Indikatoren. Die Ergebnisse sollen zur Optimierung der Patientinnenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden.

1. 2 Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements

Der Begriff Qualitätsmanagement bezieht sich nicht auf ein einheitliches Konzept, sondern ist durch unterschiedliche Auffassungen und Schulen geprägt, die sich in Europa, Asien und Amerika zeitlich und inhaltlich unterschiedlich entwickelten und entwickeln. Ihnen allen gemein ist das Ziel, Produkt- und Dienstleistungsqualität bei geringen Kosten kontinuierlich aufrechtzuerhalten und zu verbessern, sowie die Zufriedenheit von unternehmensinternen und -externen Kunden zu steigern (vgl. Häussler, Kuch, 1999, S. 19 f.).

Qualitätsmanagement hat speziell im Gesundheitssektor zum Ziel, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung zu maximieren und damit die Voraussetzung für eine hohe Qualität der Patientenbetreuung zu schaffen und aufrechtzuerhalten.

Dabei versteht man unter Qualitätsmanagement, dass Organisation, Arbeitsabläufe und Ergebnisse regelmäßig nach bestimmten Vorgaben dokumentiert, überprüft und gegebenenfalls angepasst werden, um fortdauernd und systematisch eine ständige Verbesserung der Qualität zu erreichen.

Qualitätssicherung hingegen bedeutet, dass auf der Grundlage des Qualitätsmanagements ein Qualitätsniveau kontinuierlich aufrechterhalten wird (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005).

Die Bedeutung von Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements erklärt sich dadurch, dass die Patienten sowohl aktiv als auch passiv in die Prozesse der medizinischen Leistungserbringung einbezogen sind. Die Zufriedenheit der Patienten resultiert aus der von ihnen wahrgenommenen Qualität der Leistungen. Die Patienten sind somit eine entscheidende Einflussgröße, da auch durch ihre spezifischen Anforderungen die Qualität einer Einrichtung definiert wird.

Durch die Krankheit bzw. den Bedarf an medizinischer Versorgung ist der Mensch als Patient – anders als in der Rolle des Kunden in der Wirtschaft – bei der Auswahl der Leistung sowie des Arztes in seiner Souveränität eingeschränkt. Der medizinische Leistungserbringer sollte sich daher bemühen, die Wünsche seiner Patienten zu berücksichtigen (vgl. Gramsch, 2004; Amon, Ruckriegel, 2000, S. 50 f.).

Die einfachste Art, Präferenzen und Anforderungen der Patienten zu ermitteln, ist deren systematische Befragung. In den meisten Dienstleistungsbereichen sind Kundenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements bereits Standard geworden. Auch im medizinischen Sektor werden vermehrt Befragungen eingesetzt, um die Patientenorientierung zu optimieren.

In den folgenden Abschnitten werden die zentralen rechtspolitischen, medizinethischen und auch ökonomischen Argumente erörtert, die die Bedeutung von Patientenbefragungen als Instrument der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen verdeutlichen.

1.2.1 Rechtspolitische Aspekte

Das fünfte Buch des deutschen Sozialgesetzbuches enthält im neunten Abschnitt „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ (§§ 135 - 139c) rechtliche Regelungen zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind seit 2001 zur Teilnahme an Maßnahmen der extern vergleichenden Qualitätssicherung verpflichtet (§ 137 Abs. 1 SGB V).

Seit 2004 muss von allen stationären und ambulanten Leistungserbringern des GKV-Systems ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement eingeführt und weiterentwickelt werden (§ 135a Abs. 2 SGB V) (vgl. Bundesärztekammer, 2007). Die §§ 137ff. beinhalten spezielle Vorschriften zu Umsetzung, Förderung und Finanzierung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Durch diese Rechtsnormen wird ein gesetzlicher Anspruch der Patienten auf eine qualitätsgesicherte Behandlung begründet.

Im Zuge der Gesundheitsreform vom 1. Juni 2004 wurde im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) (vgl. Bundesgesetzblatt Teil I, 2003, S. 2190) das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eingerichtet, dessen Aufgabenbereiche ebenfalls im § 139 SGB V geregelt sind. Das IQWiG untersucht im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesgesundheitsministeriums die Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen mit dem Ziel, die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland zu verbessern.

Darüber hinaus unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit seit 1991 diverse Modellmaßnahmen zur medizinischen Qualitätssicherung. Aktuelle Beispiele sind „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ und „Benchmarking in der Patientenversorgung“ (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005; Haeske-Seeberg, 2008, S. 38 ff.).

Bereits 1999 wurden auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder Maßnahmen zur Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen beschlossen (vgl. Gesundheitsministerkonferenz, 1999).

Unter dem ersten Ziel, der konsequenten Patientenorientierung im Gesundheitswesen, wird als zweiter und dritter Unterpunkt folgendes angeführt:

„1.2 Von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind regelmäßig Patientenbefragungen durchzuführen.“

1.3 Die Spitzenorganisationen werden für jeweils gleiche Gruppen von Leistungserbringern bis zum 1. 1. 2003 Empfehlungen zur Methodik, Vergleichbarkeit und Evaluation der Befragung festlegen.“ (Gesundheitsministerkonferenz, 1999, Anlage)

Im Jahr 2006 wurden auf der 79. Gesundheitsministerkonferenz Einschätzungen des Grades der Erreichung der 1999 festgelegten Ziele vorgelegt (vgl. Gesundheitsministerkonferenz, 2006a).

Der Unterpunkt 1.2, die regelmäßige Durchführung von Patientenbefragungen, sei in mittlerem Umfang erreicht worden. Unterpunkt 1.3, die Festlegung von Empfehlungen zur Patientenbefragung, dagegen nur ansatzweise.

Hierzu lautete die Einschätzung: *„Sieht man einmal von der Festlegung ab, dass Patientenbefragungen an sich Bestandteil von Qualitätsmanagement und einer ggf. damit verbundenen Zertifizierung sind, gibt es bis auf den Bereich der Rehabilitation (hier sogar mit Vergleich der Einrichtungen) bisher keine einheitlichen Voraussetzungen“* (Gesundheitsministerkonferenz, 2006a, S. 4).

Vor diesem Hintergrund wurden die Ziele im Hinblick auf Qualitätsorientierung und Qualitätsmanagement nochmals weiterentwickelt: *„Ziel des Gesundheitssystems ist [...] der patientenrelevante Nutzen (objektive und subjektive Gesundheit) und dessen Optimierung. Das Gesundheitswesen hat sich ausschließlich daran zu orientieren. [...] Dabei sind in jeder Phase des Prozesses die Sichtweisen der Patientinnen und Patienten einzubeziehen und ihre Interessen zu berücksichtigen“* (Gesundheitsministerkonferenz, 2006b, Anlage 2).

Hieran ist zu erkennen, dass Patientenbefragungen explizit als wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen betrachtet werden.

Auch die Organe der Selbstverwaltung des Gesundheitssektors schreiben konkrete Herangehensweisen bezüglich des Qualitätsmanagements vor.

2001 hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das gemeinsame Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, mit dem Verbundprojekt „Q-M-A“ ein Informations- und Fortbildungsprogramm zum Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung entwickelt. Diesem Verbundprojekt diente die DIN ISO 9004, Teil 2, als Grundlage zur Entwicklung von Methoden und Instrumenten einer Schwachstellenanalyse in Arztpraxen (vgl. Lederer, 1999). Diese DIN-Norm ist ein genereller Leitfaden für das Qualitätsmanagement von Dienstleistungen und wird mittlerweile als Leitlinie im Krankenhausmanagement angesehen. Neben Patientenbefragungen sind hier auch Untersuchungen speziell zur Patientenzufriedenheit vorgesehen (vgl. Klotz et al., 1996; Eckert et al., 2000; Frodl, 2004, S. 469 f.). In diesen Vorschriften zur Qualitätssicherung ist der hohe Stellenwert der Zufriedenheit klar erkennbar: *„Die Beurteilung durch den Kunden ist*

das endgültige Maß für die Qualität einer Dienstleistung“ (DIN ISO 9004, zitiert nach Hannover et al., 2000).

Im Jahr 2005 publizierte der gemeinsame Bundesausschuss der Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland eine Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005a).

Hier heißt es: *„Als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sieht die Richtlinie beispielsweise die Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die einzelne Praxis, die systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls Anpassung der Maßnahmen, Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen sowie Beschwerdemanagement und Patientenbefragungen vor“* (a. a. O., S. 1).

In § 4 der Richtlinie lautet die Empfehlung: *„Als Instrumente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sind insbesondere zu nutzen: [...] d) Patientenbefragungen, nach Möglichkeit mit validierten Instrumenten [...]“* (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2005b, S. 4).

Die Gesundheitsministerkonferenz forderte bereits für das Jahr 2003 Empfehlungen zur Methodik, Vergleichbarkeit und Evaluation der Patientenbefragungen.

Im Hinblick auf diese zum Zeitpunkt des Entstehens dieser Arbeit noch nicht erfüllten Forderungen soll die durchgeführte Studie – durch Nutzung von auf Validität und Reliabilität getesteten Items und dem Versuch der Objektivierung der Methodik der Zufriedenheitsmessung – als ein Ansatz in diese Richtung verstanden werden.

1.2.2 Medizinisch-ethische Aspekte

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als Ziel ergebnisorientierter Gesundheitsversorgung die Verbesserung der Gesundheitssituation, der Patientenzufriedenheit und der Wirtschaftlichkeit (vgl. WHO, 1999, Ziel 16).

Daraus leitet sich ab, dass eine wichtige Aufgabe von Gesundheitssystemen in der Aufklärung der Bürger und Patienten besteht, damit diese zu eigenständigem Handeln befähigt werden und sich ihr Gesundheitszustand verbessert. Patientenzufriedenheit geht mit einem hohen Grad der Compliance einher und wirkt sich positiv auf den Behandlungsprozess und dessen Ergebnis aus. Das subjektiv positive Erleben des Patienten spielt eine wesentliche Rolle bei seiner Genesung und reduziert die Verweildauer in Krankenhäusern. Zufriedenheit stellt zudem einen gesundheitsfördernden Faktor dar, da ein zufriedener Patient ein ausgeprägteres Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Versorgungs- und Präventionsleistungen aufweist und interessierter an gesundheitsfördernden und -erhaltenden Maßnahmen ist (vgl. Blum, 1998, S. 26 f.).

Um als Partner in ihrer Behandlung agieren zu können, müssen die Patienten darüber informiert werden, was sie in Bezug auf die Qualität und die Ergebnisse ihrer Gesundheitsversorgung erwarten können. Dadurch werden sie in der Lage versetzt, sich an der Beurteilung ihrer Versorgung zu beteiligen. Dieser Dialog mit den Leistungserbringern des Gesundheitssektors befähigt die Patienten, fundierte Entscheidungen zu treffen, und stärkt ihre Souveränität in der Arzt-Patient-Beziehung (vgl. WHO, 1999, S. 152 ff.).

Patientenbefragungen fördern die Partizipation der Patienten durch Erfragung ihrer Urteile und Erfahrungen und erhöhen die Sensibilität des medizinischen Personals für Erwartungen und Bedürfnisse ihrer Patienten. Zudem ermöglichen sie, aufgrund der ermittelten Defizite die Qualität der Versorgung zu erhöhen (vgl. Lecher et al., 2002).

Die Wahrnehmung des Patienten als Kunden soll das Arzt-Patient-Verhältnis jedoch nicht zu einem reinen Geschäftsverhältnis im Sinne anderer Dienstleistungsbranchen degradieren, in denen primär die Kosten-Nutzenrechnung beider Parteien im Vordergrund steht.

Die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ist für den Patienten in der Regel von existentieller Bedeutung. Trotz zunehmendem „Shared Decision Making“ (SDM) in der Arzt-Patient-Beziehung besteht zudem oft ein Machtgefälle zwischen Patient und Arzt (vgl. Eckert et al., 2000, S. 39).

Um letzterem entgegenzuwirken soll durch die Betrachtung des Patienten als Kunden oder Partner und somit als Nachfrager einer Dienstleistung der Stellenwert des Patienten gestärkt und Definitionsmacht an ihn abgegeben werden, indem er in die Abläufe integriert wird.

Nicht nur die empfundene Qualität der Versorgungsleistungen, sondern auch der Grad der Erfüllung der Ansprüche und Erwartungen des Patienten sollte im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden, „*da er und sein Wohlergehen letztendlich Sinn und Zweck der medizinischen Leistung sind*“ (Amon, Ruckriegl, 2000, S. 29).

1.2.3 Ökonomische Aspekte

Die Zahl der Anbieter im medizinischen Sektor wächst stetig; die Auswahlmöglichkeiten der Patienten werden konstant erweitert.

Ein Anstieg ist zugleich im Hinblick auf die individuelle finanzielle Belastung der Patienten durch Gesundheitsabgaben und Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen zu beobachten, während das Leistungsspektrum der Krankenkassen zunehmend schmaler wird.

Vor diesem Hintergrund mehren sich Anspruchs- und Erwartungshaltung der Patienten, und damit deren Stellung im Wettbewerbsmarkt des Gesundheitssektors.

Informationstechnologien wie das Internet ermöglichen den Patienten, sich ausführlich über Krankheitsbilder und Therapiemöglichkeiten zu informieren.

Der Patient prüft – wie in anderen Märkten auch – inwieweit das Leistungsspektrum medizinischer Einrichtungen seinen Erwartungen und Ansprüchen genügt und trifft demgemäß Entscheidungen hinsichtlich des Leistungsanbieters, des Umfangs und der Struktur der geplanten Behandlung.

Krankenhäuser müssen – seit 2005 in § 137 SGB V gesetzlich vorgeschrieben – einen Qualitätsbericht als Nachweis über ein durchgeführtes internes Qualitätsmanagement erbringen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2005, S. 27).

Viele der veröffentlichten Daten sind für den Patienten über das „Deutsche Krankenhausverzeichnis“² oder diverse Klinikführer der Krankenkassen online abrufbar. Sie ermöglichen erstmals auch für den medizinischen Laien den direkten Vergleich zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen und erleichtern die Auswahl der individuell optimalen Versorgung.

Für die Einrichtungen des Gesundheitswesens entsteht somit eine neuartige Herausforderung und die wettbewerbliche Notwendigkeit, sich zu profilieren und Alleinstellungsmerkmale herauszuarbeiten, um sich für den Patienten unter den anderen Wettbewerbern deutlich hervorzuheben.

Modelle, die bislang vorwiegend in der Betriebswirtschaft Anwendung fanden, werden vermehrt auch auf das Gesundheitswesen übertragen.

Im „Total Quality Management“ (TQM), einem weit verbreiteten umfassenden Qualitätsmanagementmodell das seinen Ursprung in den USA hat, ist die Patientenperspektive die zentrale Dimension des Qualitätsmanagements im Gesundheitssektor.

Patientenerwartungen und Patientenzufriedenheit sind nicht nur Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität, sondern stellen den Ausgangspunkt aller Qualitätssicherungsmaßnahmen dar (vgl. Bitzer, Dierks, 1999, S. 127 ff; Blum, 1998, S. 38; Stauss et al., 2006).

² www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de

Das „Excellence Model“ der European Foundation for Quality Management (EFQM) ist ein ganzheitliches Managementsystem, nach dessen Kriterien seit 1997 der deutsche Qualitätspreis vergeben wird. Es prüft und misst die Qualität der Unternehmensleistung anhand finanzieller und nichtfinanzieller Kennzahlen. Die Gesamtqualität setzt sich aus neun Teildimensionen (siehe Tabelle 2) zusammen.

Auch hier spielt die Kundenzufriedenheit eine herausragende Rolle, sie trägt mit 20% zur Bewertung der Gesamtqualität bei und wird damit höher gewichtet als alle anderen Indikatoren (vgl. Schneider, Kornmeier, 2006, S. 12 f.; Dür et al., 2000, S. 224 f.):

Gesamtqualität 100%	
<i>Befähiger 50 %</i>	<i>Ergebnisse 50 %</i>
Führung 10%, Mitarbeiterorientierung 9%, Politik/Strategie 8% Ressourcen 9% Prozesse 14 %	Kundenzufriedenheit 20% Mitarbeiterzufriedenheit 9%, gesellschaftliche Verantwortung/Image 6% Geschäftsergebnis 15%

Tabelle 2: EFQM Indikatorenengewichtung nach Schneider und Kornmeier (2006, S. 12 f.).

Donabedian – einer der führenden Vertreter des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen – entwickelte bereits 1980 ein Modell zur Erklärung der Gesamtqualität der Krankenhausleistungen (Donabedian, A.: The definition of quality and approaches to its assessment, Vol. I-III, Health Administration Press, Ann Arbor, 1980-1985), das nach wie vor am weitesten anerkannt und genutzt wird (vgl. Dür et al., 2000, S. 225; Klotz et al., 1996, S. 889; Lecher et al., 2002, S. 7; Sitzia, Wood, 1997, S. 1831).

Grundlage für sein Qualitätsmodell sind „*activities that go on within and between practitioners and patients*“ (Donabedian, 1980, S. 79, zitiert nach Badura, 1999, S. 25).

Er definiert die Gesamtqualität als das Resultat aus dem Zusammenspiel von Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Donabedian, 1976, S. 3 ff).

Die Strukturqualität beinhaltet die behandlungsunabhängigen Eigenschaften einer medizinischen Einrichtung, wie die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter, die Infrastruktur und Organisation. Sie „*spiegelt eher das Vermögen wider, eine bestimmte Qualität erbringen zu können und weniger die Qualität selbst*“ (Kaltenbach, 1993, S. 88).

Prozessqualität beschreibt behandlungsabhängige Eigenschaften der medizinischen Einrichtung wie Anamnese-, Untersuchungs- und Therapietechniken, Gesprächsführung, die technische Qualität und nicht-medizinische Aspekte, vor allem aber die regelgeleitete, nachprüfbar auf dem Stand des Wissens beruhende Behandlung.

Die Strukturqualität hat Auswirkungen auf die Prozessqualität welche wiederum die Ergebnisqualität beeinflusst. Strukturqualität und Prozessqualität können jedoch ebenso direkt auf die Ergebnisqualität einwirken (siehe Abbildung 1).

Die Ergebnisqualität schließlich umfasst nicht nur den Behandlungserfolg, sondern auch den Informationsgewinn des Patienten und Veränderungen in seinem Gesundheitsverhalten, vor allem aber die Zufriedenheit des Patienten mit seiner medizinischen Versorgung.

Die Patientenzufriedenheit ist Folge aller drei Qualitätsaspekte und beeinflusst alle drei Qualitäten rückwirkend (vgl. Blum, 1998, S. 41 ff.).

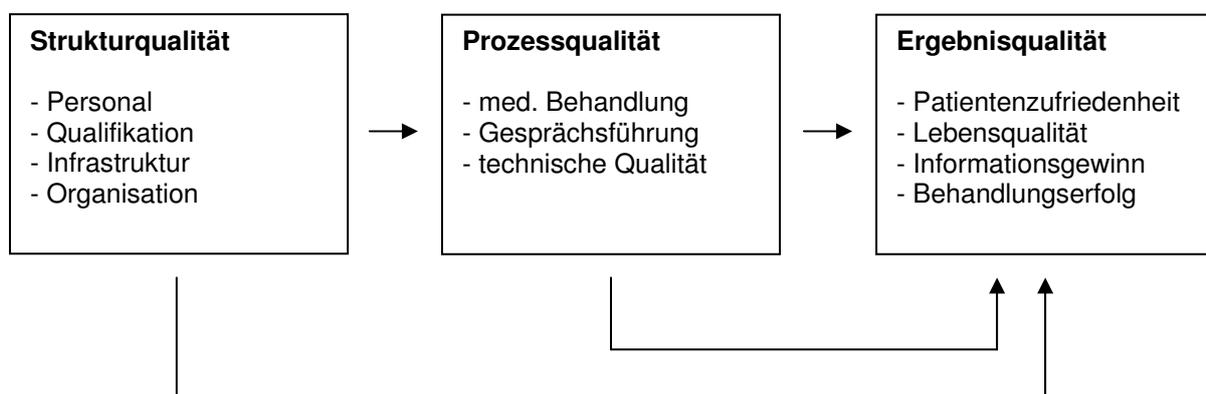


Abbildung 1: Qualitätsmodell nach Donabedian, mod. nach Amelung (2007, S. 269).

Als Instrument des Medizinmarketings signalisieren Zufriedenheitsbefragungen Interesse am Patienten und seinen Bedürfnissen. Schwachstellen und Defizite können aufgezeigt werden, um das Angebot patientenzentrierter zu gestalten.

Darüber hinaus ermöglichen Ergebnisse aus Patientenbefragungen im Rahmen des Benchmarkings³ die Erfassung der Position des Anbieters in seinem Markt.

Hohe Zufriedenheitsraten dienen der Neukundenaquise und können werbewirksam im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt werden (vgl. Blum, 1995, S. 30 ff.).

Zufriedene Patienten wirken als Multiplikatoren und sind dadurch Werbeträger für den medizinischen Leistungserbringer. Die Orientierung an Patientenurteilen und -interessen sorgt für eine langfristige Bindung des Patienten an das Unternehmen und gewährleistet neben der kontinuierlichen Versorgung des Patienten auch das Fortbestehen der medizinischen Einrichtung (vgl. Amon, Ruckriegel, 2000, S. 32; Kroeber-Riel et al., 2009, S. 435).

Sowohl aus politischen als auch ökonomischen Gründen lastet ein hoher Druck auf den Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen, sich der Bewertung und Beurteilung durch die Patienten zu stellen (vgl. Klotz et al., 1996). Daneben ist hinreichend belegt worden, dass

³ Benchmarking bedeutet „von den Besten zu lernen, um selber Bester zu werden“ (Güntert, 1999, S. 105, zit. nach Leibfried, McNair, 1993, S. 14).

medizinische Einrichtungen auch ethisch verpflichtet sind, sich den Interessen und Erwartungen ihrer Patienten zu öffnen.

Das folgende Kapitel beschreibt das Konstrukt der Zufriedenheit und dessen Bedeutung für die Versorgungsforschung.

1.3 Patientenzufriedenheitsforschung

„Es bedurfte vieljähriger mutiger Forschungs- und Überzeugungsarbeit, die systematischen Urteilsdiskrepanzen zwischen Ärzten und Patienten zu dokumentieren und die Bedeutung einer eigenständigen Erfassung der Patientenperspektive herzustellen“ (Siegrist, 1999, S. 44).

Seit 1950 beschäftigen sich Soziologen mit der Erforschung der Arzt-Patient-Beziehung (vgl. Williams, 1994). Zufriedenheitsstudien im Gesundheitswesen wurden bereits in den frühen 1970ern durchgeführt (vgl. Hall, Dornan, 1998a; Eckert et al., 2000).

Zufriedenheit als Faktor im Rahmen der Erforschung der Arzt-Patient-Beziehung wurde in diesen ersten Studien primär als zweckmäßiges Mittel der Compliance-Steigerung betrachtet, welche wiederum eine gute Ergebnisqualität der Behandlung voraussetzt.

Die vom Patienten empfundene Qualität der Arzt-Patient-Interaktion beeinflusst dessen Compliance positiv, wobei die Zufriedenheit hier einen wesentlichen Faktor darstellt.

Ein einfaches Modell: Der Arzt behandelt den Patienten und verschreibt Medikamente. Ein zufriedener Patient mit hoher Compliance wird die Anweisungen des Arztes exakt befolgen, die Medikamente den Anweisungen gemäß einnehmen, und daraufhin schnell genesen (vgl. Arnold, 1994; Williams, 1994).

Diese patriarchalische Sichtweise der Arzt-Patient-Beziehung ist im heutigen Gesundheitswesen kaum noch zu finden. Die Modernisierung sowohl der Gesellschaft als auch der Medizin führte zu einer Differenzierung der Verhaltensweisen der Patienten und der Rollen, die diese während ihrer Behandlung einnehmen. Die hoch differenzierten individuellen Prozesse werden durch eine reine Betrachtung von Compliance oder Non-Compliance nicht hinreichend dargestellt (vgl. Pfaff et al 2001). Im Vergleich zum Arzt-Patient-Verhältnis in den Anfängen der Patientenzufriedenheitsforschung haben Patienten eine viel größere Souveränität und Entscheidungsmacht in ihrer Behandlung gewonnen.

Heute ist Patientenzufriedenheit ein Teil der Ergebnisqualität und somit als Qualitätsmerkmal Ziel der medizinischen Versorgung (vgl. Hall, Dornan, 1988b; Barth, 1999, S. 157 ff.). Der Patient ist ein informierter und engagierter Akteur in seiner Gesundheitsversorgung und das Verhältnis zwischen Patient und Arzt entwickelt sich in Richtung eines partnerschaftlichen Shared-Decision-Makings (vgl. Steffen et al., 2008; Ziesche, 2008, S 20 f.).

Tabelle 3 zeigt die Modelle der Arzt-Patient-Interaktion im Rahmen zunehmender Patientenautonomie. Die größte Autonomie kommt dem Patienten in der Weiterentwicklung des Shared-Decision-Makings, dem Informed-Decision-Making zu (vgl. Scheibler, Pfaff, 2008, S. 52).

⇒ Zunehmende Patientenautonomie ⇒

	Paternalistisches Modell <i>Paternalistic Model</i>	Beratendes Modell <i>Professional as agent</i>	Partizipative Entscheidungsfindung <i>Shared decision making</i>	Informierte Entscheidungsfindung <i>Informed decision making</i>
Werte des Patienten	Objektiv, von Arzt und Patient geteilt	Definiert, nur dem Patienten bekannt	Definiert, nur dem Patienten bekannt	Definiert, nur dem Patienten bekannt
Aufgaben des Arztes	Förderung des Patientenwohls unabhängig von dessen Präferenzen	Erfassung der wichtigsten Werte des Patienten und Implementierung der Therapie stellvertretend für den Patienten	Erfassung der wichtigsten Werte des Patienten und Implementierung der Therapie in Zusammenarbeit mit dem Patienten	Versorgung mit relevanten Informationen und Implementierung der vom Patienten gewünschten Intervention
Konzept der Patientenautonomie	Zustimmung zu objektiven Werten	Darstellung eigener Werte und Präferenzen, Zustimmung zur vom Arzt gewählten Therapie	Entscheidet über Therapie, Voraussetzung: geteilte Information	Auswahl der Therapie und Kontrolle über die medizinische Behandlung
Konzept der Arztrolle	Wächter/Hüter der Gesundheit	Stellvertreter, Agent des Patienten	Partner	Kompetenter technischer Experte/Berater

Tabelle 3: Modelle der Arzt-Patient-Interaktion modifiziert nach Scheibler und Pfaff (2008, S. 52).

Bei steigender Einbeziehung und Entscheidungsmacht des Patienten wurde dessen Zufriedenheit mit der subjektiv wahrgenommenen medizinischen Versorgung zu einem zentralen Ergebnis des Qualitätsmanagements (vgl. Cleary, 1999, S. 212).

In der Literatur werden diverse theoretische Defizite der bislang eingesetzten Befragungsinstrumente zur Erfassung der Zufriedenheit kritisiert (vgl. Aust, 1995, S. 39, Sitzia, Wood, 1997, S. 1832; Williams, 1994, S. 511 ff.). Um diese Theoriedefizite zu beheben, sei eine exakte Erklärung und Modellierung des Begriffs Patientenzufriedenheit notwendig (vgl. Blum, 1998, S. 16).

Im Folgenden werden daher verschiedene in der Literatur verwendete Konzepte der Patientenzufriedenheit erläutert und Grenzen und Defizite in der bisherigen Forschung zur Patientenzufriedenheit dargestellt.

Das dieser Arbeit zugrunde liegende Konzept der Patientenzufriedenheit wird detailliert vorgestellt und auch die Möglichkeiten und Grenzen seiner Anwendung aufgezeigt.

1.3.1 Konzepte der Patientenzufriedenheit

Der Begriff Zufriedenheit bezeichnet grundsätzlich eine emotionale Reaktion auf das Ergebnis eines kognitiven Soll/Ist-Vergleichs.

Der Soll-Zustand ist die erwünschte zukünftige Leistung, an die Erwartungen und Ansprüche gekoppelt sind; der Ist-Zustand ist die subjektiv wahrgenommene tatsächliche Leistung, die erbracht wurde.

Der Grad der Zufriedenheit ergibt sich in erster Linie aus dem direkten Vergleich dessen, was erwartet wurde, mit dem eingetretenen Resultat (vgl. Neugebauer, Porst, 2001; Kroeber-Riel et al., 2009, S. 435; Homburg, Stock-Homburg, 2008, S. 20 f.).

In der Literatur wird eine Vielzahl von Definitionen der Patientenzufriedenheit genannt, die auf Basis verschiedener theoretischer Modelle entwickelt wurden.

Wüthrich-Schneider (2000a) zählt vier Modelle auf:

Soziale Vergleichstheorie	Ein Patient ist dann zufrieden, wenn es ihm genauso gut oder besser geht als anderen Patienten. Dabei führt der Vergleich mit Patienten, denen es schlechter geht, zu einer erhöhten Zufriedenheit.
Adaptationstheorie	Es besteht ein Zusammenhang zwischen den aktuellen Erfahrungen eines Patienten und bereits in der Vergangenheit gemachten Erfahrungen. Der Patient vollzieht einen Vergangenheits- und Gegenwartsvergleich, auf Grundlage der Vergangenheit werden die neuen Erfahrungen bewertet und bei Bedarf adaptiert.
Kompetenztheoretisches Konzept	Verantwortlich für die Zufriedenheit eines Patienten ist die erfolgreiche Bewältigung externer Anforderungen.
Anspruchsniveautheorie	Zufriedenheit ist abhängig von der Übereinstimmung von Erwartung und Erfüllung. Ein sehr hohes Anspruchsniveau verringert, ein geringes Anspruchsniveau fördert die Zufriedenheit.

Tabelle 4: Modelle der Patientenzufriedenheit nach Wüthrich-Schneider (2000a).

Eckert, Böhmer und Resch (2000, S. 38) nennen zusätzlich ein der Sozialpsychologie angelehntes Modell der Zufriedenheit:

Kognitive Dissonanztheorie	Bei Inkongruenz von Erwartungen oder Bedürfnissen und der Realität entsteht eine kognitive Dissonanz. Diese erzeugt intrapersonelle Spannungszustände, die sich negativ auf die Zufriedenheit auswirken.
-----------------------------------	--

Tabelle 5: Kognitive Dissonanztheorie nach Eckert et al. (2000, S. 38).

Ein weiteres Modell, aufgeführt von Neugebauer und Porst (2001, S. 6), ist das Diskrepanz-

modell, das als Basis für den Zufriedenheitsbegriff in dieser Arbeit eine besondere Rolle spielt:

Diskrepanzmodell	Zufriedenheit ist die Differenz aus dem subjektiven Anspruchsniveau des Patienten und der von ihm aktuell wahrgenommenen Situation. Weicht die aktuelle Erfahrung sehr vom individuellen Anspruch der Person ab, führt dies zu Unzufriedenheit.
-------------------------	---

Tabelle 6: Diskrepanzmodell nach Neugebauer und Porst (2001, S. 6).

Blum beschreibt neben dem Diskrepanzmodell ein weiteres in der Literatur identifizierbares Modell der Zufriedenheitsmessung, das Evaluationsmodell, das im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt wird. Das Diskrepanzmodell und das Evaluationsmodell sind nach Blum die zentralen Konzepte, denen die Zufriedenheitsmodelle der in der Literatur aufgeführten Patientenbefragungen zugrunde liegen (vgl. Blum, 1998, S. 52 f.).

1.3.1.1 Evaluationsmodell

Laut Blum dominiert in der bisherigen Zufriedenheitsforschung das Evaluationsmodell. Nach diesem Modell ist Zufriedenheit oder Unzufriedenheit definiert „*als positive oder negative Evaluation einer medizinischen Behandlung, einer medizinischen Einrichtung oder eines medizinischen Leistungsanbieters durch den Patienten selbst*“ (Blum, 1998, S. 52).

Patientenzufriedenheit wird dabei als multidimensionales Konstrukt aufgefasst. Der medizinische Leistungsprozess wird in verschiedene Aspekte und Sequenzen unterteilt, die jeweils einzeln vom Patienten bewertet werden.

Zusammenfassend aus älterem Forschungsstand lassen sich nach Blum acht zentrale Qualitätsdimensionen der Patientenzufriedenheit identifizieren (vgl. ebd. S. 52 ff):

1. Technische Versorgungsqualität (fachliche Kompetenz des medizinischen Personals, medizintechnische Leistungsqualität)
2. Psychosoziale Versorgungsqualität (nichtmedizinische Aspekte der Interaktion wie soziale und emotionale Kompetenz des medizinischen Personals, Auftreten gegenüber dem Patienten, Informationsqualität, emotionale Unterstützung)
3. Organisation und Infrastruktur (Wartezeiten auf medizinische Untersuchungen, Verkehrsanschlüsse, Zugänglichkeit)
4. Räumlich-technische Ausstattung (Ausstattung, Sauberkeit, „Hotelleistungen“)
5. Behandlungsergebnis (Behandlungserfolg subjektiv aus Sicht des Patienten oder objektiv anhand medizinischer Parameter)
6. Versorgungskontinuität (ärztliche Versorgung durch möglichst dieselben Ärzte)

7. Finanzierung (z. B. Preis-/Leistungsverhältnisse der medizinischen Versorgung)
8. Verfügbarkeit (Nähe zum Wohnort des Patienten).

Die drei relevanten Ebenen der Qualitätsmessung, die bereits Donabedian (1976, S. 3 ff.) in seinem Qualitätsmodell entwickelte, sind auch hier erkennbar. Die Strukturqualität beinhaltet Elemente, die Voraussetzung für die Leistungserbringung sind. Als Beispiele können die Mitarbeiter und deren Qualifikation, die finanzielle und infrastrukturelle Ausstattung der Versorgungseinrichtung sowie deren Organisation genannt werden. Die Prozessqualität umfasst sowohl technische als auch nichttechnische Aspekte des Versorgungsablaufs und bestimmt in hohem Maße die dritte Ebene: Die Ergebnisqualität, mithin das Ergebnis der Behandlung.

Wüthrich-Schneider definiert Patientenzufriedenheit folgendermaßen: *„Des Patienten eigene Beurteilung (subjektiv und objektiv) aller Aspekte einer medizinischen Versorgung, beinhaltend auch die zwischenmenschlichen Gesichtspunkte einer Behandlung und deren organisatorischer Ablauf.“* (Wüthrich-Schneider, 2000a, S. 1046)

Hall und Dornach (1988a, S. 937) untersuchten in einer Meta-Analyse 221 Zufriedenheitsstudien mit der Fragestellung, welche Aspekte und Teildimensionen der Patientenzufriedenheit im Rahmen der Studien abgefragt wurden. Tabelle 7 stellt die Ergebnisse ihrer Meta-Analyse dar. In der zweiten Spalte ist der prozentuale Anteil der insgesamt 221 analysierten Zufriedenheitsuntersuchungen abgebildet, die die in der ersten Spalte genannten Dimensionen der Zufriedenheit aufführten.

Aspects	Percentage	Frequency
Humaness	65%	143
Informativeness	50%	111
Overall Quality	45%	100
Competence	43%	95
Overall Satisfaction	43%	96
Bureaucracy	28%	61
Access	27%	59
Cost	18%	40
Facilities	16%	36
Outcome	6%	13
Continuity	4%	10
Attention to psychosocial problems	3%	7

Tabelle 7: Percentages and frequencies of studies in which different aspects of satisfaction were measured ($n = 221$ studies), nach Hall und Dornan (1988a, S. 937).

Dabei zeichnete sich ab, dass vor allem infrastrukturelle und organisatorische Aspekte in weniger als 30% der Zufriedenheitsuntersuchungen erhoben wurden, so dass in den untersuchten Studien jeweils nur Teilaspekte der Versorgungsqualität Berücksichtigung fanden.

Die Erfassung der Patientenzufriedenheit als multifaktorielles Konstrukt wurde meist zu Gunsten einer globalen Zufriedenheitsabfrage vernachlässigt (vgl. Hall, Dornan, 1988a).

Das auch in diesen Studien angewandte Evaluationsmodell weist vor allem wegen der fehlenden Unterscheidung zwischen wahrgenommenen Versorgungsleistungen und den individuellen Standards und Anspruchshaltungen der Patienten Schwächen auf. Der Patient wird nur als passiver Beurteiler einer Behandlung gesehen, die ihm widerfährt. Seine Zufriedenheit wird ausschließlich von den Gegebenheiten seiner Umwelt bestimmt (vgl. Strasser et al., 1993, S. 222).

Die Beurteilung des Patienten ist jedoch von vielen weiteren Faktoren abhängig. Durch eine reine Abfrage seiner Zufriedenheit ist nicht zu ermitteln ob der Grad der Zufriedenheit unmittelbar mit der erbrachten Leistung zusammenhängt, oder durch behandlungsunabhängige Bewertungskriterien des Patienten bestimmt wird.

So kann Zufriedenheit aus der detaillierten Aufklärung des Arztes über eine Behandlungsmaßnahme resultieren. Falls der Patient jedoch nur ein geringes Informationsbedürfnis hat, kann dieses gegebenenfalls durch einige kurze Hinweise befriedigt werden und beim Patienten ebenso zu hoher Zufriedenheit führen.

Die Erwartungen der Patienten passen sich mit der Zeit den äußeren Gegebenheiten an und wirken so mitunter zufriedenheitsfördernd (vgl. Wüthrich-Schneider, 2000a, S. 1047).

Ist der Patient eine extrem schlechte Versorgungsqualität gewohnt, so erzeugt der Leistungsanbieter damit ein so niedriges Anspruchsniveau, dass der Patient schnell sehr hohe Zufriedenheitswerte äußert.

Um den Zustand der Unzufriedenheit zu vermeiden, sind viele Patienten bis zu einem gewissen Grad bereit, ihre eigenen Ansprüche zu reduzieren oder weniger kritische Bewertungsmuster anzuwenden (vgl. Neugebauer, Porst, 2001, S. 2).

Eine Nutzung so zustande gekommener Werte zur Qualitätssicherung ist nicht möglich, da dadurch nicht das Leistungsangebot den Ansprüchen der Patienten, sondern das Anspruchsniveau der Patienten dem Leistungsangebot angepasst würde (vgl. Blum, 1998, S. 57 ff.).

1.3.1.2 Diskrepanzmodell

Das zweite nach Blum (1998) in der Zufriedenheitsforschung relevante Modell ist das Diskrepanzmodell, das den Anspruch hat, die genannten Schwachstellen des Evaluationsmodells mitzuerfassen.

Dieses Modell, das dem Modell der Kundenzufriedenheit in der Wirtschaft ähnelt (vgl. Homburg, Stock-Homburg, 2008, S. 17 ff.), wird in dieser Arbeit als Maßstab für die Patientenzufriedenheit zugrunde gelegt.

Nach Auffassung des Diskrepanzmodells werden beim Zustandekommen von Bewertungen individuelle Vergleichsprozesse durchgeführt, bei denen der Nachfrager – in diesem Fall der Patient – seine Erwartungen (Soll-Zustand) an bestimmte Leistungen eines Anbieters – in diesem Fall der medizinischen Versorgungseinrichtung – den tatsächlich erhaltenen Leistungen (Ist-Zustand) gegenüberstellt. Werden die Erwartungen erfüllt oder übertroffen, ist der Patient zufrieden. Besteht eine Diskrepanz zwischen Erwartung und der erbrachten Leistung ist der Patient unzufrieden.

Zusätzlich zur Beurteilung der Versorgungsaspekte werden nach diesem Konzept behandlungsunabhängige Erwartungen, Ansprüche und Werte des Patienten einbezogen.

Ein Faktor, der stark in die Erwartung und Anspruchshaltung der Patienten einfließt, ist die individuelle Bedeutung der Leistung und ihrer Teilaspekte für den Patienten (vgl. Ommen et al., 2008). Die individuelle Bedeutung oder Wichtigkeit eines Aspekts für den Patienten beeinflusst dessen Zufriedenheit erheblich. Eine geringe Zufriedenheit mit einem Aspekt, der kaum Bedeutung für den Patienten hat, wirkt sich wesentlich weniger auf seine Gesamtzufriedenheit aus, als wenn dieser Aspekt für ihn höchste Priorität besitzt (vgl. Blum, 1998, S. 59).

Hall und Dornach (1998b) drängen darauf, Zufriedenheitsstudien eine stärkere theoretische Basis zu geben, indem sie auf theoretischen Zufriedenheitsmodellen aufzubauen seien, die die Gewichtung, die individuelle Erwartung und die aktuelle Erfahrung des Patienten einbezögen.

Dieser Forderung wird das von Janßen (2008) entwickelte GEZ-Modell gerecht, mit dem die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen Zufriedenheitswerte ermittelt wurden.

Es berücksichtigt in seinen Zufriedenheitsindizes sowohl die individuelle Gewichtung und die vorangegangene Erwartung als auch die Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung. Den Anforderungen an einen patientenorientierten Qualitätsbegriff wird somit entsprochen.

Für das Verständnis des Begriffes der Patientenzufriedenheit in dieser Arbeit soll überdies die Definition der Patientenzufriedenheit nach Ommen, Janßen und Pfaff (2008) als Basis

dienen. Danach ist Patientenzufriedenheit definiert als „*emotionales Ergebnis eines rationalen Vergleichsprozesses, den der Patient zwischen seinen Erwartungen an eine medizinische Versorgungsleistung bezogen auf Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität (Soll-Zustand) und der tatsächlich erhaltenen Leistung (Ist-Zustand) anstellt.*“ (ebd., S. 329)

Sie ist das Ergebnis unterschiedlichster Einflussfaktoren. Zufriedenheit steigt – jeweils unter Konstanthaltung aller übrigen Einflussfaktoren – je niedriger die Erwartungen und Ansprüche der Patienten sind, je besser die wahrgenommene Versorgungsqualität ist und je wichtiger eine seine Erwartung erfüllende Komponente für den Patienten ist.

Unzufriedenheit entsteht, wenn die Erwartungen und Ansprüche des Patienten zu hoch sind, die Versorgungsleistung schlecht ist, oder ein schlecht bewerteter Aspekt hohe Relevanz für den Patienten hat (vgl. Neugebauer, Porst, 2001, S. 8; Matzler, Bailom, 2006, S. 261 f.).

1.3.2 Probleme der Zufriedenheitsforschung

Zufriedenheit ist eine individuelle Wahrnehmung, die aufgrund ihrer Subjektivität nur mittels eines theoretischen Konstrukts, das sich aus multiplen Faktoren zusammensetzt, objektiv messbar wird. Die Erfassung dieses Konstrukts ist verständlicherweise nicht ohne weiteres möglich.

Zunächst sind folgende Fragen zu klären:

- Wie gelingt es, aus subjektiven Meinungen der Patienten Schlüsse auf die Qualität der medizinischen Einrichtung zu treffen und auf deren Basis Verbesserungen anzustreben?
- Ist das subjektive Erleben des Patienten nicht zu sehr von behandlungsunabhängigen Faktoren bestimmt, als dass es objektivierbar wäre?
- Erfassen Patientenfragebögen als Instrument wirklich alle Faktoren, aus denen sich die Zufriedenheit zusammensetzt?
- Sind diese Angaben valide?
- Welcher Stellenwert kann folglich den Ergebnissen von Patientenzufriedenheitsstudien in der Qualitätssicherung zugesprochen werden?

Diesen Fragen soll im Folgenden nachgegangen werden.

Die Zufriedenheit ist ein zentraler Indikator für die Akzeptanz und empfundene Qualität einer Behandlung: *„Ob ein Patient eine Behandlung abbricht, ob er sie im Bekanntenkreis weiterempfiehlt und ob er sich im Falle einer erneuten Erkrankung wieder in derselben Klinik behandeln lässt, hängt weniger von der Beurteilung durch den Arzt als vielmehr von der des Patienten ab“* (Spiehl et al., 1995, S. 156, zitiert nach Hannover et al., 2000, S. 293).

Um Zufriedenheit messen zu können, muss der Patient in der Lage sein, aktiv zu bewerten und zu kritisieren. Voraussetzung dafür sind drei Faktoren:

1. Der Patient besitzt eine Meinung zu seiner Behandlung,
2. der Patient glaubt an die Legitimität dieser Meinung,
3. und er ist bereit und willens, seine Meinung auszudrücken (vgl. Williams, 1994, S. 153).

Doch sind diese subjektiven Patientenmeinungen objektivierbar?

Zufriedenheitsmessungen werden oft als unzuverlässig angesehen (vgl. Hannover et al., 2000; Williams, 1994). Ist die Zufriedenheit des Patienten bestimmt von behandlungsunab-

hängigen Prädispositionen wie der persönlichen Anspruchshaltung, den Erwartungen und dem Wertesystem des Patienten, so messen Patientenbefragungen eher relativ konstante Persönlichkeitsmerkmale als die tatsächliche Versorgungsqualität aus Patientensicht.

Die Evaluationsforschung nimmt grundsätzlich an, dass das Antwortverhalten der Befragten mehr von der „*Wirklichkeit des zu beurteilenden Objekts bestimmt sei als von seinem subjektiven Erleben*“ (Blum, 1998, S. 89). Zufriedenheit wird jedoch von so vielen Faktoren beeinflusst, dass sie als subjektive Komponente schwer zu erfassen ist. Schon dies könnte die objektive Verwertbarkeit der Patientenurteile in Frage stellen.

Wüthrich-Schneider stellt die Verwertbarkeit der Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen indessen nicht in Frage. Werden Messungen methodisch einwandfrei und mit validen Instrumenten durchgeführt, könnten wichtige Wettbewerbsfaktoren erfasst werden. Subjektive Patientenurteile könnten somit durchaus objektiven Charakter haben (vgl. Wüthrich-Schneider, 2000a).

Dem ist zuzustimmen, denn für die Bewertung vieler Teilaspekte medizinischer Versorgung bedarf es keiner speziellen medizinischen Kompetenz oder Vorbildung. Der Patient erfährt die Behandlung am eigenen Körper und kann demnach präzise beurteilen, wie angenehm oder unangenehm, wie unzufriedenstellend oder zufriedenstellend die ihm widerfahrenen Prozesse gewesen sind.

Von Beginn der Behandlung an hat er subjektive Vorstellungen, Erwartungshaltungen und Präferenzen und kann im Anschluss an seine Behandlung bewerten, inwiefern diesen entsprochen wurde.

Trotz der Expertendominanz des Behandelnden und der fehlenden Fachkompetenz der Patienten sind diese demnach in der Lage, Struktur, Prozess und Ergebnis ihrer medizinischen Behandlung zu evaluieren, Defizite aufzudecken und Verbesserungsvorschläge zu machen (vgl. Blum, 1998, S. 28 ff.).

Voraussetzung für die Extraktion relevanter Informationen und deren Verwertbarkeit aus einer schriftlichen Patientenbefragung sind die Reliabilität und Validität des Erhebungsinstrumentes (vgl. Bitzer, Dierks, 1999, S. 139; Cleary, 1999; Pfaff et al., 2007; Ziesche, 2009; S. 5).

Sitzia (1999) analysierte 195 veröffentlichte Patientenbefragungen auf Angaben zur Reliabilität und Validität der verwendeten Fragebögen. Die Auswertung ergab, dass nur 46% der untersuchten Fragebögen entweder auf Validität oder auf Reliabilität geprüfte Items enthielten, nur 6% der Forschungsgruppen gaben Daten über sowohl die Validität als auch die Reliabilität der von ihnen verwendeten Items an.

Vor dem Hintergrund theoretischer, praktischer und methodischer Defizite kommt Aust zu dem Schluss: „Die vorliegenden Untersuchungen machen leider eher den Eindruck, die Legitimation der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung solle nicht überprüft, sondern hergestellt werden [...]“ (Aust, 1994, S. 39).

Vielen Erhebungsinstrumenten fehlt es an methodischen Grundlagen um Störvariablen wie Dankbarkeit, verminderte Anspruchsniveaus und soziale Erwünschtheit zu kompensieren (vgl. Williams, 1994).

70 bis 90% der Patienten äußern sich bei schriftlichen Befragungen unabhängig von den Inhalten der Fragen als hoch zufrieden (vgl. Eckert et al., 2000; Collins, O’Cathain, 2003).

Um auch latent kritische Patientenurteile zu erfassen, wurden folgende methodische Voraussetzungen identifiziert (vgl. Lecher et al., 2002; Möller-Leimkühler, Dunkel, 2003, S. 45), die bei der Konzeption des Fragebogens für das UniKiD umgesetzt wurden:

- der Einsatz testtheoretisch fundierter Erhebungsinstrumente
- die Erfassung spezifischer Versorgungsaspekte statt globaler Urteile
- Likert-Skalen statt Ja-Nein-Antworten
- Rating statt Reporting (vgl. Wüthrich-Schneider, 2000b)
- Bewertungs- statt Zufriedenheitsfragen.

Cleary stellte bereits 1999 fest, dass diese Kriterien in neueren Erhebungsinstrumenten angewendet werden. Er bewertet diese als valide und reliabel und objektive Tatsachen erfragend, die sowohl für den Patienten als auch für den Arzt Qualität repräsentieren.

Unter diesen Voraussetzungen sind Ergebnisse interpretierbar und ermöglichen auf ihrer Basis die Ergreifung qualitätsverbessernder Maßnahmen (vgl. Cleary, 1999).

Ein weiterer Kritikpunkt an bisher durchgeführten Patientenzufriedenheitsstudien besteht darin, dass viele Einrichtungen – trotz der Existenz sowohl international als auch speziell deutschsprachiger vorgefertigter Patientenfragebögen – eigene Instrumente zur Patientenbefragung entwerfen. Hall und Dornan (1988b) kritisieren diese „hausgemachten“ Instrumente und verlangen die Verwendung standardisierter, bereits erprobter Instrumente.

Diese Forderung nach einer Standardisierung von Patientenzufriedenheitsbefragungen ist nach Bitzer und Dierks (1999, S. 127) nur bedingt gerechtfertigt, da es differenzierter Erhebungsverfahren bedarf, um unterschiedlichen Einrichtungen konkrete Anregungen für Veränderungen und Verbesserungen geben zu können.

Standardisierte Fragebögen, die universell einsetzbar sind, bergen die Gefahr, nur noch globale Zufriedenheitsitems abzufragen, die Schwachstellen und Besonderheiten der

spezifischen Versorgungseinrichtung nicht mehr berücksichtigen, und sind somit als Instrument der Qualitätssicherung unbrauchbar (vgl. Möller-Leimkühler, Dunkel, 2003).

Die von Hall und Dornan (1988a) durchgeführte Metaanalyse von Zufriedenheitsuntersuchungen im Gesundheitswesen zeigte zudem anhand von Faktorenanalysen, dass trotz der Verwendung unterschiedlicher Items zur Erfassung von Zufriedenheit in den Studien diese starke Gemeinsamkeiten aufweisen und auf die gleichen Faktoren laden.

Somit können Zufriedenheitsstudien durchaus miteinander vergleichbar sein, auch wenn sie Zufriedenheit über unterschiedliche Items erfragen.

Das dieser Studie zugrunde liegende Instrument wird allen genannten Forderungen gerecht. Die zur Messung der Zufriedenheit angewandten Items aus dem KPF-N sind auf Validität und Reliabilität getestet und messen nach den Ergebnissen der durchgeführten Faktorenanalyse verlässlich Zufriedenheit. Zusätzlich wurden speziell auf die Einrichtung und Thematik angepasste Items hinzugefügt. Es wurden mehrfach abgestufte Likert-Skalen verwandt und wesentliche Dimensionen der die Zufriedenheit bestimmenden Aspekte abgefragt.

Durch den Einsatz des GEZ-Modells zur Ermittlung der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit wurden auch unterschwellige Unzufriedenheiten erfasst und so einer falsch-hohen Zufriedenheitstendenz im Antwortverhalten entgegengewirkt.

Vor der Präsentation der Auswertung der am UniKiD durchgeführten Studie soll das UniKiD als Einrichtung kurz vorgestellt werden.

1.4 Das Universitäre Interdisziplinäre Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD)

Das UniKiD wurde im Jahr 2005 unter dem Dach der Frauenklinik der Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) gegründet.

Zusätzlich zu der Betreuung in den Bereichen der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin können Paare nach Bedarf von Fachärzten der Andrologie, Urologie, Psychosomatik, Humangenetik und anderen Fachdisziplinen des Universitätsklinikums unterstützt werden.

Das Therapiespektrum umfasst alle in Deutschland erlaubten Behandlungsmöglichkeiten des unerfüllten Kinderwunsches. Dazu gehören Zyklusbeobachtungen, Inseminationen, In-Vitro-Fertilisation (IVF) und Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI), sowie der Fertilitäts-erhalt vor Radio- und Chemotherapien im Rahmen der Behandlung maligner Erkrankungen.

Die im UniKiD betreuten Paare befinden sich in einer besonderen Belastungssituation, durch den unerfüllten Kinderwunsch und die Ungewissheit des Therapieerfolgs ebenso wie durch den hohen finanziellen Eigenanteil der Patienten an den Behandlungen.

Vor diesem Hintergrund bestehen an das UniKiD und die behandelnden Ärzte besondere Ansprüche von Seiten der Patientinnen und ihrer Partner.

Das UniKiD bietet den Paaren die Kombination von hohem wissenschaftlichen Niveau und den Vernetzungsmöglichkeiten unterschiedlichster Fachdisziplinen an einer Universitätsklinik mit der individuellen Behandlung und angenehmen Atmosphäre in einer Praxis.

Als vorrangiges Ziel ist formuliert, dass die Patientinnen und deren Partner sich während der Behandlung wohl fühlen sollen. Um dies zu gewährleisten, werden folgende Maßnahmen hervorgehoben (Flyer UniKiD, 2007):

- *„Terminvergabe nach den Wünschen der Patientinnen und Patienten,*
- *nahezu keine Wartezeiten,*
- *patientenfreundliche Sprechzeiten (damit die Behandlung durchgeführt werden kann, ohne dass sich die Patientinnen und Patienten Ihrem Arbeitgeber anvertrauen müssen),*
- *unbeschränkte Einfahrtsmöglichkeit ins Gelände der UKD für Patientinnen und Patienten des UniKiD,*
- *eigene Parkplätze direkt vor der Tür des Zentrums,*
- *besonderer Wohlfühlservice mit Getränken und Kaffeespezialitäten im Wartebereich.“*

Einrichtungen wie das UniKiD, an das die Patienten freiwillig herantreten und deren Behandlungskosten der Patient zur Hälfte oder teils ganz übernehmen muss, stellen ein Teilgebiet des Gesundheitssektors dar, in dem der Patient wirklich als Kunde an den Arzt herantritt und somit eine besonders hohe Souveränität und Definitionsmacht innehat.

Die Bedeutung von Patientenbefragungen in diesem Bereich ist enorm, da neben dem wettbewerblichen und wirtschaftlichen Vorteil den der Faktor „Patientenzufriedenheit“ ausmacht, auch der Leidensdruck der Patienten reduziert wird, wenn diese sich gut aufgehoben fühlen.

Die Ergebnisse dieser Befragung sind demnach nicht nur für das Qualitätsmanagement wichtig, sondern sollen zusätzlich ermöglichen, dem Wunsch ungewollt kinderloser Paare nach einer individuellen Betreuung noch besser gerecht zu werden.

2. Methodik

Im folgenden Kapitel wird detaillierter auf das Erhebungsinstrument der am UniKiD durchgeführten Patientinnenstudie, die diesem zugrunde liegenden Konstrukte und die Konzeption der Befragung eingegangen.

2.1 Das Erhebungsinstrument

Der eingesetzte Fragebogen besteht aus zwölf einseitig bedruckten DIN-A4-Bögen. Das Deckblatt ist ein Begleitschreiben, in dem die Patientinnen über die Beweggründe der Befragung informiert wurden und Anweisungen zum Ausfüllen und zur Rückgabe der Bögen erhielten. Zusätzlich war eine Kontaktadresse für Rückfragen und Kommentare angegeben. Die Fragebögen wurden in offenen Versandtaschen, die verschlossen auch für die Rückgabe genutzt wurden, in einem Aufsteller im Wartebereich des UniKiDs platziert.

Der Fragebogen enthält 141 Items und ist in acht Abschnitte (A bis H) gegliedert. Der erste Abschnitt A enthält allgemeine Fragen betreffend die Art der Behandlung, die Krankenversicherung, das Alter und die Beziehungsdauer der Paare.

Der Abschnitt B erfragt die Zufriedenheit der Patientinnen anhand des GEZ-Modells nach Janßen. Die nächsten beiden Abschnitte C und D erfassen Urteile zu Strukturqualität der Praxis, der Arzt-Patient-Interaktion und zum Informationsverhalten der Ärzte und Patientinnen. Zudem wird in Abschnitt D die individuelle Bedeutung der einzelnen Bereiche für die Patientinnen erfragt. Diese Abschnitte C und D enthalten 35 Items aus dem Kölner Patientenfragebogen für den ambulanten Bereich (KPF-N). Es folgen in Abschnitt E Fragen zum Belastungsgrad, in Abschnitt F Fragen zu bisherigen Behandlungen und Behandlungsverläufen der Patientinnen und in Abschnitt G Fragen zur Einstellung der Patientinnen zu aktuellen Fragen der Reproduktionsmedizin. Im letzten Abschnitt H werden die soziodemographischen Daten der Patientinnen erfasst.

2.1.1 Gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit (GEZ)

Die Messung der Patientenzufriedenheit, insbesondere die Zusammenfassung einzelner erhobener Items zu einer Gesamtzufriedenheit, stellt eine besondere Herausforderung dar. Bei der Zusammenführung der einzelnen Zufriedenheitsitems zu einem Gesamtzufriedenheitswert besteht das Risiko, dass in den abgefragten Items nicht alle relevanten Aspekte aus denen sich die Gesamtzufriedenheit der Patienten zusammensetzt abgebildet sind. Neben der Erfassung einzelner Items wird in der vorliegenden Studie aus diesem Grund für den späteren Vergleich auch die Gesamtzufriedenheit als separates Item abgefragt.

Collins und O’Cathain (2003) interviewten eine Gruppe von 30 dermatologischen Patienten darüber, welche Faktoren für sie ausschlaggebend bei der Differenzierung zwischen den Bewertungskategorien „zufrieden“ und „sehr zufrieden“ mit ihrer medizinischen Behandlung seien. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten Zufriedenheit generell sehr wohl als ein Kontinuum begreifen, welches sie in einer Likert-Skala korrekt abgebildet sehen.

In der Differenzierung zwischen den Urteilen „zufrieden“ und „sehr zufrieden“ sehen die Patienten jedoch qualitativ einen sehr großen Unterschied. Die Angabe „zufrieden“ bedeutet für einen Teil der Patienten zum einen adäquate, durchschnittliche Behandlung, andere wiederum bewerten mit „zufrieden“ verbesserungswürdige Aspekte, wenn sie bestimmte Dinge vermissten und eine optimale Versorgung für sie nicht erreicht wurde.

„Sehr zufrieden“ sind Patienten, wenn die Behandlung persönlich ist, sie nichts vermissen und die Behandlung als herausragend bewerten.

Die Wahl der Bewertungskategorie „zufrieden“ maskiert demnach mitunter Bereiche, die den Patienten verbesserungswürdig erscheinen (vgl. Collins, O’Cathain, 2003).

In publizierten Studien zu Patientenbefragungen liegen meist 70 bis 90% der Patientenurteile zur Zufriedenheit im Bereich des bestmöglichen Antwortvorgabe (vgl. Dür et al., 2000, S. 227; Eckert et al., 2000; Collins, O’Cathain, 2003). Diese global hohen Zufriedenheitswerte der Patientenbefragungen erzeugen methodische Probleme wie Ceiling-Effekte⁴, geringe Varianzen und durchgängig rechtsschiefe Verteilungen (vgl. Blum, 1998, S. 144).

Das von Janßen entwickelte Konzept der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit (GEZ) wirkt diesen beschriebenen falsch-hohen Zufriedenheitswerten entgegen.

⁴ Ceiling-Effekt: Eine Skala bildet kein Kontinuum ab, das Antwortkontinuum ist nach oben so begrenzt, dass keine extremen Antworten möglich sind. Bewertungen von Patienten, die gerne extremer geantwortet hätten, häufen sich am oberen Ende der Skala, es resultiert eine rechtsschiefe Verteilung (vgl. Faulbaum et al., 2009, S. 65).

Durch die Berücksichtigung der Erwartungshaltung und der individuellen Gewichtung der Items soll zudem eine Normalverteilung der Zufriedenheitsindizes erreicht werden, was eine testtheoretische Prüfung der Daten erleichtert.

Neben den global hohen Zufriedenheitswerten ist auch die Einbeziehung des konstanten individuellen Wertesystems der Patienten in die Zufriedenheitsmessung problematisch. Neben variierenden Erwartungshaltungen der Patienten gegenüber abgefragten Aspekten haben diese auch unterschiedliche Bedeutungsgrade für die Patienten.

Somit wirken die einzelnen Items sich je nach ihrer Bedeutung für den Patienten zu unterschiedlichen Anteilen auf dessen Gesamtzufriedenheit aus (vgl. Pfaff et al., 2004, S. 5).

Das – freundlicherweise für die UniKiD-Studie zu Verfügung gestellte – GEZ-Modell von Janßen löst dieses Problem, indem es zusätzlich zur individuellen Gewichtung sowohl die vorangegangene Erwartung der Patienten als auch deren Zufriedenheit mit der erbrachten Leistung einbezieht.

Dies ermöglicht die Operationalisierung des Zusammenhangs von Zufriedenheit mit der individuellen Gewichtung und der Erwartungshaltung des Patienten (vgl. Janßen, 2008).

Das Modell besteht aus zwei Stufen. Zunächst wird die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit ermittelt und darauf aufbauend unter Einbeziehung der individuellen Gewichtungsfaktoren die gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit berechnet.

Nach dem GEZ-Modell wurden folgende Leistungsbereiche des UniKiD erhoben:

- die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit),
- die Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.),
- die Ärztinnen und Ärzte im UniKiD,
- das Praxispersonal im UniKiD,
- die medizinische Behandlung,
- die Information während der Behandlung,
- die Einbeziehung der Patientinnen in die Behandlung im UniKiD,
- die Einbeziehung der Partner in die Behandlung im UniKiD.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte erläutert.

Die individuelle Gewichtung der Items wurde über die Frage „Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungen im UniKiD?“ erfasst. Die Antwortkategorien waren „sehr unwichtig“, „unwichtig“, „wichtig“ und „sehr wichtig“.

Für die Erhebung der Erwartungserfüllung wurden die Patientinnen gebeten, die Erfüllung ihrer Erwartungen bezüglich der einzelnen Items sowie der gesamten Behandlung zu bewerten. Die Skalierung der Antworten lautete: „Viel schlechter als erwartet“, „etwas schlechter als erwartet“, „genauso wie erwartet“, „etwas besser als erwartet“ und „viel besser als erwartet“.

Die Beurteilung der Zufriedenheit mit den einzelnen Items sowie der Gesamtzufriedenheit erfolgte über die Skalierung „unzufrieden“, „eher unzufrieden“, „eher zufrieden“ und „zufrieden“. Diesen Antwortkategorien wurden Werte von 1 („unzufrieden“) bis 4 („zufrieden“) zugeordnet.

In vielen Patientenzufriedenheitsstudien wird aus diesen einzelnen erhobenen Zufriedenheitswerten ein Summenscore gebildet, der als Gesamtzufriedenheit des Patienten bezeichnet wird. Betrachtet man die Verteilung dieser kumulierten Gesamtzufriedenheitswerte stellt sich diese aufgrund der global hohen Zufriedenheitswerte der Patienten für gewöhnlich nicht normalverteilt, sondern rechtsschief dar (vgl. Blum, 1998, S. 144; Janßen, 2008). Durch die Einbeziehung der individuellen Gewichtung der Items und der Erwartungserfüllung der Patientinnen weist der GEZ-Zufriedenheitsscore eine Normalverteilung auf.

Anhand der folgenden Beispiele soll die Berechnung des GEZ-Indexes detailliert erläutert werden:

Patienten A, B und C beurteilen das Item „die medizinische Behandlung“ mit „zufrieden“, entsprechend dem Wert 4. Betrachtet man diese Werte, erscheinen alle Patienten als „gleich zufrieden“ mit der medizinischen Behandlung.

Pat. A, B, C:	Item „Die medizinische Behandlung“:	4 Pkte. Zufrieden
---------------	-------------------------------------	-------------------

Tabelle 8: Bsp. Zufriedenheitswerte

Die erste Stufe des GEZ-Modells wurde von Ommen (2005) entwickelt und integriert die Erwartungshaltung der Patienten in deren Zufriedenheitswerte.

Die Erwartungserfüllung wird durch die Werte -1: „Viel schlechter als erwartet“ -0,5: „Etwas schlechter als erwartet“ , 0: „Genauso wie erwartet“ , + 0,5: „Etwas besser als erwartet“, +1: „Viel besser als erwartet“ abgebildet.

Addiert zu dem Zufriedenheitswert zeigt sich die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit (EZ) im Vergleich zum ursprünglichen Zufriedenheitswert verringert, beibehalten oder erhöht, je nachdem ob die Erwartung erfüllt, enttäuscht oder übertroffen wurde.

Pat. A:	Item „Die medizinische Behandlung“: Erwartungserfüllung Behandlung: Erwartungsmodifizierte Zufriedenheit Behandlung:	4 Pkte. Zufrieden + 0 Pkte. Genauso wie erwartet = 4 Pkte.
Pat. B:	Item „Die medizinische Behandlung“: Erwartungserfüllung Behandlung: Erwartungsmodifizierte Zufriedenheit Behandlung:	4 Pkte. Zufrieden + 0,5 Pkte. Etw. besser als erwartet = 4,5 Pkte.
Pat. C:	Item „Die medizinische Behandlung“: Erwartungserfüllung Behandlung: Erwartungsmodifizierte Zufriedenheit Behandlung:	4 Pkte. Zufrieden - 0,5 Pkte. Etw. schlechter als erwartet = 3,5 Pkte.

Tabelle 9: Bsp. Erwartungsmodifizierte Zufriedenheit nach Ommen (2005, S. 51 ff.).

Patient A ist zufrieden mit der Behandlung und seine Erwartungen wurden erfüllt. Patient B ist ebenfalls zufrieden, die Behandlung hat seine Erwartungen sogar übertroffen. Mit einem Wert von 4,5 ist seine erwartungsmodifizierte Zufriedenheit höher als die des Patienten A mit dem Wert 4.

Patient C hingegen äußert sich als zufrieden, seine Erwartungen wurden jedoch nicht vollends erfüllt. Mit einer erwartungsmodifizierten Zufriedenheit von 3,5 ist er von den drei Beispielpatienten nun am wenigsten zufrieden.

Die beschriebene Berechnung ermöglicht es, Ausprägungen des Zufriedenheitsgrades besser zu differenzieren (vgl. Janßen, 2008, S. 5).

Janßen (2008) entwickelte die zweite Stufe des Modells, die zusätzlich zu Erwartungserfüllung und Zufriedenheit die individuelle Gewichtung des Patienten als gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit (GEZ) zusammenfasst.

Der Gewichtungsskala werden hierzu Werte von 1: „sehr unwichtig“ bis 4: „sehr wichtig“ zugeteilt. Als Beispiel sind Patienten A, B und C aufgeführt, die nun acht Items alle mit einer EZ von 4 („zufrieden“ und „genauso wie erwartet“) bewerteten.

Pat. A:	Items 1 – 7 Item 8	1 Pkt. 4 Pkt.	sehr unwichtig (insg. 7 Pkte.) sehr wichtig (insg. 4 Pkte.)	Gesamt: 11 Punkte
------------	-----------------------	------------------	--	-------------------

Tabelle 10: Gewichtung Patient A

Patient A verteilte insgesamt 11 „Gewichtungspunkte“ (je 1 Pkt. für die „sehr unwichtigen“ Items 1 bis 7 und 4 Pkte. für das „sehr wichtige“ Item 8) auf die Zufriedenheitsitems.

Bei Items 1 bis 7 wird die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit somit jeweils mit dem Gewichtungsfaktor 1/11 multipliziert, Item 8 hat die höchste Bedeutung für den Patienten und erhält infolgedessen den Faktor 4/11.

Zur Bildung der GEZ werden die EZ-Werte mit den Gewichtungsfaktoren multipliziert und die Werte anschließend aufaddiert. Somit hat Item 8 den größten prozentualen Anteil an der GEZ des Patienten A.

Pat. B:	Items 1 - 4 Item 5 Items 6-8	4 Pkt. 1 Pkt. 4 Pkt	sehr wichtig (insg. 16 Pkte.) sehr unwichtig (insg. 1 Pkt.) sehr wichtig (insg. 12 Pkte.)	Gesamt: 29 Punkte
------------	------------------------------------	---------------------------	---	-------------------

Tabelle 11: Gewichtung Patient B

Patient B hat insgesamt 29 „Gewichtungspunkte“ auf die Items vergeben. Bei Items 1 bis 4 wird die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit mit dem Gewichtungsfaktor 4/29 multipliziert, Item 5 ist für den Patienten sehr unwichtig, daher der Faktor 1/29, Items 6 bis 8 haben eine hohe Priorität und erhalten wie Items 1 bis 4 den Faktor 4/29. Item 5 fließt somit mit dem kleinsten Anteil in die GEZ ein.

Pat. C:	Items 1 - 4 Items 5 - 8	1 Pkt. 4 Pkt.	sehr unwichtig (insg. 4 Pkte.) sehr wichtig (insg. 16 Pkte.)	Gesamt: 20 Punkte
------------	----------------------------	------------------	---	-------------------

Tabelle 12: Gewichtung Patient C

Von Patient C wurden 20 „Gewichtungspunkte“ auf die Zufriedenheitsitems verteilt. Items 1 bis 4 haben geringe Priorität, die Werte der erwartungsmodifizierten Zufriedenheit werden mit dem Gewichtungsfaktor 1/20 multipliziert, bei den bedeutendsten Items 5-8 mit dem Faktor 4/20.

Die ersten vier Items gehen somit zu einem geringeren Anteil in die GEZ ein als die letzten vier als „sehr wichtig“ bewerteten Items.

Die so ermittelten Werte werden nun für die einzelnen Patienten zu einem Summenscore aufaddiert. Die gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit berechnet sich nach folgender Formel (Janßen, 2008, S.5):

$$GEZ = \sum(Gewichtung_n (Erwartung_n + Zufriedenheit_n))$$

Dieser Wert stellt die gewichtete, erwartungsmodifizierte Gesamtzufriedenheit der Patienten dar. Anhand der in der UniKiD-Patientinnenstudie erhobenen Werte wird getestet, ob durch die Anwendung des Modells bei den für die Studie erhobenen Werten eine Normalverteilung der Zufriedenheitsindizes zustande kommt.

2.1.2 Kölner Patientenfragebogen (KPF)

35 Items des Fragebogens wurden in Kooperation mit der Universität zu Köln dem von der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin entwickelten Kölner Patientenfragebogen für den niedergelassenen Bereich (KPF-N) entnommen.

Dieser entstand 2005 für die von der kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründete Qualitätsinitiative QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen), einem speziell für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten entwickelten Qualitätsmanagementkonzept.

Die Grundlage des KPF-N ist der für den stationären Bereich entwickelte Kölner Patientenfragebogen (KPF), der im Rahmen mehrerer Forschungsprojekte des Zentrums für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) entwickelt wurde.

Er ist eine Sammlung psychometrisch getesteter Skalen und Items, die nach Bedarf modular zusammengesetzt werden können.

Die KPF-Skalen wurden mittels Faktorenanalyse auf ihre Konstruktvalidität getestet, ihre interne Konsistenz anhand von Reliabilitätsanalysen ermittelt (vgl. Ommen et al., 2006).

Im Mittelpunkt des KPF stehen die psychosozialen Dimensionen des Interaktionsprozesses zwischen Arzt und Patient.

Berger und Lenz geben in ihrer Übersichtsstudie an, dass vor allem im Hinblick auf das „Informed Decision Making“ die Items zur Evaluation der Patienteneinbeziehung im KPF „sehr differenziert sind“ (Berger, Lenz, 2006, S. 36).

Theoretische Grundlage für den KPF bildet das Konzept der „Unterstützenden Versorgung“.

2.1.2.1 Konzept der Unterstützenden Versorgung

Nach diesem Konzept hängt die (Wieder-)Herstellung von Gesundheit und Lebensqualität – neben der eigentlichen Therapie und organisatorischen Aspekten wie Wartezeiten etc. – auch in besonderem Maße von psychosozialen Faktoren ab.

Gesundheit und Lebensqualität des Patienten verbessern sich, wenn das Arzt-Patient-Verhältnis funktioniert und unterstützende Leistungen wie patientengerechte Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Zur Patientenzufriedenheit tragen drei Teilbereiche bei (vgl. Brinkmann et al., 2007, S. 586 f.):

- 1) unterstützende Beziehungen,
- 2) unterstützende Inhalte,
- 3) unterstützende Aspekte nicht-psychosozialer Versorgung.

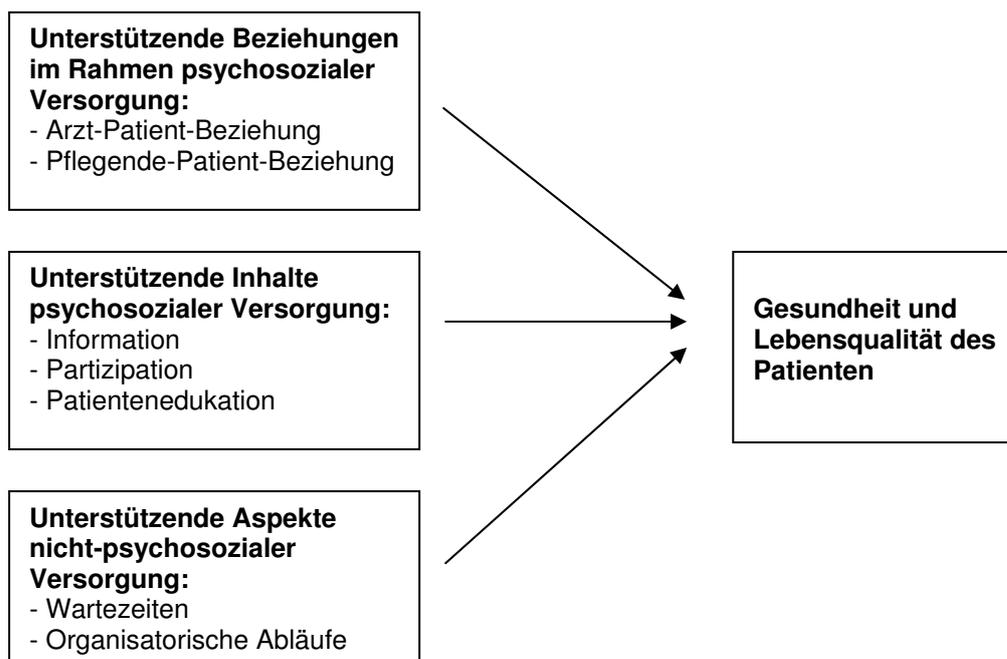


Abbildung 2: Modell der Unterstützenden Versorgung nach Brinkmann et al. (2007, S. 587).

Den Mittelpunkt der Versorgung bildet der personenbezogene Versorgungsprozess, die Interaktion zwischen Arzt und Patient. Diese vollzieht sich sowohl auf einer inhaltlichen als auch auf einer Beziehungsebene. Beide Ebenen können gesundheitswirksam sein.

Die medizinische Versorgung fördert dann die Lebensqualität der Patienten, wenn die Beziehung zwischen Arzt und Patient durch Vertrauen geprägt ist und letzterer inhaltlich durch Informationen und andere psychosoziale Leistungen Unterstützung erfährt.

Eine Integration der Inhaltsebene und der Beziehungsebene bietet das Modell des Patienten als Kotherapeuten, der den Behandlungsprozess als gemeinsame, partnerschaftliche therapeutische Arbeit von Arzt und Patient versteht. Auf der Basis dieses Konzeptes wurden die einzelnen Kennzahlen⁵ des KPF entwickelt (vgl. Pfaff et al., 2001, S. 12ff.).

In der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Studie wurde die Beziehungsebene durch die Kennzahlen „Vertrauen zum Arzt“, „Unterstützung durch den Arzt“ und „Vernachlässigung durch den Arzt“ abgebildet.

Der Grad der Funktion der Patientinnen als Kotherapeuten und deren Partizipation an der Behandlung wird über die Kennzahlen „Patientenaktivierung durch den Arzt“ und die Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“ abgefragt.

2.1.2.2 Verwendete Skalen und Items

In Tabelle 13 sind die einzelnen verwendeten Kennzahlen und Items aufgeführt, die für die Studie dem – auf dem KPF basierenden – KPF-N entnommen wurden.

Kennzahl (Anzahl der Items)	Items
Fachkompetenz des Arztes (5)	Ich habe den Eindruck, dass der Arzt ein Spezialist auf seinem Gebiet ist. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut.
Vernachlässigung durch den Arzt (3)	Ich habe den Eindruck, dass der Arzt schon mal ein Anliegen vergisst, das ich habe. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für mich hat. Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert.
Vertrauen zum Arzt (4)	Bei diesem Arzt ist man in guten Händen Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir. Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt. Der Arzt lässt mich ausreden.

⁵ Der Begriff „Kennzahl“ meint die Summe der Items, die gemeinsam auf einen spezifischen Faktor laden.

Unterstützung durch den Arzt (3)	Der Arzt ist bereit sich meine Probleme in Zusammenhang mit meinen Beschwerden anzuhören. Der Arzt unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meinen Beschwerden leichter fällt. Ich kann mich auf meinen Arzt verlassen wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden habe.
Patientenaktivierung durch den Arzt (4)	Der Arzt fragt mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin. Der Arzt ermutigt mich meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern. Der Arzt ermutigt mich über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit meinen Beschwerden zu sprechen. Der Arzt gab mir eine vollständige Erklärung meiner Behandlung.
Medizinischer Informationsbedarf (4)	Ich hätte mir mehr Informationen über meine medizinische Behandlung gewünscht. Ich hätte mir mehr Informationen über Behandlungsrisiken gewünscht. Ich hätte mir mehr Informationen über Medikamente (Nutzen/Nebenwirkungen) gewünscht. Ich hätte mir mehr Informationen über den Umgang mit meinen Beschwerden gewünscht.
Praxisausstattung (4)	Die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet Die Praxis ist sauber. Die medizinisch-technischen Geräte wirken modern. Die Ausstattung der Praxis wirkt modern.
Qualität der Kundenbetreuung (1)	Im UniKiD wird man als Kunde umsorgt.
Hektik (4)	Das Praxispersonal hat mehr Arbeit als es bewältigen kann. Im UniKiD geht es hektisch zu. Das Praxispersonal steht unter Zeitdruck. Das Praxispersonal wirkt angespannt.
Praxispersonal (3)	Das Praxispersonal ist freundlich. Das Praxispersonal ist sehr kompetent. Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat.
Praxisorganisation (1)	Die Praxis ist perfekt organisiert.

Tabelle 13: Angewandte Skalen und Items des KPF-N mod. nach Brinkmann et al. (2007, S. 587).

Abweichend vom für den stationären Bereich entwickelten KPF wurden für den KPF-N zu den drei Themenkomplexen „Fachkompetenz des Arztes“, „Organisation und Praxispersonal“ sowie „Praxisausstattung“ entsprechend den Anforderungen einer niedergelassenen Praxis neue Items formuliert. Diese neuen Items wurden einer exploratorischen Faktorenanalyse unterzogen.

Die Komplexe „Fachkompetenz des Arztes“ und „Praxisausstattung“ ließen sich hiernach zu Dimensionen verdichten. Diese bildeten Skalen mit guten Reliabilitäts- und Itemtrennschärfewerten.

Der Komplex „Praxispersonal- und Ausstattung“ ergab faktorenanalytisch kein eindeutiges Ergebnis. Deshalb wurde die Empfehlung ausgesprochen, die Dimensionen „Praxispersonal“

und „Praxisausstattung“ zu unterscheiden und in zukünftigen Erhebungen getrennt zu testen (vgl. Brinkmann et al., 2007, S. 591).

Diesem Rat wurde bei der Konzeption des Fragebogens für die UniKiD-Studie Folge geleistet.

2.1.2.3 Reliabilität und Validität der Items

Die Items des KPF-N wurden einer konfirmatorischen Faktorenanalyse⁶ unterzogen, um möglichst eindimensionale Faktoren zu gewinnen. Hier wird untersucht, ob Items, die theoretisch zu einem Konstrukt zusammengefasst werden, diese Zusammengehörigkeit auch empirisch aufweisen. Kriterium für die Zugehörigkeit eines Items zu einem Faktor ist die Faktorenladung. Gemäß Standard soll diese über 0,5 liegen. Eine Fremdladung des Items gegenüber allen übrigen Faktoren liegt bei Werten unter 0,3 vor. Die Faktorladungen der KPF-N-Items liegen zwischen 0,753 und 0,906.

Die Reliabilitätstestung erfolgte anhand des Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha, der die interne Konsistenz der Items – den Grad der Korrelation des Items mit der Gesamtheit der anderen Items aus der Skala – ermittelt. Ein Wert von 1 bedeutet eine fehlerfreie Messung. In der Literatur werden Werte ab 0,7 als reliabel angesehen. Die Reliabilitätskoeffizienten der Skalen des KPF liegen zwischen 0,69 und 0,96 (vgl. Ommen et al., 2006).

Die Kennzahlen, die für die UniKiD-Patientinnenstudie gebildet wurden besitzen Reliabilitätskoeffizienten zwischen 0,762 und 0,91.

Tabelle 14 enthält eine Aufstellung der internen Konsistenz der Kennzahlen des KPF, die sowohl im KPF-N als auch in der vorliegenden UniKiD-Patientinnenstudie Verwendung finden. Die 855 Datensätze, die für die Ermittlung der internen Konsistenz herangezogen wurden, sind 2003 vom ZVFK im Rahmen des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ erhoben worden. Es wurde eine poststationäre Befragung von Patienten durchgeführt, die in drei Krankenhäusern (ein Haus der Grundversorgung und ein Haus der Maximalversorgung in Westdeutschland, ein Haus der Maximalversorgung in Ostdeutschland) stationär behandelt wurden (vgl. Pfaff et al., 2004, S. 4). Die Formulierung der Items in der Auflistung entspricht dem Originalwortlaut des KPF. Die Items wurden sowohl für den KPF-N als auch für den Fragebogen für die UniKiD-Patientinnenstudie entsprechend den Gegebenheiten im ambulanten Bereich geringfügig umformuliert.

Skala	Item	Cronbachs Alpha
-------	------	-----------------

⁶ Theoretisch aufgestelltes Modell, ordnet Variablen festgelegten Faktoren zu und dient der Überprüfung der Übereinstimmung des Modells mit der empirischen Realität (vgl. Bühl, 2008, S. 527).

Vertrauen zum Arzt	Die Ärzte sind offen und ehrlich zu mir. Ich habe vollstes Vertrauen zu meinen behandelnden Ärzten. Die Ärzte ließen mich ausreden. Ich hatte den Eindruck, dass die Ärzte fachlich sehr kompetent sind. Bei den Ärzten in diesem Krankenhaus ist man in guten Händen.	0,91
Vernachlässigung durch den Arzt	Die Ärzte vergaßen schon mal ein Anliegen, dass ich hatte. Die Ärzte informierten nur auf Anfrage. Die Ärzte hatten zu wenig Zeit für mich.	0,81
Unterstützung durch den Arzt	Die Ärzte waren bereit sich meine Probleme im Zusammenhang mit meinen Beschwerden anzuhören. Die Ärzte unterstützten mich so, dass mir der Umgang mit meiner Krankheit leichter fiel. Ich konnte mich auf die Ärzte verlassen wenn ich Probleme mit meiner Krankheit hatte.	0,90
Patientenaktivierung durch den Arzt	Die Ärzte fragten mich, ob ich mit ihren Entscheidungen einverstanden bin. Die Ärzte gaben mir eine vollständige Erklärung meiner Krankheitssymptome bzw. der Behandlung. Die Ärzte fragten mich was ich für die Ursache meiner Beschwerden halten würde. Die Ärzte ermutigten mich über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit der Krankheit zu sprechen. Die Ärzte ermutigten mich meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern.	0,86
Medizinischer Informationsbedarf	Hätten Sie sich mehr Informationen über den Umgang mit ihrer Krankheit gewünscht? Hätten Sie sich mehr Information über die medizinische Behandlung bzw. die Eingriffe gewünscht? Hätten Sie sich mehr Information über Behandlungsrissen gewünscht? Hätten Sie sich mehr Information über Medikamente (Nutzen/Nebenwirkungen) gewünscht?	0,89
Qualität der Kundenbetreuung	In diesem Krankenhaus wird man als Kunde umsorgt. In diesem Krankenhaus wird der Patient als Mensch und nicht nur als Nummer behandelt. In diesem Krankenhaus betrachten die Ärzte den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner.	0,82
Hektik	Die Ärzte meiner Station hatten mehr Arbeit, als sie bewältigen konnten. Die Pflegekräfte meiner Station hatten mehr Arbeit, als sie bewältigen konnten. Im Krankenhaus ging es hektisch zu. Das medizinische Personal meiner Station stand unter Zeitdruck. Das medizinische Personal meiner Station wirkte angespannt.	0,88

Tabelle 14: Reliabilitätsanalyse der KPF-Skalen (Originalitems) mod. nach Pfaff (2004, S. 17 ff.).

2.2 Pretest

Vor Beginn der eigentlichen Erhebung Ende April 2008 wurden 15 Fragebögen mit einem zusätzlichen Bewertungsbogen ausgegeben.

Die Patientinnen wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen und anschließend ihre Meinung zu äußern. Ziel war es, einen Eindruck zu bekommen, wie die Resonanz der Patientinnen auf den Fragebogen ausfällt, wie viel Zeit dessen Bearbeitung in Anspruch nimmt, ob die Anzahl der Items des Fragebogens tolerabel ist und ob die Beantwortung als interessant genug befunden wird, um eine gute Rücklaufquote zu erzeugen.

Acht der 15 Bewertungsbögen wurden von den Patientinnen ausgefüllt abgegeben. Die Ergebnisse des Pretests werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Als erstes Item wurde die Bearbeitungsdauer des Fragebogens als Freitextangabe in Minuten abgefragt. Diese wurde zwischen 10 und 45 Minuten angegeben.

Im Durchschnitt benötigten die Patientinnen zur Beantwortung des Fragebogens 20 Minuten.

Beantwortungsdauer	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
10 Minuten	2	25,0	25,0
15 Minuten	1	12,5	37,5
20 Minuten	4	50,0	87,5
45 Minuten	1	12,5	100,0
Gesamt	8	100,0	

Tabelle 15: Beantwortungsdauer des Fragebogens

Als nächstes wurden die Patientinnen um eine Bewertung der Fragebogenlänge gebeten. Angeboten wurden die Antwortkategorien „genau richtig“, „es ging gerade noch“, „zu lang“ und „viel zu lang“.

Acht von vier Patientinnen befanden die Länge des Fragebogens als „genau richtig“, die anderen vier wählten „es ging gerade noch.“

Fragebogenlänge	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
es ging gerade noch	4	50,0	50,0
genau richtig	4	50,0	100,0
Gesamt	8	100,0	

Tabelle 16: Bewertung der Fragebogenlänge

Die letzte Frage lautete: „Wie fanden Sie die Beantwortung der Fragen?“ Anzukreuzen waren die Möglichkeiten „sehr interessant“, „interessant“, „teils, teils“, „nicht so interessant“ und „gar nicht interessant“.

Drei der Frauen bewerteten den Fragebogen als „interessant“, fünf entschieden sich für „teils, teils“.

Interesse	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
teils, teils	5	62,5	62,5
interessant	3	37,5	100,0
Gesamt	8	100,0	

Tabelle 17: Bewertung des Interesses

Abschließend wurde um Kommentare und Anregungen gebeten. Eine Patientin beantwortete die offene Frage zum Fragebogen. Der abgegebene Kommentar lautete: „Einige Fragen überschneiden sich.“

Trotz der geringen Anzahl der Rückläufe lässt die Auswertung den Schluss zu, dass die Patientinnen die Fragebogenlänge als akzeptabel erachteten und die Beantwortung mindestens teilweise interessant befanden. Der Fragebogen wurde somit für die Erhebung freigegeben.

2.3 Datenerhebung und Rücklaufquote

Die Datenerhebung für die Patientinnenstudie fand zwischen dem 28.04.2008 und dem 08.09.2009 statt.

Die Fragebögen wurden in einem Aufsteller im Wartebereich des UniKiDs platziert. Jedem Fragebogen war ein selbstklebender Briefumschlag beigegefügt.

Die Patientinnen wurden gebeten, die ausgefüllten Bögen im verschlossenen Umschlag an der Anmeldung abzugeben. Dort wurden die verschlossenen Bögen gesammelt und regelmäßig abgeholt, sowie der Aufsteller aufgefüllt.

226 Bögen wurden im Studienzeitraum aus dem Aufsteller entnommen, davon wurden 97 Bögen ausgefüllt abgegeben. Das entspricht einer Rücklaufquote von ca. 43%.

2.4 Datenschutz

Im dem Begleitschreiben, das dem Fragebogen beigegefügt war, wurde den Patientinnen zugesichert, dass die Auswertung unabhängig vom UniKiD im Rahmen einer Dissertation stattfindet.

Ebenso wurde mitgeteilt, dass die Auswertung der Antworten anonym erfolgt und keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder veröffentlicht werden.

Der Bogen enthält weder Identifikationsnummern noch Patientinnennamen oder Patientinnenadressen. Die Fragebögen wurden von den Patientinnen in geschlossenen Briefumschlägen abgegeben. Die Datensätze sind somit nicht auf einzelne Patientinnen zurückzuführen.

3. Auswertung

Die statistischen Analysen wurden mit SPSS 16.0 für Apple Macintosh durchgeführt.

Die Daten der eingesammelten Bögen wurden in SPSS erfasst und die Papierbögen archiviert.

Der Datensatz wurde nach Eingabe der Daten stichprobenartig auf Unvollständigkeit und Fehler kontrolliert und gegebenenfalls korrigiert.

Die Syntax für die einzelnen KPF-Skalen wurde in Python 2.5 für Mac OSX erstellt.

Im ersten Teil der Auswertung soll eine deskriptive Betrachtung der erhobenen Daten der Abschnitte A bis G des Fragebogens und ihrer Verteilungen sowie der durch das GEZ-Modell ermittelten Zufriedenheitsindizes stattfinden. Es folgt eine Beschreibung der soziodemographischen Angaben der Patientinnen.

Im zweiten Teil der Auswertung folgt die Analyse der Daten im Hinblick auf Zusammenhänge zwischen den einzelnen erhobenen Kennzahlen und dem GEZ-Index und damit die Ermittlung der relevanten Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Patientinnen.

3.1 Deskriptive Statistik

3.1.1 Statistische Verfahren

Zwei statistische Verfahren wurden zur Auswertung der erhobenen Daten angewendet.

Zur Testung der Zufriedenheitswerte als Nachweis der Normalverteilung des GEZ-Summen-scores wurde der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest (KSA-Test) angewandt.

Die Daten wurden mithilfe des KSA-Tests in der Lilliefors-Modifikation auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ auf das Vorliegen einer Normalverteilung geprüft.

Der KSA-Test ist ein Einstichprobentest, mit dem auf einem zuvor spezifizierten Signifikanzniveau α geprüft werden kann, ob eine hypothetisch erwartete Verteilung anhand der empirisch erhobener Werte einer Stichprobe vom Umfang n angenommen werden kann.

Die Lilliefors-Modifikation wurde angewendet, da es sich um unvollständig spezifizierte Verteilungshypothesen handelt (vgl. Eckstein, 2008, S. 93).

Die interne Konsistenz der Kennzahlen wurde anhand des Homogenitätsindex Alpha nach Cronbach getestet. Er ist ein Maß für die mittlere statistische Korrelation der Items einer Skala, die eine gemeinsame Kennzahl abbilden sollen.

Für ein reliables Konstrukt wird ein Cronbachs Alpha von mindestens 0,7 gefordert (vgl. Eckstein, 2008, S. 293).

3.1.2 Abschnitt A: Allgemeine Fragen

Abschnitt A des Fragebogens beinhaltet sieben allgemeine Fragen zu den Patientinnen.

Es wurde gefragt wie die Patientinnen auf das UniKiD aufmerksam wurden, welche Behandlung bei ihnen durchgeführt wurde, wie die Patientin und ihr Partner krankenversichert sind, sowie Fragen zu Ehestand, Dauer der Beziehung und danach, ob die Patientinnen bereits Kinder hatten.

Die erste Frage lautete: „Wie sind Sie auf das UniKiD aufmerksam geworden?“ Antwortvorgaben waren: „Über meinen Gynäkologen“, „Empfehlungen von Freunden und Familie“, „Internet“, „Zeitung“, „Infoabend im UniKiD“ und „Sonstiges, und zwar:“.

Bei der letzten Antwort war zusätzlich eine Freitexteingabe möglich.

	N	Prozent	Prozent der Fälle
Aufmerksam über Gynäkologen	52	38,5%	54,2%
Aufmerksam über Freunde/Familie	22	16,3%	22,9%
Aufmerksam über Internet	29	21,5%	30,2%
Aufmerksam über Zeitung	4	3,0%	4,2%
Aufmerksam über Infoabend	18	13,3%	18,8%
Aufmerksam über Sonstiges	10	7,4%	10,4%
Gesamt	135	100,0%	140,6%

Tabelle 18: Wie sind Sie auf das UniKiD aufmerksam geworden? (Mehrfachnennung möglich)

96 der 97 Patientinnen machten zu diesem Punkt Angaben. Es konnten demnach 96 Antworten ausgewertet werden.

38,5% der Patientinnen wurden von Ihrem Gynäkologen auf das UniKiD aufmerksam gemacht, 21,5% erhielten diese Information über das Internet, 16,3% wurden von Freunden und Familie über das UniKiD informiert und 13,3% besuchten eine der regelmäßigen stattfindenden Informationsveranstaltungen im UniKiD.

Zehn Patientinnen (7,4%) kreuzten „Sonstiges“ an und nannten die verschiedenen Informationsquellen im Freitext.

Diese zehn Antworten ließen sich thematisch in die Kategorien „Rahmen/Umfeld einer medizinischen Behandlung“ mit sieben Nennungen und „Fernsehen“ mit zwei Nennungen aufteilen. Eine Patientin gab an, von einer Arbeitskollegin auf das UniKiD aufmerksam gemacht worden zu sein.

Tabelle 19 zeigt die Freitextantworten nach den Kategorien gruppiert. In der Klammer hinter den Kommentaren befindet sich die Fragebogennummer.

Rahmen/Umfeld einer medizinischen Behandlung (7 Nennungen)	<i>2003 durch Dr. Bremen (KH Haan). (Nr. 12)</i> <i>Arzt meines Mannes. (Nr. 19)</i> <i>Flyer lag im Wartezimmer. (Nr. 44)</i> <i>MS Ambulanz Düsseldorf. (Nr. 50)</i> <i>Hausarzt. (Nr. 57)</i> <i>Arzt der Uniklinik. (Nr. 64)</i> <i>Empfehlung einer Mitarbeiterin zum Zeitpunkt der Schließung der Kinderwunschsprechstunde des Benrather Krankenhauses. (Nr. 94)</i>
Fernsehen (2 Nennungen)	<i>Sendung bei stern tv. (Nr. 73)</i> <i>Fernsehen. (Nr. 92)</i>
Diverses (1 Nennung)	<i>Arbeitskollegin. (Nr. 37)</i>

Tabelle 19: Freitextantwort: Wie sind Sie auf das UniKiD aufmerksam geworden?

Die nächste Frage lautete: „Welche Art von Behandlung wird bei Ihnen durchgeführt?“

Hier war ebenfalls eine Mehrfachnennung möglich.

Die Antwortvorgaben waren: „Zyklusbeobachtung“, „Intrauterine Insemination“ (IUI), „In-vitro-Fertilisation mit ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion)“, „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) und „Fertilitätserhalt vor Chemotherapie.“

	N	Prozent
Behandlung Zyklusbeobachtung	13	10,6%
Behandlung IUI	24	19,5%
Behandlung IVF & ICSI	70	56,9%
Behandlung IVF	16	13,0%
Fertilitätserhalt vor Chemotherapie	0	0%
Gesamt	123	100%

Tabelle 20: Welche Art von Behandlung wird bei Ihnen durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)

96 der 97 Patientinnen machten zu diesem Punkt Angaben. Insgesamt wurden 123 Behandlungsarten genannt. Dies erklärt sich dadurch, dass ein Teil der Patientinnen mehrere Therapieangebote wahrnahm.

70 Patientinnen gaben an, eine IVF und eine ICSI zu erhalten. Bei 24 Patientinnen wurde als Therapie eine intrauterine Insemination vorgenommen, 16 Patientinnen erhielten eine IVF ohne ICSI und bei 13 Patientinnen wurde eine Zyklusüberwachung durchgeführt.

75 Patientinnen (78,1%) erhielten eine Art von Behandlung, 17 Patientinnen (17,7%) erhielten zwei verschiedene Behandlungen, zwei Patientinnen (2,1%) drei Behandlungsarten und zwei Patientinnen (2,1%) vier verschiedene Therapien.

Es nahm keine Patientin an der Befragung teil, die eine Fertilitätserhaltstherapie vor dem Beginn einer Chemo- oder Strahlentherapie erhielt. Für diese Patientinnengruppe sind die vorliegenden Ergebnisse der UniKiD-Patientinnenstudie daher nicht anwendbar.

Als nächster Punkt wurde die Versicherungsart der Paare abgefragt. Hier waren „gesetzlich“, „privat“ und „Selbstzahler“ gelistet und jeweils für die Patientin und ihren Partner anzukreuzen.

Patientin	Häufigkeit	Prozent
gesetzlich	61	62,9
privat	26	26,8
Selbstzahler	10	10,3
Gesamt	97	100,0

Tabelle 21: Versicherungsart Patientin

Partner	Häufigkeit	Prozent
gesetzlich	57	58,8
privat	32	33,0
Selbstzahler	8	8,2
Gesamt	97	100,0

Tabelle 22: Versicherungsart Partner

Mit 61% der Patientinnen und 57% der Partner sind die meisten Paare gesetzlich versichert. 26% der Frauen und 32% der Männer sind privat versichert, 10% der Patientinnen und 8% der Partner sind Selbstzahler.

Der vierte Punkt in Abschnitt A Teil erhob das Alter der Patientin und des Patienten als Freitext in Jahren. Abbildungen 3 und 4 zeigen graphisch die Verteilungsstruktur des Alters der Patientinnen und ihrer Partner.

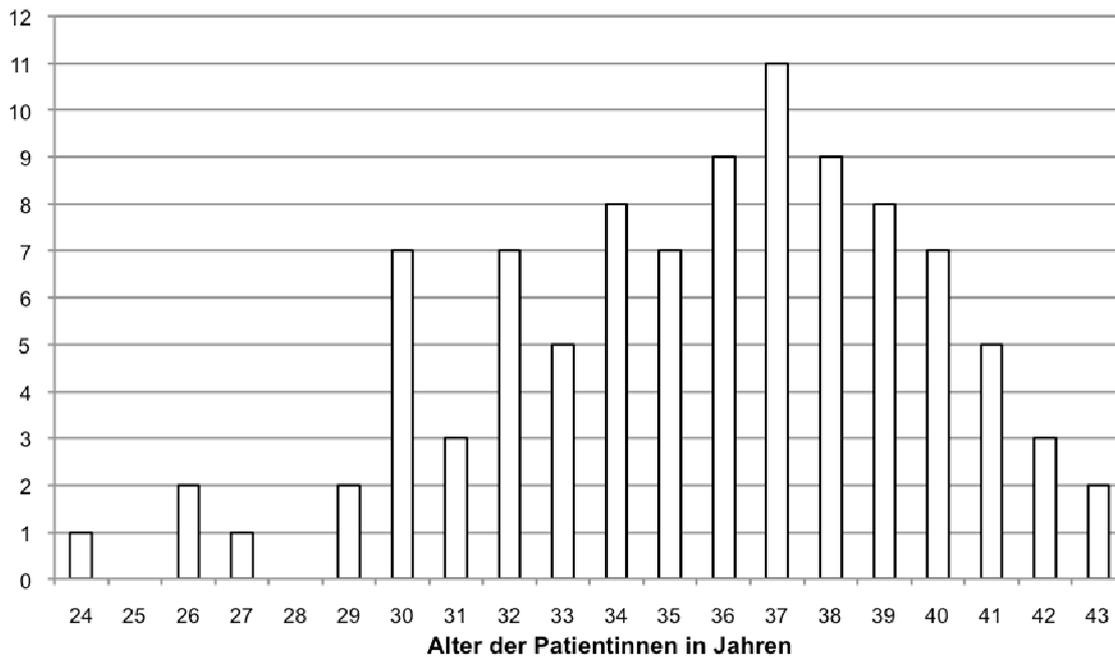


Abbildung 3: Wie alt sind Sie?

Die Patientinnen, die an der Befragung teilnahmen, waren zwischen 24 und 43 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 35,6 Jahre. Die Partner der Patientinnen waren zwischen 24 und 51 Jahre alt. Das Durchschnittsalter der Männer war 38,25 Jahre, damit waren diese im Schnitt 2,65 Jahre älter als ihre Partnerinnen.

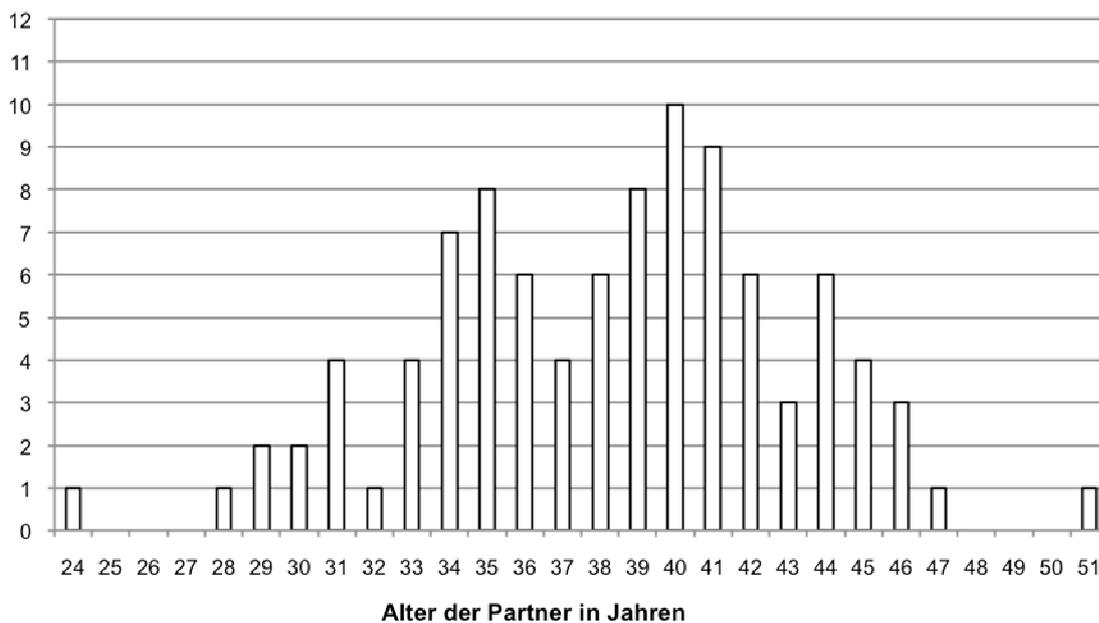


Abbildung 4: Wie alt ist ihr Partner?

Neben dem Alter der Paare wurde auch die Dauer ihrer Beziehung erfasst. Die 97 befragten Patientinnen kannten ihre Partner zum Zeitpunkt der Behandlung zwischen zwei und 22 Jahren, im Durchschnitt betrug die Dauer der Beziehungen der Paare zum Zeitpunkt der Befragung 9,25 Jahre.

Von den 97 Paaren sind 89 miteinander verheiratet, acht Paare sind unverheiratet. Die Ehedauer lag zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 6 Monaten und 14 Jahren. Im Durchschnitt waren die Paare seit 3,95 Jahren verheiratet.

Dreizehn der 97 Paare hatten bereits Kinder, zwölf der Paare je ein Kind, ein Paar hatte bereits drei Kinder. Bei der Patientin mit den drei Kindern war auf dem Fragebogen handschriftlich vermerkt, dass diese drei Kinder aus einer früherer Ehe beziehungsweise Beziehung stammten (*Fragebogen Nr. 83*).

3.1.3 Abschnitt B: Zufriedenheit

Im Abschnitt B des Fragebogens wurde unter Zuhilfenahme des GEZ-Modells nach Janßen (2008) die Zufriedenheit der Patientinnen erfasst.

Folgende Punkte wurden einzeln nach Gewichtung, Erwartungserfüllung und Zufriedenheit abgefragt:

- Die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit),
- die Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.),
- die Ärzte und Ärztinnen im UniKiD,
- das Praxispersonal im UniKiD,
- die medizinische Behandlung,
- die Information während der Behandlung,
- die Einbeziehung der Patientin in die Behandlung im UniKiD,
- die Einbeziehung ihres Partners in die Behandlung im UniKiD.

Als erstes wurde die Bedeutung der einzelnen Items für die Patientinnen durch die Frage „Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungen im UniKiD?“ ermittelt. Die Antwortkategorien „sehr unwichtig“, „unwichtig“, „wichtig“ und „sehr wichtig“ bildeten eine vierstufige Likert-Skala im Wertebereich von 1 („sehr unwichtig“) bis 4 („sehr wichtig“).

In Tabelle 23 ist die Häufigkeit der Gewichtungen der einzelnen Items aufgeführt. Die erste Ziffer stellt die absolute Häufigkeit der Nennung dar, die zweite Ziffer die prozentuale Häufigkeit. Bei fehlenden Werten wurde die Anzahl der gültigen Werte auf 100% gesetzt und die Prozentwerte daran angepasst. Der Mittelwert errechnet sich aus der Summe der Werte des einzelnen Items geteilt durch die Anzahl der gültigen Antworten. Dieses Vorgehen wurde bei allen Häufigkeitsverteilungen angewandt. Alle nachfolgenden Tabellen sind somit nach dem gleichen Schema zu interpretieren.

„Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungen?“	sehr unwichtig	unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt	Mittelwert
Die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit) sind mir...	1/1%	1/1%	57/58,8%	38/39,2%	97/100%	3,36
Die Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.) ist mir...	1/1%	-	16/16,5%	80/82,5%	97/100%	3,8
Die Ärzte und Ärztinnen im UniKiD sind mir...	1/1%	-	6/6%	90/92,8%	97/100%	3,91

Das Praxispersonal im UniKiD ist mir...	1/1%	-	42/43,3%	54/55,7%	97/100%	3,54
Die medizinische Behandlung ist mir...	1/1%	-	2/2,1%	92/96,8%	95/100%	3,95
Die Information während meiner Behandlung im UniKiD ist mir...	1/1%	-	6/6%	90/92,8%	97/100%	3,91
Meine Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD ist mir...	1/1%	-	20/20,6%	76/78,4%	97/100%	3,76
Die Einbeziehung meines Partners in die Behandlung im UniKiD ist mir...	1/1%	4/4,1%	37/38,1%	55/56,7%	97/100%	3,51

Tabelle 23: Gewichtung der einzelnen Items

Lediglich neun Teilnehmerinnen der Patientinnenstudie bewerteten einzelne Items als „unwichtig“ oder „sehr unwichtig“.

In Abbildung 5 sind die Mittelwerte der Gewichtungen der Items zum visuellen Vergleich nebeneinander aufgetragen. Die Mittelwerte befinden sich alle zwischen den auf der x-Achse abgebildeten Werten 3 („wichtig“) und 4 („sehr wichtig“).

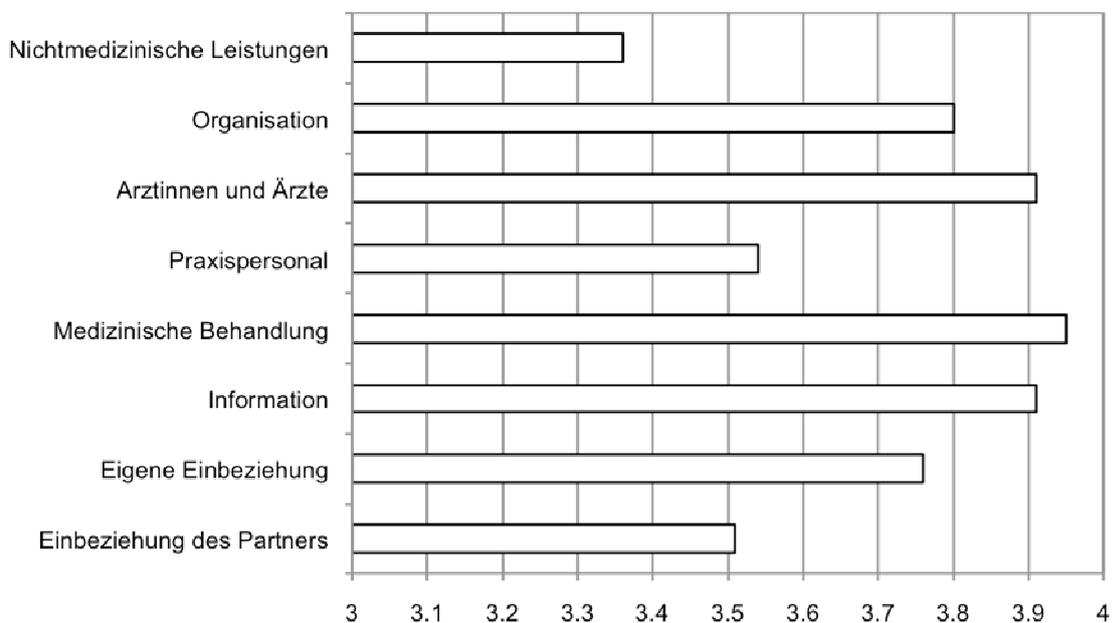


Abbildung 5: Mittelwerte der Gewichtung der Items

Für die Patientinnen hatten die Items „medizinische Behandlung“, die „Information“ und die „Ärztinnen und Ärzte“ die größte Bedeutung.

Geringere Priorität hatten die „nichtmedizinischen Leistungen“, die „Einbeziehung des Partners“ und das „Praxispersonal“.

Die Mittelwerte liegen jedoch alle zwischen 3,36 und 3,95, also zwischen den Skalenwerten „wichtig“ (3) und „sehr wichtig“ (4). Demnach sind auch die geringer gewerteten Items für die Patientinnen bedeutsam.

Um die Erwartungserfüllung der Patientinnen zu erfassen, wurden diese gebeten, die abgefragten Items entsprechend der Übereinstimmung mit ihrer vorherigen Erwartungshaltung zu bewerten.

Die Skalierung umfasste fünf Stufen von „viel schlechter als erwartet“, „etwas schlechter erwartet“, „genauso wie erwartet“, „etwas besser als erwartet“ und „viel besser als erwartet“.

Die Häufigkeit der einzelnen Nennungen ist in Tabelle 24 abgebildet.

„Bewerten Sie bitte folgende Leistungen im UniKiD.“	Viel schlechter als erwartet	Etwas schlechter als erwartet	Genauso wie erwartet	Etwas besser als erwartet	Viel besser als erwartet	Gesamt	Mittelwert
Die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit) sind...	-	-	24/24,7%	26/26,8%	47/48,5%	97/100%	0,619
Die Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.) ist...	2/2,1%	19/19,6%	30/30,9%	24/24,7%	22/22,7%	97/100%	0,232
Die Ärzte und Ärztinnen im UniKiD sind...	-	1/1,1%	20/21,1%	30/31,6%	44/46,3%	95/100%	0,616
Das Praxispersonal im UniKiD ist...	-	1/1%	28/28,9%	36/37,1%	32/33%	97/100%	0,51
Die medizinische Behandlung ist...	-	-	38/41,8%	29/31,9%	24/26,4%	91/100%	0,423
Die Information während meiner Behandlung im UniKiD ist...	1/1%	17/17,5%	44/45,4%	17/17,5%	18/18,6%	97/100%	0,175
Meine Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD ist...	-	9/9,3%	54/55,7%	15/15,5%	19/19,6%	97/100%	0,227
Die Einbeziehung meines Partners in die Behandlung im UniKiD ist...	-	9/9,3%	60/61,9%	13/13,4%	15/15,5%	97/100%	0,175

Die Behandlung insgesamt ist bisher...	-	3/3,1%	36/37,1%	28/28,9%	30/30,9%	97/100%	0,438
--	---	--------	----------	----------	----------	---------	-------

Tabelle 24: Erwartungserfüllung der einzelnen Items

Drei Patientinnen gaben an, in ihren Erwartungen deutlich enttäuscht worden zu sein. Die betroffenen Items sind die „Organisation“ mit zwei Nennungen und die „Information“ mit einer Nennung.

Bei den beiden Items „nichtmedizinische Leistungen“ und „medizinische Behandlung“ lagen alle Werte bei „genauso wie erwartet“ oder besser.

In Abbildung 6 sind die Mittelwerte der Erwartungserfüllung zur besseren Anschaulichkeit graphisch dargestellt. Die Skalierung der x-Achse reicht vom Wert 0 „genauso wie erwartet“ über den Wert 0,5 „etwas besser als erwartet“ bis zum Wert 1 „viel besser als erwartet“. Alle Werte sind größer 0, also mindestens „genau so wie erwartet.“

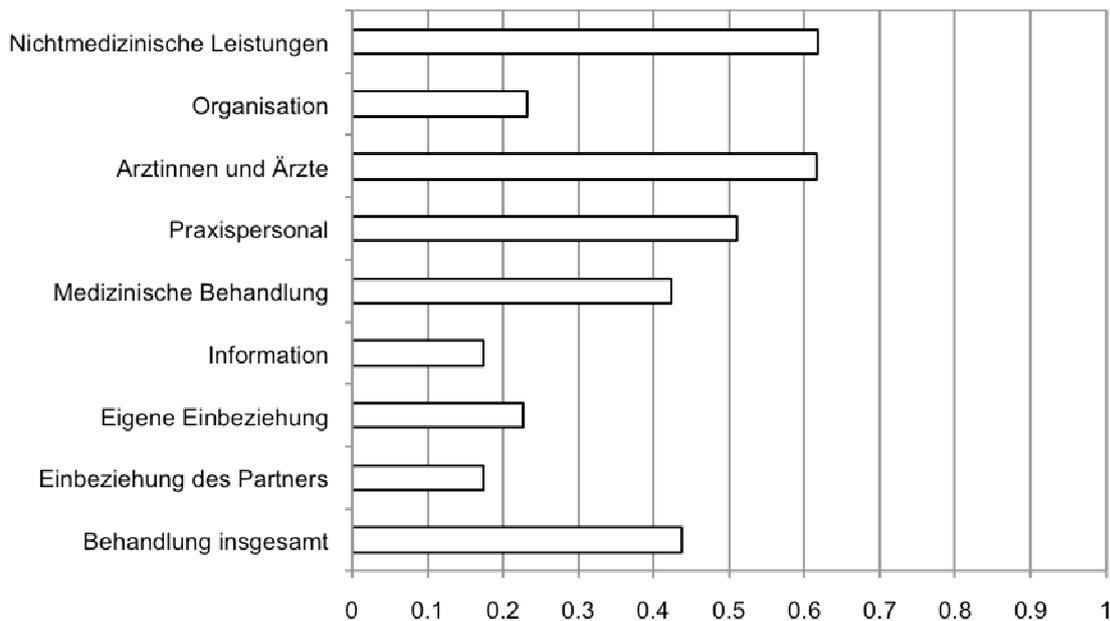


Abbildung 6: Mittelwerte der Erwartungserfüllung

Größer als 0,5 und entsprechend im Durchschnitt „besser als erwartet“ wurden die Items „Ärztinnen und Ärzte des UniKiDs“, die „nichtmedizinischen Leistungen“ und das „Praxispersonal“ bewertet.

Die „Einbeziehung des Partners“, die „Information“ der Patientin und die „Organisation“ haben die niedrigsten Mittelwerte, lagen jedoch immer noch über dem Nullwert „genauso wie erwartet“.

Die Erwartungserfüllung der „Behandlung insgesamt“ wurde im Durchschnitt mit 0,438 Punkten bewertet.

Als letzter Punkt im Abschnitt B wurde die Zufriedenheit der Patientinnen mit den einzelnen Leistungen auf einer fünfstufige Skala abgefragt: „unzufrieden“ (1), „eher unzufrieden“ (2), „weder noch“ (3), „eher zufrieden“ (4), „zufrieden“ (5).

„Wie zufrieden sind Sie...?“	unzufrieden	Eher unzufrieden	Weder noch	Eher zufrieden	Zufrieden	gesamt	Mittelwert
... mit den nicht-medizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit)?	-	-	1/1%	18/18,6%	78/80,4%	97/100%	4,79
... mit der Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.)?	3/3,1%	8/8,3%	11/11,5%	33/34,4%	41/42,7%	96/100%	4,05
... mit den Ärzten und Ärztinnen im UniKiD?	-	1/1%	1/1%	12/12,5%	82/85,4%	96/100%	4,82
... mit dem Praxispersonal im UniKiD?	-	-	1/1%	18/18,6%	78/80,4%	97/100%	4,79
... mit der medizinischen Behandlung?	-	1/1%	1/1%	21/21,9%	73/76%	96/100%	4,73
... mit der Information während Ihrer Behandlung im UniKiD?	-	9/9,4%	6/6,2%	29/30,2%	52/54,2%	96/100%	4,29
... mit Ihrer Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD?	-	4/4,2%	11/11,5%	29/30,2%	52/54,2%	96/100%	4,34
... mit der Einbeziehung Ihres Partners in die Behandlung im UniKiD?	1/1%	4/4,2%	7/7,3%	32/33,3%	52/54,2%	96/100%	4,35
... mit der bisherigen Behandlung insgesamt?	-	3/3,1%	4/4,1%	24/24,7%	66/68%	97/100%	4,58

Tabelle 25: Zufriedenheitswerte der einzelnen Items

Vier Patientinnen äußerten sich unzufrieden mit den Items „Organisation“ (3 Nennungen) und „Einbeziehung des Partners“ (1 Nennung). Die deutlich schlechteste Bewertung mit

einem Mittelwert von 4,05 erhielt das Item „Organisation (Terminvergabe/Sprechzeiten)“ im UniKiD. Insgesamt zwölf Patientinnen waren mit der Organisation eher unzufrieden oder sehr unzufrieden. Neun Patientinnen waren eher unzufrieden mit ihrer Information während der Behandlung. Die Items „nichtmedizinische Leistungen“ und „Praxispersonal“ wurden in keiner Nennung schlechter als „weder noch“ bewertet. Den besten Wert von 85,4% zufriedener Patientinnen erzielte das Item die „Ärztinnen und Ärzte“, dicht gefolgt von den Items „Praxispersonal“ und „nichtmedizinische Leistungen“, beide von 80,4% der Patientinnen mit „zufrieden“ bewertet.

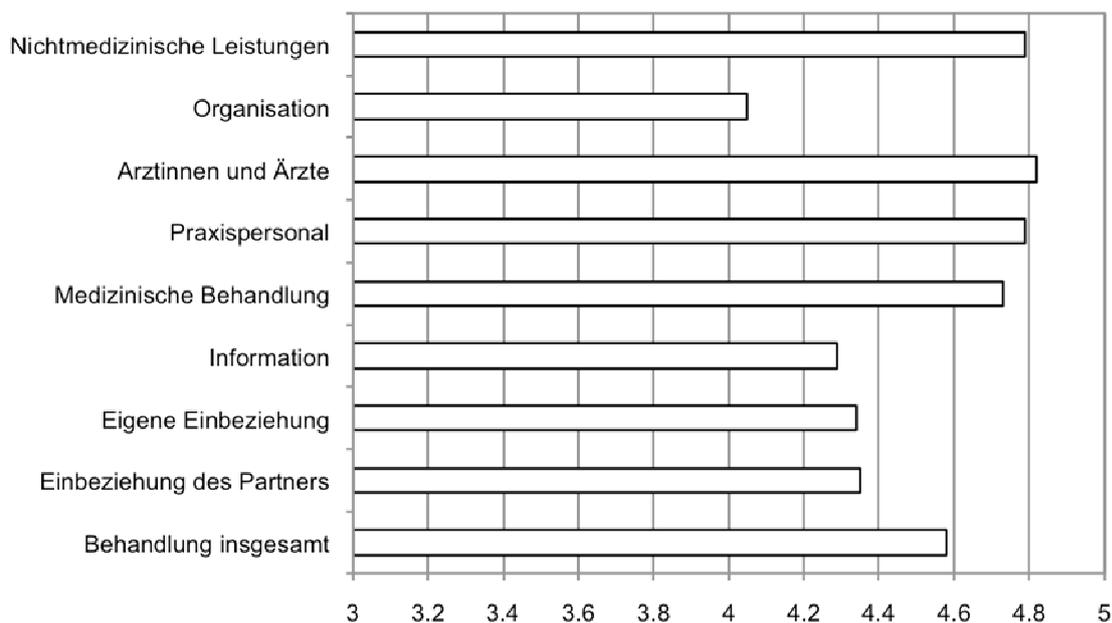


Abbildung 7: Mittelwerte der Zufriedenheit:

Die graphische Darstellung der Mittelwerte verdeutlicht die Verteilung der Zufriedenheitswerte.

Die Skalierung reicht von „weder noch“ (3) über „eher zufrieden“ (4) bis „zufrieden“ (5).

Alle Werte liegen zwischen „eher zufrieden“ und „zufrieden“.

Am besten bewerteten die Patientinnen die „Ärztinnen und Ärzte“ des UniKiDs, das „Praxispersonal“, die „nichtmedizinischen Leistungen“ und die „medizinische Behandlung“.

Die „Organisation“ schnitt mit einem Mittelwert von 4,05 am schlechtesten ab, was einem „eher zufrieden“ entspricht. Die Gesamtzufriedenheit mit der Behandlung wurde im Durchschnitt mit 4,58 Zufriedenheitspunkten bewertet.

Ein bislang gängiges Verfahren zur Ermittlung der Gesamtzufriedenheit ist die Bildung eines Summenscores. Hierfür werden die erhobenen Werte der einzelnen Items für die jeweiligen Bereiche addiert und durch die Anzahl der abgefragten Items dividiert (vgl. Janßen, 2008, S.

3). Nach dieser Berechnung liegt der Mittelwert der Gesamtzufriedenheit der in der UniKiD-Studie erhobenen Werte (ohne das abgefragte Item „Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt“) bei 4,54.

Die graphische Verteilung des auf diese Weise gebildeten Zufriedenheits-Summscores ist in Abbildung 8 aufgezeigt. Es zeigt sich eine deutlich rechtsschiefe Verteilung der Werte.

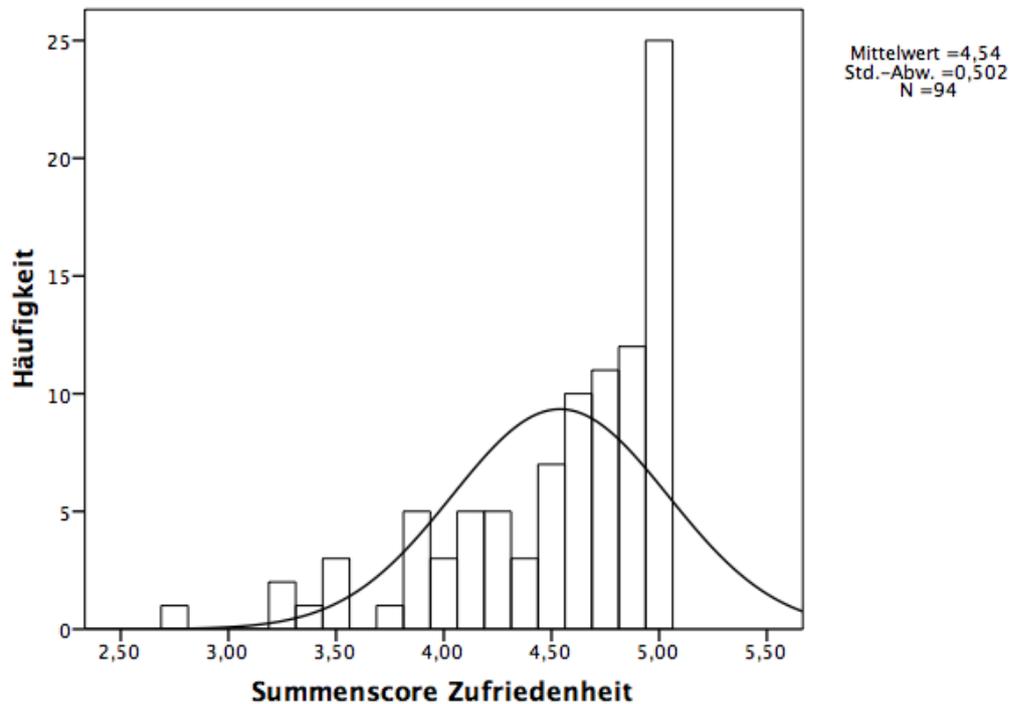


Abbildung 8: Summenscore Zufriedenheit

Sowohl der KSA-Test auf einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ als auch die graphische Verteilung des Summscores zeigen deutlich, dass keine Normalverteilung vorliegt ($\alpha = 0,05 > \alpha^* = 0,003$).⁷

	Summenscore Zufriedenheit
N	94
Kolmogorov-Smirnov-Z	1,788
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) (α^*)	0,003

Tabelle 26: KSA-Test auf Normalverteilung des Summscores Zufriedenheit

Im Folgenden wird nun das GEZ-Modell nach Janßen (2008) angewendet, dass zum einen die Gewichtung der einzelnen Items und den Grad an Erwartungserfüllung der Patientinnen

⁷ Ein α^* -Wert kleiner 0,05 als Testergebnis ist als statistisch signifikante Abweichung der Häufigkeitsverteilung der Stichprobe von der Normalverteilung zu interpretieren.

in die Gesamtzufriedenheit einbezieht. Zum anderen soll eine Normalverteilung der Zufriedenheitswerte hergestellt werden, um diese testtheoretisch besser nutzbar zu machen.

Nach Ommen (2005, S. 52 ff) wird im ersten Schritt die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit (EZ) gebildet, indem zu der ermittelten Zufriedenheit der Patientinnen mit den einzelnen Items die jeweilige Erwartungserfüllung bezüglich der Items addiert wird:

Zufriedenheit		+	Erwartungserfüllung	
Antwort	Wert		Wert	Antwort
Unzufrieden	1		-1	Viel schlechter als erwartet
Eher unzufrieden	2		-0,5	Etwas schlechter als erwartet
Weder noch	3		0	Genauso wie erwartet
Eher zufrieden	4		0,5	Etwas besser als erwartet
Zufrieden	5		1	Viel besser als erwartet

Abbildung 9: Bildung der erwartungsmodifizierten Zufriedenheit, mod. nach Janßen (2008, S. 3).

Die Summe aus Zufriedenheit und Erwartungserfüllung bildet die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit.

In Tabelle 27 sind die Mittelwerte von Zufriedenheit und erwartungsmodifizierter Zufriedenheit zum direkten Vergleich aufgelistet. Die oberen Zahlen stellen die Mittelwerte der Zufriedenheit dar, die unteren Zahlen geben die Mittelwerte der EZ wieder.

	Mittelwert	Differenz
Nichtmedizinische Leistungen		
Zufriedenheit:	4,79	+ 0,63
EZ:	5,42	
Organisation		
Zufriedenheit:	4,05	+0,24
EZ:	4,29	
Ärzten und Ärztinnen		
Zufriedenheit:	4,82	+0,36
EZ:	5,18	
Praxispersonal		
Zufriedenheit:	4,79	+0,67
EZ:	5,46	
Medizinische Behandlung		
Zufriedenheit:	4,73	+0,58
EZ:	5,31	
Information		
Zufriedenheit:	4,29	+0,17
EZ:	4,46	

Eigene Einbeziehung Zufriedenheit: EZ:	4,34 4,68	+0,34
Einbeziehung des Partners Zufriedenheit: EZ:	4,35 4,53	+0,18
Behandlung insgesamt Zufriedenheit: EZ:	4,58 5,02	+0,44

Tabelle 27: Vergleich Zufriedenheit und erwartungsmodifizierte Zufriedenheit

Bei allen Items erhöhen sich die Werte der EZ gegenüber der zuerst ermittelten reinen Zufriedenheit. Den stärksten Zuwachs von 0,67 Punkten erhält die EZ Items „Praxispersonal“ gefolgt von einem Plus von 0,63 Punkten bei den „nichtmedizinischen Leistungen“. Den geringsten Zuwachs mit einem Plus von 0,17 haben das Item „Information“ und mit 0,18 das Item „Einbeziehung des Partners“.

Die Mittelwerte der erwartungsmodifizierten Zufriedenheit für die einzelnen Items verteilen sich graphisch wie folgt:

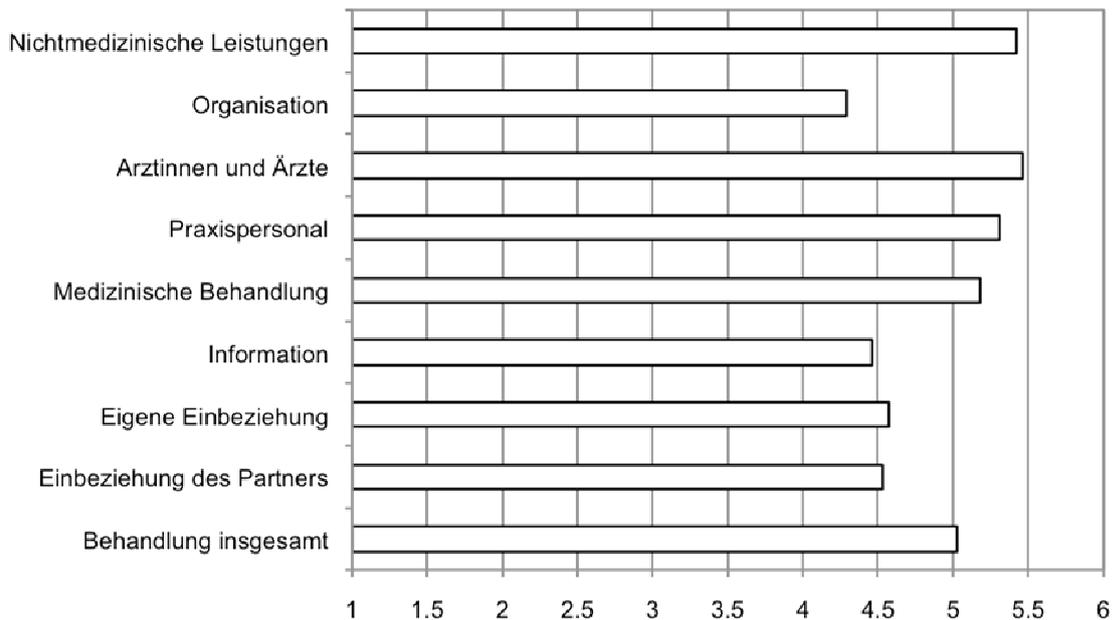


Abbildung 10: Mittelwerte erwartungsmodifizierte Zufriedenheit

Die erwartungsmodifizierte Zufriedenheit zeigt über den Wert 5 erhöhte Werte in den Bereichen der „Ärztinnen und Ärzte“, „nichtmedizinische Leistungen“, „Praxispersonal“ und „medizinischer Behandlung“, sowie für die „Behandlung insgesamt“.

Die „Organisation“ schneidet auch hier schlechter ab als die anderen Werte. Im Vergleich zu den Werten aus den reinen Zufriedenheitsbeurteilungen haben sich durch den Einbezug der Erwartungserfüllung jedoch alle Werte erhöht.

Die Addition der erwartungsmodifizierten Zufriedenheitswerte (mit Ausnahme des Wertes „Behandlung insgesamt“) und anschließende Division dieses Wertes durch die Anzahl der summierten Items ergibt den Gesamtindex der erwartungsmodifizierten Zufriedenheit. Dieser weist die in Abbildung 11 dargestellte Verteilung mit dem Mittelwert 4,94 auf.

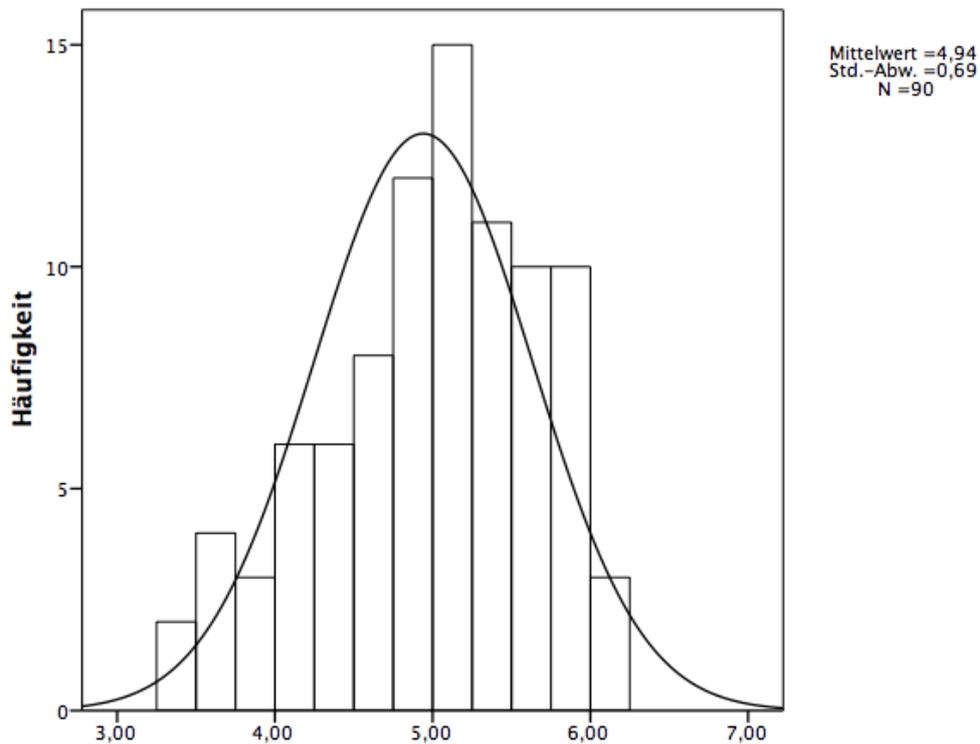


Abbildung 11: Gesamtindex erwartungsmodifizierte Zufriedenheit

Sowohl die graphische Darstellung als auch der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest zeigen, dass es sich bei dem Gesamtindex der erwartungsmodifizierten Zufriedenheit um eine Normalverteilung handelt ($\alpha = 0,05 < \alpha^* = 0,348$).

	Gesamtindex erwartungsmodifizierte Zufriedenheit
N	90
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,933
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) (α^*)	0,348

Tabelle 28: KSA-Test Gesamtindex erwartungsmodifizierte Zufriedenheit

Im nächsten Schritt des GEZ-Modells wird zur Bildung der gewichteten erwartungsmodifizierten Zufriedenheit die unterschiedliche Bedeutung der Items für die Patientinnen in den EZ-Index integriert.

Am folgenden Beispiel wird die Berechnung der Gewichtungsfaktoren exemplarisch anhand der Daten von Fragebogen Nr. 1 dargestellt.

Die Frage lautete „Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungen im UniKiD?“. Als Antwortkategorien waren „sehr unwichtig“ (1 Punkt), „unwichtig“ (2 Punkte), „wichtig“ (3 Punkte) und „sehr wichtig“ (4 Punkte) vorgegeben. Patientin Nr. 1 bewertete wie folgt:

„Bewerten Sie bitte folgende Leistungen im UniKiD:“	sehr unwichtig	unwichtig	wichtig	sehr wichtig	Gesamt
Die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit) sind mir...	-	-	-	X 4 Pkte.	4/29
Die Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.) ist mir...	-	-	-	X 4 Pkte.	4/29
Die Ärzte und Ärztinnen im UniKiD sind mir...	-	-	-	X 4 Pkte.	4/29
Das Praxispersonal im UniKiD ist mir...	-	-	X 3 Pkte.	-	3/29
Die medizinische Behandlung ist mir...	-	-	-	X 4 Pkte.	4/29
Die Information während meiner Behandlung im UniKiD ist mir...	-	-	-	X 4 Pkte.	4/29
Meine Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD ist mir...	-	-	X 3 Pkte.	-	3/29
Die Einbeziehung meines Partners in die Behandlung im UniKiD ist mir...	-	-	X 3 Pkte.	-	3/29
Vergebene Punkte Σ	-		9 Pkte.	20 Pkte.	29 Pkte.

Tabelle 29: Gewichtung Fragebogen Nr. 1

Der Patientin waren die drei Punkte „Praxispersonal“, „eigene Einbeziehung“ und „Einbeziehung des Partners“ „wichtig“ (je 3 Punkte), die anderen fünf Items wertete sie als „sehr wichtig“ (je 4 Punkte). Insgesamt verteilte sie somit 29 Gewichtungspunkte auf die Items.

Aus der Bewertung der einzelnen Items dividiert durch die Gesamtanzahl der vergebenen Punkte bilden sich die Gewichtungsfaktoren. Die im vorherigen Schritt ermittelte EZ der einzelnen Items wird mit den so gewonnenen Gewichtungsfaktoren multipliziert.

Demnach wird der Wert der EZ bezüglich des Items „Praxispersonal“ mit dem Faktor 3/29 multipliziert, die EZ des Items „Organisation“, das die Patientin als „sehr wichtig“ beurteilte, wird mit dem Faktor 4/29 multipliziert.

Zur Erfassung der gewichteten erwartungsmodifizierten Zufriedenheit (GEZ) als Gesamtzufriedenheitsindex werden die errechneten Werte aufaddiert.

Am Beispiel von Patientin Nr. 1 sind in Tabelle 30 die verschiedenen Zufriedenheitsindizes dargestellt. Die Indizes zeigen, dass sowohl die Erwartung als auch die anschließende Einbeziehung des Gewichtungsfaktors die Zufriedenheitsscores beeinflussen.

	Zufriedenheit	Erwartungserfüllung	EZ	Gewichtungsfaktor	EZ x Gewichtungsfaktor
Nichtmedizinische Leistungen	5	0	5	4/29	0,69
Organisation	5	0	5	4/29	0,69
Ärzte und Ärztinnen	5	+0,5	5,5	4/29	0,76
Praxispersonal	5	+0,5	5,5	3/29	0,57
medizinische Behandlung	5	+0,5	5,5	4/29	0,76
Information	5	0	5	4/29	0,69
Eigene Einbeziehung	5	0	5	3/29	0,52
Einbeziehung des Partners	5	0	5	3/29	0,52
Mittelwerte	5	-	5,19	-	-
GEZ	-	-	-	-	Σ 5,2

Tabelle 30: GEZ Berechnung der Zufriedenheitsindizes Fragebogen Nr. 1

Diese Berechnung ermöglicht eine Differenzierung der Zufriedenheitsindizes nach der Relevanz der Items für die Patientinnen.

Die „nichtmedizinischen Leistungen“ waren für die Patientin sehr wichtig, sie war damit zufrieden und ihre Erwartungen wurden genau erfüllt, der Wert beträgt deshalb 0,69.

Mit der „Einbeziehung ihres Partners“ war sie ebenfalls zufrieden und ihren Erwartungen wurde entsprochen. Dieser Punkt war jedoch weniger wichtig für sie, der Wert dieses Items beträgt nur 0,52. Gleiches gilt für das Item „eigene Einbeziehung“.

Die Items „Ärzte und Ärztinnen“ und „medizinischen Behandlung“ bewertete die Patientin mit „zufrieden“, ihre Erwartungen wurden sogar übertroffen und diese Aspekte hatten für sie eine hohe Relevanz. Daher gehen diese Items mit 0,76 Punkten in ihre Gesamtzufriedenheit ein und beeinflussen somit den GEZ-Wert am stärksten. Mit dem „Praxispersonal“ war die Patientin ebenfalls zufrieden, ihre Erwartungen wurden übertroffen, das Item „Praxispersonal“ hatte für sie jedoch eine geringere Bedeutung als das Item „Ärztinnen und Ärzte“ und geht demnach mit nur 0,57 Punkten in ihren GEZ-Wert ein.

Nach dieser exemplarischen Darstellung der Berechnung der GEZ anhand der Angaben einer einzelnen Patientin soll nun auf die Werte des gesamten befragten Patientinnenkollektivs eingegangen werden.

Die bereits errechnete und im vorigen Abschnitt abgebildete EZ der einzelnen Items, multipliziert mit den beschriebenen Gewichtungsfaktoren ergibt für das in der UniKiD-Studie befragte Patientinnenkollektiv die in Abbildung 12 dargestellten Mittelwerte für die einzelnen Items.

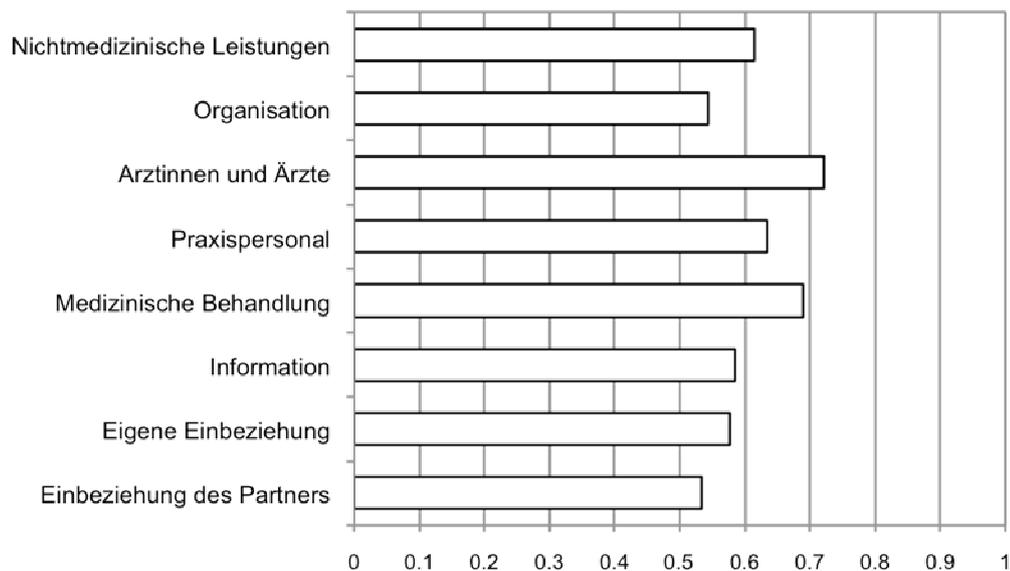


Abbildung 12: GEZ-Mittelwerte der einzelnen Items

Die Items, die die höchsten Werte aufweisen, fließen am stärksten in die GEZ-Werte der Patientinnen ein. Dies sind die Items „Ärzte und Ärztinnen“, die „medizinische Behandlung“ und das „Praxispersonal“. Sie haben die höchsten Anteile an den GEZ-Werten. Die Organisation des UniKiDs und die Einbeziehung des Partners gehen mit den niedrigsten Werten in den Gesamtindex ein.

Als letzter Schritt erfolgt die Bildung der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit als Gesamtindex durch die Addition der einzelnen ermittelten Werte pro Patientin (Janßen, 2008, S. 3):

$$GEZ = \sum(Gewichtung_n (Erwartung_n + Zufriedenheit_n)).$$

Abbildung 13 zeigt die Verteilung der anhand des UniKiD-Patientinnenkollektivs ermittelten GEZ-Werte.

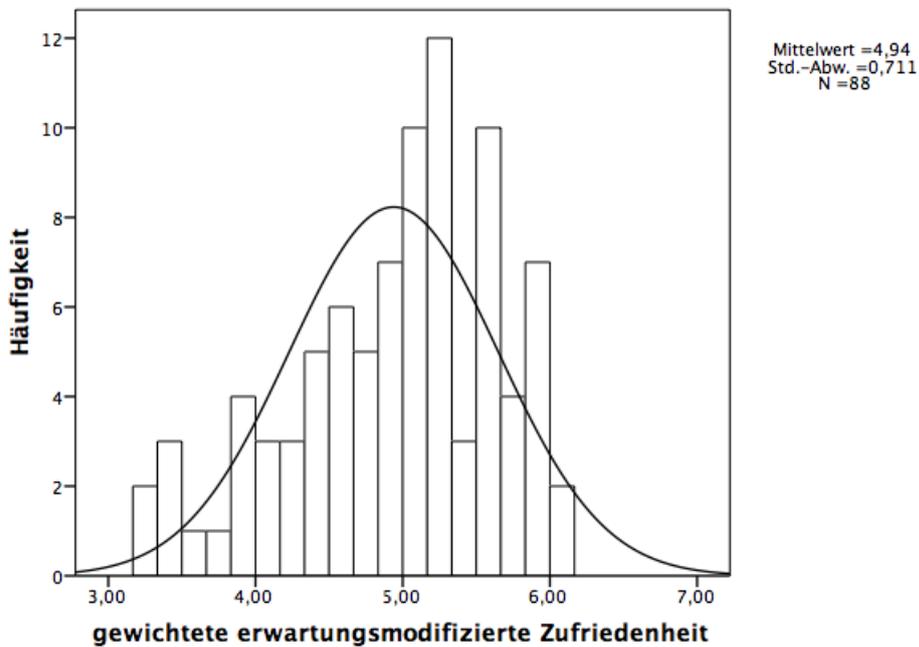


Abbildung 13: Verteilung der GEZ-Werte

Die Daten liegen normalverteilt vor. Dies bestätigt der KSA-Test ($\alpha = 0,05 < \alpha^* = 0,464$). Der Mittelwert der GEZ liegt bei 4,94. Alle Werte befinden sich zwischen den Extremwerten 3,29 und 6.

	Gesamtindex GEZ
N	88
Kolmogorov-Smirnov-Z	0,851
Asymptotische Signifikanz (2-seitig) (α^*)	0,464

Tabelle 31: KSA-Test GEZ

Das dargestellte GEZ-Modell misst somit die Patientenzufriedenheit durch die Operationalisierung des Zusammenhangs von Zufriedenheit mit der individuellen Gewichtung und Erwartungshaltung des Patienten (vgl. Janßen, 2008). Folglich gelingt die Abbildung aller für die Gesamtzufriedenheit relevanten Aspekte.

Zudem konnte anhand der erhobenen Daten gezeigt werden, dass das Modell eine Überführung der Zufriedenheitswerte in eine Normalverteilung ermöglicht und damit den in der Literatur kritisierten häufig auftretenden Ceiling-Effekten und geringen Varianzen von Zufriedenheitsbewertungen entgegenwirkt (vgl. Blum, 1998, S. 144).

3.1.4 Abschnitt C: Praxis

Abschnitt C des Fragebogens befasst sich mit den Urteilen der Patientinnen zur Strukturqualität des UniKiDs wie der Praxisausstattung, der Praxisorganisation und dem Personal und erfragt, welche dieser Aspekte für die Patientinnen einen besonderen Stellenwert haben. Dreizehn der 36 Items sind aus dem vom Zentrum für Versorgungsforschung Köln (ZVFK) erstellten KPF-N entnommen.

Dieser enthält Kennzahlen, die auf bezüglich ihrer Validität geprüften Skalen (Kennzahlen 2. Ordnung⁸) beruhen. Die einzelnen Items (Kennzahlen 1. Ordnung) dieser Skalen wurden hinsichtlich ihrer Reliabilität getestet (vgl. Pfaff et al., 2004, S. 1 f.).

Im Fragebogen negativ formulierte Items mussten für die Auswertung teilweise rekodiert werden, um mit positiv formulierten Items verglichen werden zu können. Diese rekodierten Items sind in der Auswertung als solche gekennzeichnet.

Gemäß dem Kennzahlenhandbuch des KPF werden die Werte der Items einer Kennzahl zuerst zu einer Roh-Skala summiert. Diese Roh-Skalen verschiedener Kennzahlen sind nicht direkt miteinander vergleichbar, da sowohl die Anzahl der Items als auch der Wertebereich der Antwortmöglichkeiten (teils 1 bis 4, teils 1 bis 5) variiert.

Daher wird im zweiten Schritt die Roh-Skala durch die Division mit ihrer Itemanzahl in eine relativierte Skala umgewandelt. Dadurch werden die Skalen unabhängig von der Anzahl ihrer Items vergleichbar. Im dritten Schritt wird der Wertebereich der Kennzahlen vereinheitlicht. Die einzelnen Skalen werden auf die Schulnoten 1 bis 6 transformiert. Eine 1 ist demnach eine sehr gute Bewertung, 6 ist als „ungenügend“ die schlechteste Beurteilung. Die Werte der Schulnoten-Skalen ermöglichen den direkten Vergleich der Kennzahlen untereinander (vgl. ebd., S. 15 ff.).

Die Schulnoten-Skalen werden durch folgende Formeln erzeugt:

Positiv formulierte Kennzahlen (ebd., S. 16):

$$\text{Wert Schulnotenskala} = 7 - (((\text{Wert relativierte Skala} - 1) * (100 / (4 - 1)) / 20) + 1)$$

⁸ Zwischen Kennzahlen erster und zweiter Ordnung besteht eine Mittel-Ziel-Beziehung: Kennzahlen 1. Ordnung, auch primäre Kennzahlen geben Aufschluss, inwiefern ein Ziel erreicht wurde. Kennzahlen 2. Ordnung (sekundäre Kennzahlen) begründen Veränderungen der primären Kennzahl, sie sind das Mittel zur Zielerreichung, das mit den primären Kennzahlen gemessen wird (vgl. Elbert, 2005, S. 120).

Negativ formulierte Kennzahlen (ebd., S. 40):

$$\text{Wert Schulnotenskala} = (((\text{Wert relativierte Skala} - 1) * (100/(4-1)))/20)+1$$

Die im Folgenden beschriebenen Schulnotenwerte sind auf der Grundlage dieser Formeln berechnet. In der Auswertung der einzelnen Kennzahlen werden die Mittelwerte der so gebildeten Schulnotenskalen miteinander verglichen.

3.1.4.1 Abschnitt C Teil 1: Strukturqualität

Im ersten Teil des Abschnitts C wurden die Patientinnen um die Bewertung ihres Eindrucks zu verschiedenen strukturellen Aspekten der Praxis gebeten. Dazu gehörten deren Ausstattung, die Organisation, das Praxispersonal und die telefonische Erreichbarkeit. Auf einer vierstufigen Likert-Skala wurden die Antwortmöglichkeiten „stimme gar nicht zu“ (1), „stimme eher nicht zu“ (2), „stimme eher zu“ (3) und „stimme voll und ganz zu“ (4) angeboten.

Die erste abgefragte Kennzahl betrifft das Praxispersonal. Im vom ZFVK entwickelten KPF-N wurden das Praxispersonal und die Praxisausstattung als eine gemeinsame Kennzahl abgefragt. Da sich nach den ersten Anwendungen des KPF-N faktorenanalytisch kein eindeutiges Ergebnis bezüglich Reliabilität und Itemtrennschärfe der Items dieser Kennzahl zeigte, wurde empfohlen, in zukünftigen Erhebungen eine Unterscheidung in die Kennzahlen „Praxispersonal“ und „Praxisorganisation“ vorzunehmen (vgl. Brinkmann et al., 2007, S. 591). Diese Empfehlung wurde in der vorliegenden Studie umgesetzt. Die Häufigkeit der gewählten Antworten und die Mittelwerte der neu gebildeten Kennzahl „Praxispersonal“ sind in Tabelle 32 abgebildet.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Das Praxispersonal ist freundlich.	-	1/1,1%	20/21,1%	74/77,9%	95/100%	3,77
Das Praxispersonal ist sehr kompetent.	-	1/1,1%	38/40%	56/58,8%	95/100%	3,58
Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat.	54/47,4%	35/36,8%	13/13,7%	2/2,1%	95/100%	1,71

Tabelle 32: Bewertung „Praxispersonal“

99% der Patientinnen, die die drei Items zu dieser Kennzahl beantworteten, stimmten „eher“ oder „voll“ zu, dass das Praxispersonal freundlich und sehr kompetent ist.

Dem negativ formulierten Item „Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat“ stimmten 84,2% der Patientinnen „nicht“ oder „eher nicht“ zu. Zwei Patientinnen machten zu dieser Skala keine Angaben.

Anhand der Kennzahl „Praxispersonal“ soll zur Veranschaulichung im Folgenden exemplarisch die Bildung aller Skalen dargestellt werden. Bei allen weiteren Kennzahlen werden dann diese Zwischenschritte ausgelassen und direkt die Schulnotenskala abgebildet.

Die negativ formulierte Aussage „Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das ich habe“ wurde für die Bildung der Skalen entsprechend der Skalierung der anderen Items rekodiert. „Stimme gar nicht zu“ erhielt den Wert 4, „stimme eher nicht zu“ 3, „stimme eher zu“ 2 und „stimme voll und ganz zu“ den Wert 1. Im ersten Schritt wird die Rohskala durch Summierung der Werte der einzelnen Items gebildet.

Praxispersonal (Roh-Skala)

Summe der Itemwerte	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
6	1	1,0	1,1	1,1
7	2	2,1	2,2	3,2
8	3	3,1	3,2	6,5
9	16	16,5	17,2	23,7
10	15	15,5	16,1	39,8
11	21	21,6	22,6	62,4
12	35	36,1	37,6	100,0
Gesamt	93	95,9	100,0	
Fehlend	4	4,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 33: Rohskala „Praxispersonal“

Entsprechend der in Tabelle 33 „Rohskala Praxispersonal“ aufgeführten Werten zeigt sich, dass am häufigsten (35 Mal) insgesamt 12 Punkte verteilt wurden, das bedeutet, dass drei Items mit „stimme voll und ganz zu“ (je 4 Punkte) beantwortet wurden.

Für die relativierte Skala werden die ermittelten Werte durch die Anzahl der Items dividiert, in diesem Fall drei Items. Die einzelnen Kennzahlen werden dadurch unabhängig von der Anzahl ihrer Items vergleichbar.

Praxispersonal (relativierte Skala)

Durchschnittliche Bewertung je Item	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
2,00	1	1,0	1,1	1,1
2,33	2	2,1	2,2	3,2
2,67	3	3,1	3,2	6,5
3,00	16	16,5	17,2	23,7
3,33	15	15,5	16,1	39,8
3,67	21	21,6	22,6	62,4
4,00	35	36,1	37,6	100,0
Gesamt	93	95,9	100,0	
Fehlend	4	4,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 34: relativierte Skala „Praxispersonal“

Die Bildung der Schulnotenskala erfolgt nun, da nach Rekodierung des letzten Items alle Items in positiver Formulierung vorliegen, über die Formel: Schulnote = $7 - (((\text{Wert relativierte Skala} - 1) * (100 / (4 - 1)) / 20) + 1)$.

Praxispersonal (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	35	36,1	37,6	37,6
1,56	21	21,6	22,6	60,2
2,11	15	15,5	16,1	76,3
2,67	16	16,5	17,2	93,5
3,22	3	3,1	3,2	96,8
3,78	2	2,1	2,2	98,9
4,33	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	93	95,9	100,0	
Fehlend	4	4,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 35: Schulnotenskala „Praxispersonal“

Anhand der Schulnotenskala zeigt sich, dass die Bewertung der meisten Patientinnen (37,6%) einer Schulnote „Sehr gut“ entspricht. Weitere 38,7% der Werte entsprechen mit den Werten 1,56 und 2,11 der Schulnote „Gut“.

Die Schulnotenskalen der einzelnen Kennzahlen sind somit direkt miteinander vergleichbar, unabhängig von der Anzahl der Items und der Anzahl und Formulierung der Antwortmöglichkeiten.

		Praxispersonal (Roh-Skala)	Praxispersonal (relativierte Skala)	Praxispersonal (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	93	93	93
	Fehlend	4	4	4
	Mittelwert	10,6344	3,5448	1,7587

Tabelle 36: Mittelwerte „Praxispersonal“

Die in Tabelle 36 aufgeführten Mittelwerte der einzelnen Skalen bieten verschiedene Interpretationsmöglichkeiten.

Die relativierte Skala mit einem Mittelwert von 3,54 zeigt, dass die meisten Antworten der Kennzahl „Praxispersonal“ im Bereich zwischen „stimme eher zu“ (3) und „stimme voll und ganz zu“ (4) lagen. Auf der Schulnotenskala ist der Mittelwert 1,76, in Schulnoten ausgedrückt ein gutes „Gut“.

Für den von der ursprünglichen KPF-N-Kennzahl „Praxispersonal und Praxisorganisation“ abgetrennten Punkt „Praxisorganisation“ existiert nur ein Item:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Praxis ist perfekt organisiert	2/2,1%	16/16,7%	53/55,2%	25/26%	96/100%	3,05

Tabelle 37: Kennzahl „Praxisorganisation“

Über die Hälfte der Patientinnen (55,2%) stimmte „eher zu“, 26% stimmten „voll und ganz zu“, dass die Praxis perfekt organisiert ist. 18,8% der Befragten stimmten der Aussage „gar nicht“ oder „eher nicht zu“. Auf der Schulnotenskala zeigt sich die in Tabelle 38 abgebildete Verteilung der Werte.

Praxisorganisation (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	25	25,8	26,0	26,0
2,67	53	54,6	55,2	81,2
4,33	16	16,5	16,7	97,9
6,00	2	2,1	2,1	100,0
Gesamt	96	99,0	100,0	
Fehlend	1	1,0		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 38: Schulnotenskala „Praxisorganisation“

26% der Patientinnen beurteilten demnach die „Praxisorganisation“ mit der Schulnote „Sehr gut“. Die Bewertung von über der Hälfte der Patientinnen (55,2%) entspricht einer Schulnote von 2,7 („Befriedigend“). 16,7% der Bewertungen der Praxisorganisation entsprechen der Note 4,3, zwei Bewertungen sogar einem „Ungenügend“.

		Praxisorganisation (Roh-Skala)	Praxisorganisation (relativierte Skala)	Praxisorganisation (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	96	96	96
	Fehlend	1	1	1
	Mittelwert	3,0521	3,0521	2,5799

Tabelle 39: Mittelwerte „Praxisorganisation“

Der Mittelwert der relativierten Skala liegt mit 3,05 bei „stimme eher zu“ (3). Der Mittelwert der Schulnotenskala liegt bei 2,58, was einem schlechten „Gut“ bis guten „Befriedigend“ entspricht.

Die Bewertung der Kennzahl „Praxisausstattung“ verteilt sich wie folgt:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet.	-	-	19/20,2%	75/79,8%	94/100%	3,8
Die Praxis ist sauber.	-	1/1,1%	14/14,7%	80/84,2%	95/100%	3,83
Die medizinisch-technischen Geräte wirken modern.	-	2/2,1%	25/26,6%	67/71,3%	94/100%	3,69
Die Ausstattung der Praxis wirkt modern.	-	2/2,1%	15/16%	77/81,9%	94/100%	3,8
Die Atmosphäre der Praxis ist angenehm.	-	-	28/29,2%	68/70,8%	96/100%	3,71

Tabelle 40: Kennzahl „Praxisausstattung“

Die Items der Kennzahl „Praxisausstattung“ wurden generell sehr positiv bewertet. Die Antwort „stimme gar nicht zu“ wurde von keiner Patientin angekreuzt. Den Aussagen zur ansprechenden Gestaltung und der angenehmen Atmosphäre stimmten alle Patienten „eher“ oder „voll und ganz zu“.

Das letzte Item dieser Kennzahl („Die Atmosphäre der Praxis ist angenehm“) wurde selbst entwickelt und ist nicht Teil der ursprünglichen KPF-N-Kennzahl „Praxisausstattung“.

Die interne Konsistenz, die Korrelation der Items mit der Gesamtheit der Items der Skala, wurde unter Einbeziehung des neuen Items über den Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha ermittelt. Dieser beträgt für alle fünf Items 0,811. Bei kompletter Übereinstimmung der

Items würde der Wert eins betragen, in der Literatur werden Werte ab 0,7 als reliabel angesehen (vgl. Ommen et al., 2006).

Insofern ist es möglich, das neue Item als Teil der Kennzahl in die weiteren Skalen aufzunehmen.

Praxisausstattung (Schulnoten-Skala)				
Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	48	49,5	52,2	52,2
1,33	22	22,7	23,9	76,1
1,67	5	5,2	5,4	81,5
2,00	5	5,2	5,4	87,0
2,33	4	4,1	4,3	91,3
2,67	7	7,2	7,6	98,9
3,33	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	92	94,8	100,0	
Fehlend	5	5,2		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 41: Schulnotenskala Praxisausstattung

Die Bewertungen der Kennzahl „Praxisausstattung“ entsprechen bei 76,1% der Patientinnen der Schulnote „Sehr gut“, die schlechtesten Bewertungen entsprechen mit 8,7% der Antworten der Note „Befriedigend“.

	Praxisausstattung (Roh-Skala)	Praxisausstattung (relativierte Skala)	Praxisausstattung (Schulnoten-Skala)
N			
Gültig	92	92	92
Fehlend	5	5	5
Mittelwert	18,8587	3,7717	1,3804

Tabelle 42: Mittelwerte „Praxisausstattung“

Aus den Mittelwerten der Skalen wird ersichtlich, dass mit einem Wert von 3,77 die meisten Patientinnen „stimme voll und ganz zu“ gewählt haben. Die Schulnote mit der die Kennzahl „Praxisausstattung“ im Mittel bewertet wurde, entspricht mit 1,38 einem „Sehr gut“.

Die Kennzahl „Qualität der Kundenbetreuung“ enthält ebenfalls nur ein Item, dass wie folgt bewertet wurde:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Im UniKiD wird man als Kunde umsorgt.	-	12/12,5%	41/42,7%	43/44,8%	96/100%	3,32

Tabelle 43: Kennzahl „Qualität der Kundenbetreuung“

Mit 87,5% der Antworten stimmte der Großteil der Patientinnen der Aussage zu, dass man im UniKiD als Kunde umsorgt wird. 12,5% stimmten der Aussage eher nicht zu.

Qualität der Kundenbetreuung (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	43	44,3	44,8	44,8
2,67	41	42,3	42,7	87,5
4,33	12	12,4	12,5	100,0
Gesamt	96	99,0	100,0	
Fehlend	1	1,0		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 44: Schulnotenskala „Qualität der Kundenbetreuung“

Die Notenverteilung spiegelt die in Tabelle 44 beschriebene Verteilung wieder.

		Qualität der Kundenbetreuung (Roh-Skala)	Qualität der Kundenbetreuung (relativierte Skala)	Qualität der Kundenbetreuung (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	96	96	96
	Fehlend	1	1	1
	Mittelwert	3,3229	3,3229	2,1285

Tabelle 45: Mittelwerte „Qualität der Kundenbetreuung“

Im Mittel wählten die Befragten bezüglich der Aussage „Im UniKiD wird man als Kunde umsorgt“ den Wert 3,32, also zwischen „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“.

Auf der Schulnotenskala entspricht dies mit einem Wert von 2,1 einem „Gut“.

Sodann wurden die Items zur Kennzahl „Hektik“ abgefragt. Die vier Items dieser Kennzahl sind negativ formuliert. Die Patientinnen antworteten wie in Tabelle 46 abgebildet:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Das Personal hat mehr Arbeit als es bewältigen kann.	6/6,7%	40/44,4%	25/27,8%	19/21,1%	90/100%	2,63
Im UniKiD geht es hektisch zu.	28/29,5%	46/48,4%	17/17,9%	4/4,2%	95/100%	1,97
Das Personal wirkt angespannt.	39/41,1%	42/44,2%	13/13,7%	1/1,1%	95/100%	1,75
Das Personal steht unter Zeitdruck.	20/21,5%	40/43%	26/28%	7/7,5%	93/100%	2,22

Tabelle 46: Kennzahl „Hektik“

Die Verteilung der Antworten dieser Skala unterscheidet sich in den einzelnen Aussagen. So stimmten mit 51,1% etwa die Hälfte der Patientinnen „eher nicht zu“ oder „gar nicht zu“, dass das Praxispersonal mehr Arbeit habe, als es bewältigen kann. Demgegenüber stimmten mit 48,9% der Patientinnen die andere Hälfte der Aussage „eher zu“ oder „voll und ganz zu“. Der Aussage „Im UniKiD geht es hektisch zu“ stimmten 77,9% der Befragten „eher nicht zu“ oder „gar nicht zu“, 22,1% stimmten „eher zu“ oder „voll und ganz zu“. 85,3% der Patientinnen befanden „nicht“ oder „eher nicht“, dass das Praxispersonal angespannt wirke, 13,7% stimmen dem „eher zu“, eine Patientin bewertete die Aussage als „voll und ganz zutreffend“. 64,5% der Befragten stimmten „eher nicht zu“ oder „gar nicht zu“, dass das Praxispersonal des UniKiDs unter Zeitdruck stehe, etwa ein Drittel der Patientinnen (35,5%) stimmte dem „eher zu“ oder „voll und ganz zu“.

Hektik (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	6	6,2	6,8	6,8
1,42	8	8,2	9,1	15,9
1,83	7	7,2	8,0	23,9
2,25	6	6,2	6,8	30,7
2,67	18	18,6	20,5	51,1
3,08	12	12,4	13,6	64,8
3,50	9	9,3	10,2	75,0
3,92	6	6,2	6,8	81,8
4,33	5	5,2	5,7	87,5
4,75	7	7,2	8,0	95,5
5,17	3	3,1	3,4	98,9
6,00	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	88	90,7	100,0	
Fehlend	9	9,3		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 47: Schulnotenskala „Hektik“

Auf der Schulnotenskala findet sich die Verteilung der Häufigkeit der Items nach Rekodierung ihrer Skalen-Werte demgemäß wieder. 15,9% der Patientinnenurteile entsprechen der Note 1, 14,8% der Note 2, 44,3% der Note 3 und 25% der Bewertungen der Note 4 und schlechter.

	Hektik (Roh-Skala)	Hektik (relativierte Skala)	Hektik (Schulnoten-Skala)
Gültig	88	88	88
Fehlend	9	9	9
Mittelwert	8,6932	2,1733	2,9555

Tabelle 48: Mittelwerte „Hektik“

Die Kennzahl „Hektik“ hat einen Mittelwert von 2,17 in der relativierten Skala, was der Aussage „stimme eher nicht zu“ entspricht. In Schulnoten erhält die Kennzahl im Mittel mit 2,95 ein „Befriedigend“.

Die folgenden Items gehören nicht zu den Kennzahlen des KPF-N. Sie wurden entsprechend den Bedürfnissen und Fragestellungen des UniKiD formuliert worden und erfassen Urteile zur Website des UniKiDs, zu den Sprechzeiten und Wartezeiten und zur telefonischen Erreichbarkeit der Praxis sowie der Erreichbarkeit der Ärzte.

Die Antworten der beiden Items „Die Website des UniKiD ist ansprechend gestaltet“ und „Auf der Website des UniKiDs finde ich ausreichend Informationen“ weisen einen Reliabilitätskoeffizienten (Cronbachs Alpha) von 0,85 und damit oberhalb des Grenzwertes von 0,7 auf. Sie sind daher zu einer gemeinsamen Kennzahl „Website“ zusammengefasst worden.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Website des UniKiDs ist ansprechend gestaltet.	2/2,2%	13/14,6%	49/55,1%	25/28,1%	89/100%	3,09
Auf der Website des UniKiDs finde ich ausreichend Informationen.	2/2,2%	16/18%	51/57,3%	20/22,5%	89/100%	3

Tabelle 49: Kennzahl „Website“

Mit 55,1% der Patientinnen stimmte über die Hälfte „eher zu“, dass die Website ansprechend gestaltet ist. 28,1% stimmten dem „voll und ganz zu“.

16,8% der Patientinnen beurteilten die Website als „eher nicht“ oder „gar nicht“ ansprechend.

57,3% der Patientinnen finden „eher“ ausreichend Informationen auf der Website, für 22,5% trifft dies „voll und ganz“ zu. Insgesamt beurteilten 20,2% der Patientinnen den Informationsgehalt der Website als „eher nicht“ oder „gar nicht“ ausreichend.

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	18	18,6	20,2	20,2
1,83	7	7,2	7,9	28,1
2,67	45	46,4	50,6	78,7
3,50	7	7,2	7,9	86,5
4,33	9	9,3	10,1	96,6
5,17	2	2,1	2,2	98,9
6,00	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	89	91,8	100,0	
Fehlend	8	8,2		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 50: Schulnotenskala „Website“

Die Verteilung der Beurteilungen findet sich auf der Schulnotenskala wieder. Mit 50,6% bewertete über die Hälfte der Patientinnen die Website mit der Schulnote 2,7.

		Website (Roh-Skala)	Website (relativierte Skala)	Website (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	89	89	89
	Fehlend	8	8	8
	Mittelwert	6,0899	3,0449	2,5918

Tabelle 51: Mittelwerte „Website“

Mittelwert der relativierten Skala ist 3,04, auf der Schulnotenskala liegt die durchschnittliche Bewertung der Website bei 2,6.

Das Item „Die Öffnungszeiten/Sprechzeiten sind für mich passend“ bildet die neue Kennzahl „Öffnungszeit“ und wurde von den Patientinnen wie folgt bewertet:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Öffnungszeiten/Sprechzeiten sind für mich passend.	3/3,1%	10/10,4%	43/44,8%	40/41,7%	96/100%	3,25

Tabelle 52: Kennzahl „Öffnungszeit“

Für die Mehrzahl von 86,5% der Patientinnen waren die Öffnungszeiten des UniKiDs passend.

Öffnungszeit (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	40	41,2	41,7	41,7
2,67	43	44,3	44,8	86,5
4,33	10	10,3	10,4	96,9
6,00	3	3,1	3,1	100,0
Gesamt	96	99,0	100,0	
Fehlend	1	1,0		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 53: Schulnotenskala „Öffnungszeit“

		Öffnungszeit (Roh-Skala)	Öffnungszeit (relativierte Skala)	Öffnungszeit (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	96	96	96
	Fehlend	1	1	1
	Mittelwert	3,2500	3,2500	2,2500

Tabelle 54: Mittelwerte „Öffnungszeit“

Entsprechend stimmte ein Großteil der Patientinnen mit einem Mittelwert von 3,25 der Aussage eher zu, auf der Schulnotenskala zeigt sich ein Mittelwert von 2,25.

Die Antworten der Patientinnen zur Kennzahl „Wartezeit“ verteilen sich wie folgt:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Wartezeiten sind angemessen.	7/7,3%	17/17,7%	47/49%	25/26%	96/100%	2,94

Tabelle 55: Kennzahl „Wartezeit“

75% der Patientinnen stimmten „eher zu“ oder „voll und ganz zu“, dass die Wartezeiten angemessen sind, 25% der Patientinnen stimmten dem „eher nicht zu“ oder „gar nicht zu“.

Wartezeit (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	25	25,8	26,0	26,0
2,67	47	48,5	49,0	75,0
4,33	17	17,5	17,7	92,7
6,00	7	7,2	7,3	100,0
Gesamt	96	99,0	100,0	
Fehlend	1	1,0		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 56: Schulnotenskala „Wartezeit“

Drei Viertel der Patientinnenbewertungen entsprechen auf der Schulnotenskala den Noten „Sehr gut“ bis „Befriedigend“, ein Viertel der Bewertungen den Noten „Ausreichend“ und schlechter.

	Wartezeit (Roh-Skala)	Wartezeit (relativierte Skala)	Wartezeit (Schulnoten-Skala)
N Gültig	96	96	96
Fehlend	1	1	1
Mittelwert	2,9375	2,9375	2,7708

Tabelle 57: Mittelwerte „Wartezeit“

Die Mittelwerte zeigen auf der relativierten Skala mit 2,94 eine durchschnittliche Antwort von „stimme eher zu“, die Schulnotenskala weist einen Mittelwert von 2,8 auf.

Die letzten Items des Fragenblocks zur Strukturqualität sind „Die Ärzte sind stets zu sprechen, wenn ich anrufe“ und „Die Praxis ist telefonisch gut zu erreichen.“

Diese können nicht zu einer Kennzahl zusammengefasst werden, da der Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha der beiden Items mit 0,581 unter der Korrelationsgrenze von 0,7 liegt. Sie werden im Folgenden als einzelne Kennzahlen „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“ und „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“ aufgeführt. Tabelle 58 zeigt die Verteilung der Patientinnenantworten zur Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Ärzte sind stets zu sprechen, wenn ich anrufe.	4/4,8%	19/22,6%	33/39,3%	28/33,3%	84/100%	3,01

Tabelle 58: Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“

72,6% der Patientinnen stimmten der Aussage „Die Ärzte sind stets zu sprechen, wenn ich anrufe“ zu. Mit 27,4% bewertete über ein Viertel der Befragten die Aussage als „eher nicht“ oder „gar nicht“ zutreffend.

Telefonische Erreichbarkeit Ärzte (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	28	28,9	33,3	33,3
2,67	33	34,0	39,3	72,6
4,33	19	19,6	22,6	95,2
6,00	4	4,1	4,8	100,0
Gesamt	84	86,6	100,0	
Fehlend	13	13,4		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 59: Schulnoten-Skala „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“

		Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte (Roh-Skala)	Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte (relativierte Skala)	Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	84	84	84
	Fehlend	13	13	13
	Mittelwert	3,0119	3,0119	2,6468

Tabelle 60: Mittelwerte „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“

Diese Beurteilung findet sich auf der Schulnotenskala und in den Mittelwerten der Skalen wieder. Der Mittelwert der relativierten Skala beträgt 3,0, die Mehrheit der Patientinnen stimmte demnach der Aussage „eher zu“. Auf der Schulnotenskala erhielt die Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“ im Mittel die Schulnote 2,6.

Das letzte Item des Fragenblocks zur Strukturqualität bildet die Aussage „Die Praxis ist telefonisch gut zu erreichen.“ Das Antwortverhalten der Patientinnen auf diese Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“ war wie folgt:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Praxis ist telefonisch gut zu erreichen.	24/27,9%	36/41,9%	18/20,9%	8/9,3%	86/100%	2,12

Tabelle 61: Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“

Die Kennzahl wird von den Patientinnen im Vergleich zu den anderen Kennzahlen sehr negativ beurteilt. Nur 30,2% der Patientinnen gaben an, dass die Praxis telefonisch gut zu erreichen sei. Insgesamt kreuzten 69,8% der Patientinnen „stimme gar nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ an.

Telefonische Erreichbarkeit der Praxis (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	8	8,2	9,3	9,3
2,67	18	18,6	20,9	30,2
4,33	36	37,1	41,9	72,1
6,00	24	24,7	27,9	100,0
Gesamt	86	88,7	100,0	
Fehlend	11	11,3		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 62: Schulnoten-Skala „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“

Die Schulnotenskala bildet diese schlechte Bewertung ebenfalls ab. Acht Antworten entsprechen der Schulnote „Sehr gut“, 18 Antworten der Schulnote 2,7.

41,9 % der Antworten entsprechen einem schlechten „Ausreichend“ und 27,9% der Antworten der schlechtesten Note „Ungenügend“.

	Telefonische Erreichbarkeit der Praxis (Roh-Skala)	Telefonische Erreichbarkeit der Praxis (relativierte Skala)	Telefonische Erreichbarkeit der Praxis (Schulnoten-Skala)
N Gültig	86	86	86
Fehlend	11	11	11
Mittelwert	2,1163	2,1163	4,1395

Tabelle 63: Mittelwerte „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“

Der Mittelwert der relativierten Skala beträgt 2,12. In Schulnoten ausgedrückt entspricht dies einem Mittelwert von 4,1 („Ausreichend“).

Zur Veranschaulichung der Ergebnisse des ersten Fragenblocks – die Urteile der Patientinnen zur Strukturqualität, der Ausstattung des UniKiDs, dem Personal und der Erreichbarkeit von Praxis und Ärzten – findet sich in Abbildung 14 eine graphische Aufstellung der Mittelwerte der Schulnotenskalen der einzelnen abgefragten Kennzahlen. Auf

der x-Achse ist die Schulnotenskala von 1 bis 6 abgebildet. Ein langer Balken entspricht einer guten Schulnote, kurze Balken entsprechen schlechteren Bewertungen.

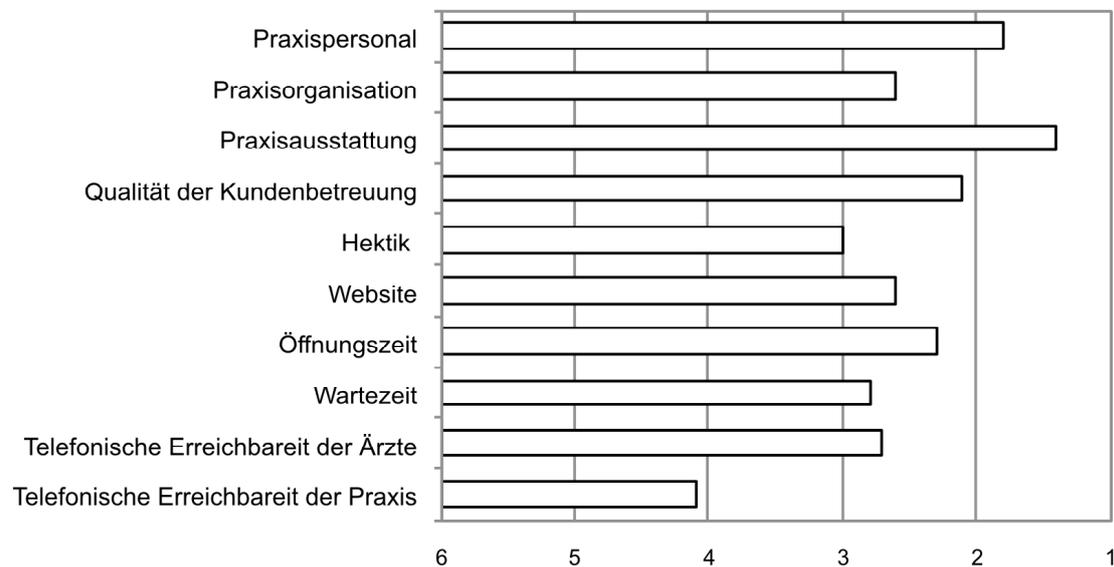


Abbildung 14: Schulnoten-Mittelwerte der Kennzahlen der Strukturqualität

Die Kennzahl „Praxisausstattung“ wurde mit der Note 1,4 am besten bewertet. Mit 1,8 folgt dicht die Bewertung des „Praxispersonals“. Einen Schulnotenschnitt von 2 erreichten desgleichen die „Qualität der Kundenbetreuung“ (2,1), und die „Öffnungszeiten“ (2,3). Im Schnitt mit einer 3 bewertet wurden die Kennzahlen „Praxisorganisation“ (2,6), die „Website“ (2,6), die „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“ (2,7), die „Wartezeit“ (2,8) und die Kennzahl „Hektik“ (3). Mit der Durchschnittsnote 4,1 schneidet die „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“ mit Abstand am schlechtesten ab.

3.1.4.2 Abschnitt C Teil 2: Relevanzbeurteilung

Der zweite Teil von Abschnitt C beinhaltet eine Sammlung von Aspekten, zu denen die Patientinnen gebeten wurden mitzuteilen, welche Punkte für sie einen besonderen Stellenwert haben. Die Skalierung reichte von „komplett unwichtig“ (1), „eher unwichtig“ (2) über „teils, teils“ (3), „eher wichtig“ (4) bis „sehr wichtig“ (5).

Tabelle 64 zeigt die Antwortverteilung der Patientinnen zu diesen Aspekten:

Mir ist wichtig, dass...	Komplett unwichtig	Eher unwichtig	Teils, teils	Eher wichtig	Sehr wichtig	Gesamt	Mittelwert
... ich mich in der Praxis wohl fühle.	-	2/2,1%	6/6,2%	31/32%	58/59,8%	97/100%	4,49
... die Ärzte im Notfall telefonisch erreichbar sind.	-	-	1/1%	25/25,8%	71/73,2%	97/100%	4,72
... meine Emails von den Ärzten schnell beantwortet werden.	5/5,6%	16/18%	12/13,5%	30/33,7%	26/29,2%	89/100%	3,63
... die Behandlungsmethoden auf dem neuesten Stand sind.	-	-	-	7/7,2%	90/92,8%	97/100%	4,93
... die Praxis einen guten Ruf hat.	-	5/5,2%	16/16,5%	30/30,9%	46/47,4%	97/100%	4,21
... mein Arbeitgeber nichts von der Behandlung mitbekommt.	5/5,2%	7/7,2%	9/9,3%	17/17,5%	59/60,8%	97/100%	4,22
... die Behandlung diskret abläuft.	-	7/7,3%	5/5,2%	26/27,1%	58/60,4%	96/100%	4,41
... ich schnell einen Termin bekomme.	-	-	2/2,1%	29/29,9%	66/68%	97/100%	4,66
... die Ärzte genügend Zeit für mich haben.	-	-	-	15/15,5%	82/84,5%	97/100%	4,85
... mir genau erklärt wird, wie die Behandlung abläuft.	-	-	2/2,1%	10/10,3%	85/87,6%	97/100%	4,86
... meine Ärzte mit Spezialisten anderer Bereiche zusammenarbeiten.	-	-	3/3,1%	19/19,6%	75/77,3%	97/100%	4,74
... es Parkplätze direkt vor der Praxis gibt.	11/11,3%	19/19,6%	22/22,7%	25/25,8%	20/20,6%	97/100%	3,25
... das Ambiente der Praxis angenehm ist.	-	4/4,1%	10/10,3%	51/52,6%	32/33%	97/100%	4,14
... Behandlungen auch am Wochenende stattfinden.	2/2,1%	6/6,2%	13/13,5%	41/42,7%	34/35,4%	96/100%	4,03
... eine psychologische Betreuung angeboten wird.	2/2,1%	17/17,5%	28/28,9%	33/34%	17/17,5%	97/100%	3,47
... es eine Selbsthilfegruppe gibt.	10/10,3%	33/34%	26/26,8%	19/19,6%	9/9,3%	97/100%	2,84

Tabelle 64: Wichtigkeit einzelner Aspekte

91,8% der Patientinnen war es „eher wichtig“ und „sehr wichtig“, dass sie sich in der Praxis wohl fühlen. Die restlichen Befragten antworteten mit „teils, teils“ und „eher unwichtig.“

Die telefonische Erreichbarkeit der Ärzte im Notfall hatte für die Patientinnen eine besonders hohe Relevanz. Sie war für fast alle Studienteilnehmerinnen „eher wichtig“ (25,8%) oder „sehr wichtig“ (73,2%). Nur eine Befragte antwortete „teils, teils.“

Dass Emails von den Ärzten schnell beantwortet werden, war dagegen nur für 62,9% der Befragten „eher wichtig“ oder „wichtig“. 13,5% der Patientinnen, die die Frage beantworteten, wählten „teils, teils“. Mit 23,6% fand fast ein Viertel der Patientinnen diesen Aspekt „eher“ oder „komplett unwichtig“.

92,8% der Patientinnen beurteilten die Tatsache, dass die Behandlungsmethoden auf dem neuesten Stand der Forschung sind, als „sehr wichtig“. Nur 7,2% beurteilten die Aussage als „eher wichtig“. Niemand befand diesen Aspekt als „teils, teils“, „eher“ oder „komplett unwichtig“.

Der Ruf der Praxis war für 78,3% der Befragten „sehr wichtig“ oder „wichtig“. 21,7% antworteten mit „teils, teils“ oder „eher unwichtig.“

Die Geheimhaltung der Behandlung gegenüber dem Arbeitgeber war mit 78,3% den meisten Patientinnen „eher“ oder „sehr wichtig“. 9,3% gaben „teils, teils“ an. 12,4% der Patientinnen fanden diesen Aspekt „eher“ oder „komplett unwichtig“. 87,5% der Befragten finden es „eher“ oder „sehr wichtig“, dass die Behandlung diskret abläuft.

Für fast alle Patientinnen (97,9%) war die schnelle Terminvergabe von eher hoher und hoher Relevanz.

Für alle Patientinnen war von Bedeutung, dass die Ärzte genug Zeit für sie hatten. 84,5% der Patientinnen beurteilten diesen Aspekt als „sehr wichtig“, den anderen 15,5% war er zumindest „eher wichtig“.

97,9% der Patientinnen befanden es „eher“ oder „sehr wichtig“, dass ihnen genau erklärt wurde, wie die Behandlung abläuft. Zwei Patientinnen antworteten mit „teils, teils“.

Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Ärzte hatte eine hohe Relevanz für die Patientinnen. 96,9% beurteilten diesen Aspekt als „eher“ oder „sehr wichtig“.

Eine geringere Bedeutung hatten die Parkplätze direkt vor der Praxis für das Kollektiv der Patientinnen. Die Verteilung der Antworten war hier relativ homogen. Für 30,9% war dieser Aspekt „eher“ oder „komplett unwichtig“, 22,7% gaben „teils, teils“ an, für 46,4% der Patientinnen waren die Parkplätze „eher“ oder „sehr wichtig“.

Das Ambiente der Praxis war für ein Drittel (33%) der Patientinnen „sehr wichtig“, 52,6% fanden das Ambiente „eher wichtig“.

Bemerkenswert ist, dass es für 78,1% der Patientinnen „eher“ oder „sehr wichtig“ wäre, dass auch am Wochenende Behandlungstermine im UniKiD angeboten werden.

Das Angebot einer psychologische Betreuung befanden 19,6% der Befragten für „eher“ oder „komplett unwichtig“, 28,9% antworteten mit „teils, teils“ und 34% mit „eher wichtig“. „Sehr wichtig“ war dieser Aspekt für 17,5% der Patientinnen.

Die Existenz einer Selbsthilfegruppe hatte für die Mehrheit der Patientinnen eine eher geringe Relevanz. Für 44,3% war dieser Aspekt „eher“ oder „komplett unwichtig“, 26,8% bewerteten ihn mit „teils, teils.“ 19,6% fanden die Selbsthilfegruppe „eher wichtig“, 9,3% „sehr wichtig“.

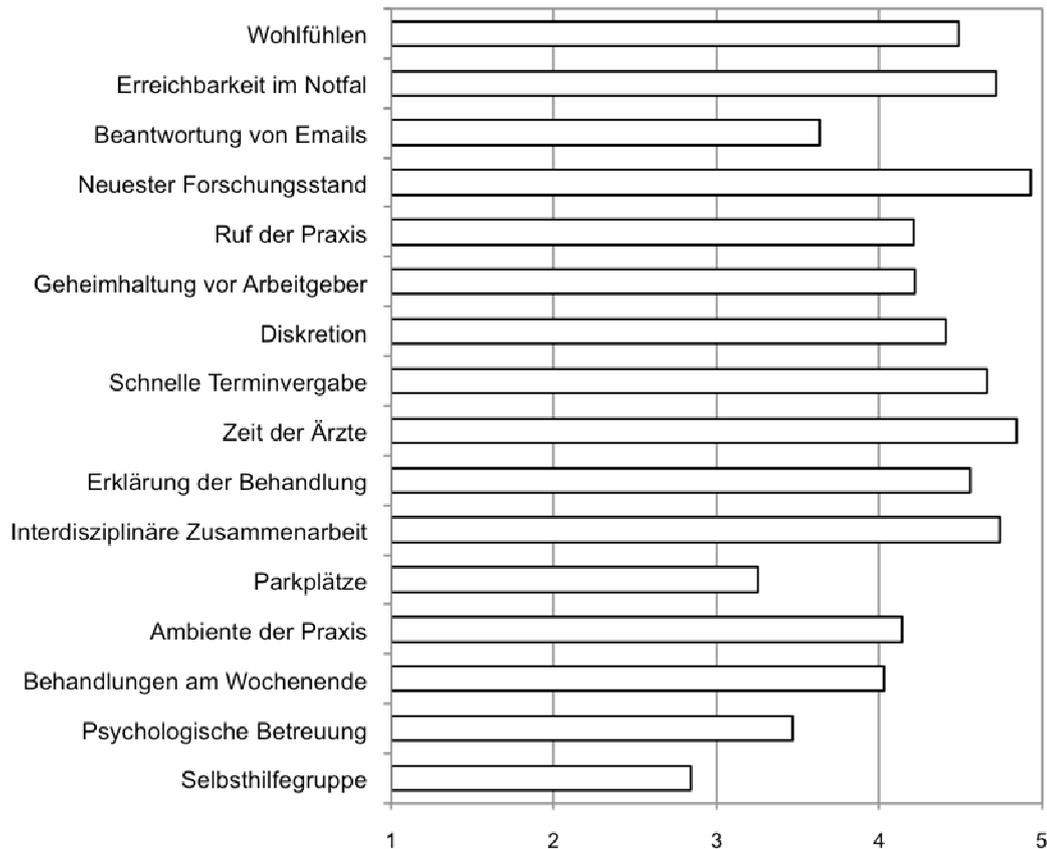


Abbildung 15: Verteilung der Wichtigkeit einzelner Aspekte

Die graphische Verteilung der Mittelwerte in Abbildung 15 zeigt, dass die Items „Behandlung auf dem neuesten Forschungsstand“, „Erklärung der Behandlung“, „genügend Zeit der Ärzte“, „interdisziplinäre Zusammenarbeit“, das Notfallhandy und „schnelle Terminvergabe“ für die Patientinnen die höchste Priorität besaßen.

Mit 2,84 Punkten zwischen „eher unwichtig“ und „teils, teils“ hatte die Existenz einer Selbsthilfegruppe die geringste Bedeutung für die Patientinnen.

Weniger wichtig als die anderen Items wurden auch die „Parkplätze vor der Praxis“, das „psychologische Beratungsangebot“ sowie das „schnelle Beantworten von Emails“ bewertet.

3.1.5 Abschnitt D: Behandlung

Der nachfolgende Abschnitt des Fragebogens bezieht sich im ersten Teil sowohl auf die Behandlung als auch auf den Kontakt und die Beziehungsgestaltung zwischen Patientin und Ärztin oder Arzt. Der zweite Teil fragt gezielt die Informationsrezeption der Patientinnen und ihren Informationsbedarf ab. Somit erfolgt in diesem Abschnitt im Sinne des Konzepts der Unterstützenden Versorgung die Beurteilung der Beziehungsebene, der inhaltlichen Ebene und der Patientinnenpartizipation. Beide Teile des Abschnitts D enthalten insgesamt 23 aus dem KPF-N entnommene Items.

3.1.5.1 Abschnitt D Teil 1: Arzt-Patient-Interaktion

Der erste Teil des Abschnittes D hat eine Auflistung von Aussagen zum Arzt-Patienten-Verhältnis zum Inhalt, zu denen jeweils der Grad der Zustimmung der Patientinnen angegeben werden sollte. Gegebene Antwortmöglichkeiten waren „stimme gar nicht zu“ (1), „stimme eher nicht zu“ (2), „stimme eher zu“ (3) und „stimme voll und ganz zu“ (4).

Die erste Kennzahl „„Fachkompetenz des Arztes““ besteht im KPF-N aus den drei Items „Ich habe den Eindruck dass der Arzt ein Spezialist auf seinem Gebiet ist“, „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist“ und „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist“. Die beiden Items „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht“ und „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut“ wurden zu der Kennzahl hinzugefügt. Alle fünf Items haben einen gemeinsamen Reliabilitätskoeffizienten Cronbachs Alpha von 0,794. Die Antworten der Patientinnen zur Kennzahl „ Fachkompetenz des Arztes “ sind in Tabelle 65 aufgeführt.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht.	-	3/3,1%	37/38,5%	56/58,3%	96/100%	3,55
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt Spezialist auf seinem Gebiet ist.	-	-	13/13,5%	83/86,5%	96/100%	3,86
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist.	-	-	19/19,8%	77/80,2%	96/100%	3,8
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut.	-	1/1%	20/20,6%	75/78,1%	96/100%	3,77
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist.	-	-	16/16,5%	81/83,5%	97/100%	3,84

Tabelle 65: Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“

Der Aussage „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht“, stimmten 58,3% der Patientinnen „voll und ganz zu“. 38,5% der Patientinnen antworteten mit „teils, teils“ und 3 Patientinnen mit „stimme eher nicht zu“. 86,5% der Patientinnen stimmten „voll und ganz zu“, dass der Arzt Spezialist auf seinem Gebiet sei, die restlichen 13,5% stimmten der Aussage „eher zu“. Die Aussage „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist“ wurde von 19,8% der Patientinnen mit „stimme eher zu“ und von 80,2% der Patientinnen mit „stimme voll und ganz zu“ bewertet. Der Aussage „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut“ stimmte nur eine Patientin „eher nicht zu“. Die anderen Patientinnen stimmten der Aussage „eher zu“ oder „voll und ganz zu“. 83,5% der Befragten waren von der Fachkompetenz ihres Arztes voll und ganz überzeugt, 16,5% stimmten dem „eher zu“.

Wie zuvor in Abschnitt C werden im Weiteren auch aus diesen Daten relativierte Skalen und Schulnotenskalen gebildet, um die einzelnen Kennzahlen untereinander vergleichen zu können.

Fachkompetenz des Arztes (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	46	47,4	48,9	48,9
1,33	21	21,6	22,3	71,3
1,67	10	10,3	10,6	81,9
2,00	6	6,2	6,4	88,3
2,33	3	3,1	3,2	91,5
2,67	7	7,2	7,4	98,9
3,00	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	94	96,9	100,0	
Fehlend	3	3,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 66: Schulnotenskala „Fachkompetenz des Arztes“

Wie die Häufigkeitsverteilung in Tabelle 66 bereits vermuten lässt, entsprechen 71,3% der Bewertungen der Schulnote „Sehr gut“.

	Fachkompetenz des Arztes (Roh-Skala)	Fachkompetenz des Arztes (relativierte Skala)	Fachkompetenz des Arztes (Schulnoten-Skala)
N	94	94	94
Gültig			
Fehlend	3	3	3
Mittelwert	18,8085	3,7617	1,3972

Tabelle 67: Mittelwerte „Fachkompetenz des Arztes“

Der Mittelwert der Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“ liegt bei 3,76. Auf der Schulnotenskala beträgt der Mittelwert 1,4 entsprechend der Schulnote „Sehr gut“.

Die nächste Kennzahl lautet „Vernachlässigung durch den Arzt“, abgebildet über drei Items des KPF-N und das hinzugefügte Item „Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich eigentlich fragen wollte“.

Die Items weisen eine gemeinsame interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) von 0,8 auf und werden daher zu einer Kennzahl zusammengefasst.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert.	28/28,9%	44/45,4%	19/19,6%	6/6,2%	97/100%	2,03
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt schon mal ein Anliegen vergisst, das ich habe.	41/42,3%	45/46,4%	10/10,3%	1/1%	97/100%	1,7
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für mich hat.	30/31,6%	40/42,1%	18/18,9%	7/7,4%	95/100%	2,02
Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich eigentlich fragen wollte.	20/21,1%	36/37,9%	32/33,7%	7/7,4%	95/100%	2,27

Tabelle 68: Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“

Der Aussage „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert“ stimmten 74,4% der Patientinnen „eher nicht zu“ oder „gar nicht zu“. 19,6% stimmten der Aussage „eher zu“ und sechs Patientinnen bewerteten die Aussage als „voll und ganz“ zutreffend.

88,7% der Befragten fanden „gar nicht“ oder „eher nicht“, dass der Arzt schon mal ein Anliegen, das sie hatten, vergaß; 10,3% stimmten dem „eher zu“.

73,7% der Patientinnen hatten „gar nicht“ oder „eher nicht“ den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für sie hat.

Mit 33,7% stimmte fast ein Drittel der Patientinnen „eher zu“, dass sie nach dem Termin oft nicht alles gefragt hatten, was sie eigentlich fragen wollten.

7,4% der Patientinnen stimmten dem „voll und ganz zu“, die anderen Patientinnen beurteilten diese Aussage als „eher nicht“ zutreffend oder „gar nicht“ zutreffend.

Vernachlässigung durch den Arzt (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	10	10,3	10,6	10,6
1,42	11	11,3	11,7	22,3
1,83	5	5,2	5,3	27,7
2,25	13	13,4	13,8	41,5
2,67	18	18,6	19,1	60,6
3,08	10	10,3	10,6	71,3
3,50	11	11,3	11,7	83,0
3,92	9	9,3	9,6	92,6
4,33	1	1,0	1,1	93,6
4,75	3	3,1	3,2	96,8
5,17	2	2,1	2,1	98,9
6,00	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	94	96,9	100,0	
Fehlend	3	3,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 69: Schulnotenskala „Vernachlässigung durch den Arzt“

Die Spannweite der Schulnotenskala ist weit. 22,3% der Bewertungen der Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“ entsprechen der Schulnote „Sehr gut“. 19,1% der Bewertungen sind „Gut“, 41% der Bewertungen „Befriedigend“.

		Vernachlässigung durch den Arzt (Roh-Skala)	Vernachlässigung durch den Arzt (relativierte Skala)	Vernachlässigung durch den Arzt (Schulnoten-Skala)
N	Gültig	94	94	94
	Fehlend	3	3	3
	Mittelwert	8,0213	2,0053	2,6755

Tabelle 70: Mittelwerte „Vernachlässigung durch den Arzt“

Die Mehrheit der Patientinnen hat den negativ formulierten Aussagen den Wert 2 „stimme eher nicht zu“ zugewiesen. Auf der Schulnotenskala entspricht dies einer 2,7.

Die vier Items „Bei diesem Arzt ist man in guten Händen“, „Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir“, „Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt“ und „Der Arzt lässt mich ausreden“ bilden die Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Bei diesem Arzt ist man in guten Händen.	-	-	21/21,9 %	75/78,1%	96/100%	3,78
Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir.	-	1/1%	31/32,3 %	64/66,7%	96/100%	3,66
Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt.	-	2/2,1%	23/24%	71/74%	96/100%	3,72
Der Arzt lässt mich ausreden.	-	1/1%	19/19,6 %	77/79,4%	97/100%	3,78

Tabelle 71: Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“

Die Antworten dieser Skala bewegten sich relativ homogen mit einem prozentualen Anteil von 89 bis 100% im Bereich des „eher“ oder „voll und ganz“ Zutreffens der Aussagen.

Vertrauen zum Arzt (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	53	54,6	55,8	55,8
1,42	15	15,5	15,8	71,6
1,83	10	10,3	10,5	82,1
2,25	8	8,2	8,4	90,5
2,67	7	7,2	7,4	97,9
3,08	1	1,0	1,1	98,9
3,50	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	95	97,9	100,0	
Fehlend	2	2,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 72: Schulnotenskala „Vertrauen zum Arzt“

Dieses Ergebnis bildet auch die Schulnotenskala ab. 71,6% der Bewertungen bewegen sich im Bereich eines „Sehr gut“, die schlechteste Bewertung der Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“ ist eine 3,5.

	Vertrauen zum Arzt (Roh-Skala)	Vertrauen zum Arzt (relativierte Skala)	Vertrauen zum Arzt (Schulnoten-Skala)
N	95	95	95
Gültig	95	95	95
Fehlend	2	2	2
Mittelwert	14,9684	3,7421	1,4298

Tabelle 73: Mittelwerte „Vertrauen zum Arzt“

Die Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“ hat in der relativierten Skala einen Mittelwert von 3,74. Auf der Schulnotenskala entspricht dies einem Mittelwert von 1,4.

Die nächste Kennzahl ist die „Unterstützung durch den Arzt“, abgebildet über die folgenden drei Items:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Der Arzt ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meinen Beschwerden anzuhören.	-	4/4,3%	38/40,9%	51/54,8%	93/100%	3,51
Der Arzt unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meinen Beschwerden leichter fällt.	-	7/7,5%	38/40,9%	48/51,6%	93/100%	3,44
Ich kann mich auf meinen Arzt verlassen, wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden habe.	-	2/2,1%	26/27,7%	66/70,2%	94/100%	3,68

Tabelle 74: Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“

95,7% der Patientinnen stimmten „eher zu“ (40,9%) oder „voll und ganz zu“ (54,8%), dass der Arzt bereit sei, sich ihre Probleme im Zusammenhang mit ihren Beschwerden anzuhören. Vier Patientinnen stimmten dem „eher nicht zu“.

Die Aussage „Der Arzt unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meinen Beschwerden leichter fällt“ wurde von 40,9% als „eher“ zutreffend, von 51,6% der Befragten als „voll und ganz“ zutreffend bewertet. „Eher nicht“ zutreffend fanden diese Aussage sieben Patientinnen.

70,2% der Patientinnen stimmten „voll und ganz zu“, dass sie sich auf ihren Arzt verlassen können, wenn sie Probleme im Umgang mit ihren Beschwerden haben.

27,7% fanden dies „eher“ zutreffend, 2,1% der Patientinnen stimmten „eher nicht“ zu.

Unterstützung durch den Arzt (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	42	43,3	46,2	46,2
1,56	12	12,4	13,2	59,3
2,11	12	12,4	13,2	72,5
2,67	17	17,5	18,7	91,2
3,22	7	7,2	7,7	98,9
4,33	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	91	93,8	100,0	
Fehlend	6	6,2		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 75: Schulnotenskala „Unterstützung durch den Arzt“

Die Bewertung der Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“ entsprach zu 46,2% der Schulnote „Sehr gut“, zu 26,4% der Note „Gut“ und zu 26,4% der Note „Befriedigend“.

	Unterstützung durch den Arzt (Roh-Skala)	Unterstützung durch den Arzt (relativierte Skala)	Unterstützung durch den Arzt (Schulnoten-Skala)
N			
Gültig	91	91	91
Fehlend	6	6	6
Mittelwert	10,6703	3,5568	1,7387

Tabelle 76: Mittelwerte „Unterstützung durch den Arzt“

Die Patientinnen beurteilten die Unterstützung durch den Arzt im Mittel mit einer 1,7.

Die Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“ wird über fünf Items abgebildet. Das Item „Ich werde in Entscheidungen miteinbezogen“ wurde der Skala neu hinzugefügt. Die interne Konsistenz der Skala, ermittelt über Cronbachs Alpha, beträgt 0,811.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Der Arzt fragt mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin.	1/1%	11/11,5%	37/38,5%	47/49%	96/100%	3,35
Der Arzt ermutigt mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit meinen Beschwerden zu sprechen.	6/6,2%	38/39,6%	36/37,5%	16/16,7%	96/100%	2,65
Der Arzt ermutigt mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern.	10/10,5%	31/32,6%	39/41,1%	15/15,8%	95/100%	2,62
Der Arzt gab mir eine vollständige Erklärung meiner Behandlung.	-	6/6,2%	37/38,1%	54/55,7%	97/100%	3,49
Ich werde in Entscheidungen miteinbezogen.	-	11/11,5%	36/37,5%	49/51%	96/100%	3,4

Tabelle 77: Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“

Der Aussage „Der Arzt fragt mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin“ stimmte die Hälfte der Patientinnen (49%) „voll und ganz zu“. 38,5% gaben „stimme eher zu“ an. 11,5% der Patientinnen stimmten der Aussage „eher nicht zu“, eine Patientin wählte „stimme gar nicht zu“.

Nur 16,7% der Patientinnen gaben an, dass es „voll und ganz“ zutreffe, dass der Arzt sie ermutige, über ihre persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit ihren Beschwerden zu sprechen. 37,5% der Befragten stimmten dieser Aussage „eher zu“, 39,5% der Patientinnen stimmten „eher nicht zu“. 6,2% der Befragten gaben an, dass die Aussage auf sie „gar nicht“ zutreffe. Ähnlich verteilt sind die Bewertungen der Aussage „Der Arzt ermutigt mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern“. Nur 15,8% der Patientinnen stimmten „voll und ganz zu“, 41,1% stimmten „eher zu“ und 32,6% stimmten „eher nicht zu“. Zehn Patientinnen bewerteten die Aussage als „gar nicht“ zutreffend. 93% stimmten „eher“ oder „voll und ganz zu“, dass sie eine vollständige Erklärung ihrer Behandlung erhielten. Sechs Patientinnen fanden dies „eher nicht“ zutreffend. Die Aussage „Ich werde in Entscheidungen miteinbezogen“ beurteilten mit 51% die Hälfte der Patientinnen als „voll und ganz“ zutreffend, 37,5% stimmten „eher zu“. 11,5% der Patientinnen gaben an, „eher nicht“ in Entscheidungen miteinbezogen zu werden.

Patientenaktivierung durch den Arzt (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	10	10,3	10,6	10,6
1,33	4	4,1	4,3	14,9
1,67	10	10,3	10,6	25,5
2,00	16	16,5	17,0	42,6
2,33	9	9,3	9,6	52,1
2,67	8	8,2	8,5	60,6
3,00	11	11,3	11,7	72,3
3,33	11	11,3	11,7	84,0
3,67	7	7,2	7,4	91,5
4,00	4	4,1	4,3	95,7
4,33	2	2,1	2,1	97,9
4,67	2	2,1	2,1	100,0
Gesamt	94	96,9	100,0	
Fehlend	3	3,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 78: Schulnotenskala „Patientenaktivierung durch den Arzt“

14,9% der Bewertungen entsprechen der Schulnote „Sehr gut“, 37,2% der Schulnote „Gut“. 31,9% der Beurteilungen sind mit der Schulnote „Befriedigend“, die restlichen Bewertungen mit „Ausreichend“ und zwei Bewertungen mit einem „Mangelhaft“ gleichzusetzen.

	Patientenaktivierung durch den Arzt (Roh-Skala)	Patientenaktivierung durch den Arzt (relativierte Skala)	Patientenaktivierung durch den Arzt (Schulnoten-Skala)
N			
Gültig	94	94	94
Fehlend	3	3	3
Mittelwert	15,4787	3,0957	2,5071

Tabelle 79: Mittelwerte „Patientenaktivierung durch den Arzt“

Der Mittelwert dieser Kennzahl beträgt 3,01, in Schulnoten ausgedrückt 2,5.

Die letzten drei Items sind die selbst entwickelten Aussagen „Mein Partner wird in die Behandlung miteinbezogen“, „Ich habe Zeit, Fragen zu stellen“ und „Ich merke manchmal, dass mein Arzt in Eile ist“.

Diese drei Items werden als einzelne Kennzahlen bewertet.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Mein Partner wird in die Behandlung miteinbezogen.	1/1,1%	15/15,8%	41/43,2%	38/40%	95/100%	3,22

Tabelle 80: Kennzahl „Einbeziehung des Partners in die Behandlung“

83,2% der Patientinnen stimmten „voll und ganz zu“ oder „eher zu“, dass ihr Partner in die Behandlung miteinbezogen wird. 15,8% der Patientinnen stimmte dem „eher nicht zu“, eine Patientin stimmte „gar nicht zu“.

Einbeziehung des Partners (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	38	39,2	40,0	40,0
2,67	41	42,3	43,2	83,2
4,33	15	15,5	15,8	98,9
6,00	1	1,0	1,1	100,0
Gesamt	95	97,9	100,0	
Fehlend	2	2,1		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 81: Schulnotenskala „Einbeziehung des Partners in die Behandlung“

Auf der Schulnotenskala entsprechen 40% der Beurteilungen einem „Sehr gut“, 43,2% einem „Gut“, 15,8% einem „Ausreichend“ und eine Beurteilung einem „Ungenügend“.

	Einbeziehung (Roh-Skala)	Einbeziehung (relativierte Skala)	Einbeziehung (Schulnoten-Skala)
N Gültig	95	95	95
Fehlend	2	2	2
Mittelwert	3,2211	3,2211	2,2982

Tabelle 82: Mittelwerte „Einbeziehung des Partners in die Behandlung“

Die Mehrheit der Patientinnen stimmte der Aussage „Mein Partner wird in die Behandlung miteinbezogen“ „eher zu“. Auf der Schulnotenskala beträgt der Mittelwert des Items 2,3.

Der nächsten Aussage „Ich habe Zeit Fragen zu stellen“ stimmten 45,8% der Patientinnen „voll und ganz zu“, 42,7% der Patientinnen stimmten „eher zu“.

Eine Minderheit von 11,5% der Befragten stimmte „eher nicht zu“ oder „gar nicht zu“, dass sie Zeit gehabt hätten um Fragen zu stellen.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Ich habe Zeit, Fragen zu stellen.	2/2,1%	9/9,4%	41/42,7%	44/45,8%	96/100%	3,32

Tabelle 83: Kennzahl „Zeit für Fragen“

Zeit für Fragen (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	44	45,4	45,8	45,8
2,67	41	42,3	42,7	88,5
4,33	9	9,3	9,4	97,9
6,00	2	2,1	2,1	100,0
Gesamt	96	99,0	100,0	
Fehlend	1	1,0		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 84: Schulnotenskala „Zeit für Fragen“

Auf der Schulnotenskala entspricht die Verteilung 44 „Sehr gut“, 41 „Befriedigend“, 9 „Ausreichend“ und 2 „Ungenügend“.

	Zeit für Fragen (Roh-Skala)	Zeit für Fragen (relativierte Skala)	Zeit für Fragen (Schulnoten-Skala)
N Gültig	96	96	96
Fehlend	1	1	1
Mittelwert	3,3229	3,3229	2,1285

Tabelle 85: Mittelwerte „Zeit für Fragen“

Der Mittelwert beträgt 3,2, auf der Schulnotenskala 2,1.

Das letzte Item aus diesem Fragebogenteil ist die Aussage: „Ich merke manchmal, dass mein Arzt in Eile ist“. Die Antworten der Patientinnen verteilten sich wie folgt:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Ich merke manchmal, dass mein Arzt in Eile ist.	34/35,4%	30/31,2%	24/25%	8/8,3%	96/100%	2,06

Tabelle 86: Kennzahl „Arzt in Eile“

66,6% der Studienteilnehmerinnen stimmten der Aussage „gar nicht zu“ oder „eher nicht zu“. 25% stimmten „eher zu“. Acht Patientinnen gaben an, dass es „voll und ganz“ zutrefte, dass sie manchmal gemerkt hätten, dass ihr Arzt in Eile ist.

Arzt in Eile (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
1,00	34	35,1	35,4	35,4
2,67	30	30,9	31,2	66,7
4,33	24	24,7	25,0	91,7
6,00	8	8,2	8,3	100,0
Gesamt	96	99,0	100,0	
Fehlend	1	1,0		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 87: Schulnotenskala „Arzt in Eile“

Die weiteren Skalen entsprechen der Häufigkeitsverteilung der Antworten.

	Arzt in Eile (Roh-Skala)	Arzt in Eile (relativierte Skala)	Arzt in Eile (Schulnoten-Skala)
N			
Gültig	96	96	96
Fehlend	1	1	1
Mittelwert	2,0625	2,0625	2,7708

Tabelle 88: Mittelwerte „Arzt in Eile“

Der Mittelwert der Bewertungen liegt mit 2,06 bei „stimme eher nicht zu“. Die Schulnoten-Skala ergibt, die negative Formulierung des Items berücksichtigend, einen Mittelwert von 2,8.

3.1.5.2 Abschnitt D Teil 2: Informationsverhalten

Der zweite Teil von Abschnitt D enthält die Kennzahlen „Informationsrezeption der Patientinnen“ und „medizinischer Informationsbedarf“ mit je vier Items.

Die Items „Die Erklärungen des Arztes sind verständlich“, „Ich weiß, wann ich während der Behandlung Medikamente nehmen muss“, „Ich weiß, wie die Medikamente, die ich nehmen muss, wirken“ und „Ich weiß, worauf ich im Verlauf der Behandlung achten muss“ erzeugen die selbst gebildete Kennzahl „Informationsrezeption der Patientinnen“ mit einer internen Konsistenz (Cronbachs Alpha) von 0,762.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Die Erklärungen des Arztes sind verständlich.	-	4/4,1%	25/25,8%	68/70,1%	97/100%	3,66
Ich weiß wann ich während der Behandlung Medikamente nehmen muss.	-	1/1%	15/15,5%	81/83,5%	97/100%	3,82
Ich weiß wie die Medikamente, die ich während der Behandlung nehmen muss, wirken.	2/2,1%	19/19,6%	29/29,9%	47/48,5%	97/100%	3,25
Ich weiß worauf ich im Verlauf der Behandlung achten muss.	-	11/11,3%	35/36,1%	51/52,6%	97/100%	3,41

Tabelle 89: Kennzahl „Informationsrezeption der Patientinnen“

70,1% der Patientinnen stimmten „voll und ganz zu“, dass die Erklärungen des Arztes verständlich waren, 25,8% stimmten dem „eher zu“.

Vier Patientinnen fanden die Aussage „eher nicht“ zutreffend. 99% der Befragten stimmten „eher zu“ oder „voll und ganz zu“, dass sie wüssten, wann sie während der Behandlung Medikamente nehmen müssen.

Wie diese Medikamente wirken, wussten 48,5% der Befragten („stimme voll und ganz zu“) genau, 29,9 % stimmten dem „eher zu“.

19,6% wussten eher nicht, wie die Medikamente wirken, zwei Patientinnen gaben „stimme gar nicht zu“ an.

Informationsrezeption der Patientinnen (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	39	40,2	40,2	40,2
1,42	11	11,3	11,3	51,5
1,83	15	15,5	15,5	67,0
2,25	8	8,2	8,2	75,3
2,67	9	9,3	9,3	84,5
3,08	11	11,3	11,3	95,9
3,50	4	4,1	4,1	100,0
Gesamt	97	100,0	100,0	

Tabelle 90: Schulnotenskala „Informationsrezeption der Patientinnen“

Die Informationsrezeption der Patientinnen entspricht auf der Schulnotenskala in 51,5% einem „sehr gut“ und in 23,7% einem „gut“. Die schlechtesten Beurteilungen sind viermal eine 3,5.

	Informationsrezeption der Patientinnen (Roh-Skala)	Informationsrezeption der Patientinnen (relativierte Skala)	Informationsrezeption der Patientinnen (Schulnoten-Skala)
N	97	97	97
Gültig	97	97	97
Fehlend	0	0	0
Mittelwert	14,1443	3,5361	1,7732

Tabelle 91: Mittelwerte „Informationsrezeption der Patientinnen“

Der Mittelwert der Kennzahl „Informationsrezeption der Patientinnen“ liegt auf der relativierten Skala bei 3,54. Auf der Schulnotenskala entspricht die Bewertung einer 1,8.

Die letzte Kennzahl, die im Abschnitt D des Fragebogens abgefragt wurde, ist die KPF-N-Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“.

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Gesamt	Mittelwert
Ich hätte mir mehr Informationen über Medikamente (Nutzen/ Nebenwirkungen) gewünscht.	23/24%	36/37,5%	28/29,2%	9/9,4%	96/100%	2,24
Ich hätte mir mehr Informationen über die medizinische Behandlung gewünscht.	33/35,1%	42/44,7%	14/14,9%	5/5,3%	94/100%	1,9
Ich hätte mir mehr Informationen über Behandlungsrisiken gewünscht.	33/34,4%	32/33,3%	26/27,1%	5/5,2%	96/100%	2,03
Ich hätte mir mehr Informationen über den Umgang mit meinen Beschwerden gewünscht.	33/35,5%	41/44,1%	15/16,1%	4/4,3%	93/100%	1,89

Tabelle 92: Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“

61,5% der Patientinnen stimmten „gar nicht zu“ oder „eher nicht zu“, dass sie sich mehr Informationen über Nutzen und Nebenwirkungen der Medikamente gewünscht hätten.

29,2% stimmten „eher zu“ und 9,4% „voll zu“, dass sie gerne mehr Informationen bekommen hätten.

Die Aussage „Ich hätte mir mehr Informationen über die medizinische Behandlung gewünscht“ traf für 79,8% der Patientinnen „eher nicht“ zu oder „gar nicht“ zu. 14,9% stimmten der Aussage „eher zu“, 5,3% stimmten „voll und ganz zu“.

Mehr Aufklärung über Behandlungsrisiken wünschten sich 67,7% der Befragten „eher nicht“ oder „gar nicht“. 27,1% gaben an, sich „eher“ mehr Informationen gewünscht zu haben, 5,2% beurteilten dies als „voll und ganz“ zutreffend.

Über den Umgang mit ihren Beschwerden wünschten sich 79,6% „eher nicht“ oder „gar nicht“ mehr Informationen. 16,1% der Patientinnen gaben an, dass sie sich „eher“, 4,3% der Patientinnen „voll und ganz“ mehr Informationen zum Umgang mit ihren Beschwerden gewünscht hätten.

Medizinischer Informationsbedarf (Schulnoten-Skala)

Schulnoten	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1,00	17	17,5	18,5	18,5
1,42	7	7,2	7,6	26,1
1,83	7	7,2	7,6	33,7
2,25	3	3,1	3,3	37,0
2,67	18	18,6	19,6	56,5
3,08	13	13,4	14,1	70,7
3,50	12	12,4	13,0	83,7
3,92	4	4,1	4,3	88,0
4,33	3	3,1	3,3	91,3
4,75	5	5,2	5,4	96,7
5,17	1	1,0	1,1	97,8
6,00	2	2,1	2,2	100,0
Gesamt	92	94,8	100,0	
Fehlend	5	5,2		
Gesamt	97	100,0		

Tabelle 93: Schulnotenskala „Medizinischer Informationsbedarf“

Die Deckung des Bedarfs an medizinischen Informationen entsprach zu 26,1% der Schulnote „Sehr gut“. Ein weiterer Schwerpunkt von 46,7% liegt bei der Note „Befriedigend“.

	Medizinischer Informationsbedarf (Roh-Skala)	Medizinischer Informationsbedarf (relativierte Skala)	Medizinischer Informationsbedarf (Schulnoten-Skala)
N	92	92	92
Gültig	92	92	92
Fehlend	5	5	5
Mittelwert	8,0217	2,0054	2,6757

Tabelle 94: Mittelwerte „Medizinischer Informationsbedarf“

Der Mittelwert der Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“ beträgt 2,0. Auf der Schulnotenskala entspricht dies einer 2,7.

3.1.5.3 Zusammenfassung

Zur anschaulicheren Darstellung der Bewertungen der Patientinnen in beiden Teilen des Abschnitts D sind die Schulnotenmittelwerte bezüglich der „Arzt-Patient-Interaktion“ und des „Informationsverhaltens“ in Abbildung 16 graphisch wiedergegeben.

Die x-Achse bildet die Schulnoten von 1 bis 6 ab. Lange Balken entsprechen guten Bewertungen, kurze Balken schlechteren Bewertungen.

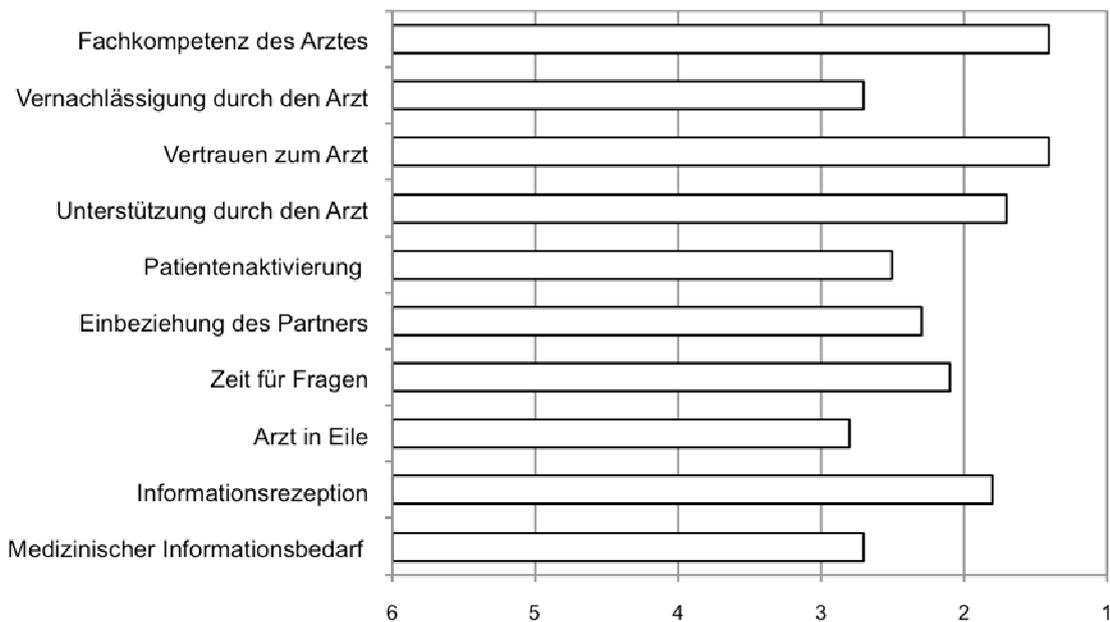


Abbildung 16: Mittelwerte der Schulnotenskalen „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“

Die Graphik zeigt deutlich, dass die Kennzahlen „Vertrauen zum Arzt“, „Fachkompetenz des Arztes“, „Unterstützung durch den Arzt“ und „Informationsrezeption der Patientinnen“ am besten bewertet wurden.

Das Item „Arzt in Eile“ und die Kennzahlen „Vernachlässigung durch den Arzt“, „Medizinischer Informationsbedarf“ und „Patientenaktivierung durch den Arzt“ schneiden mit Schulnoten-Werten von 2,5 bis 2,8 im Vergleich am schlechtesten ab.

3.1.6 Abschnitt E: Belastungsgrad

Die Kinderwunschbehandlung ist mit einer hohen Belastung für die Patientinnen verbunden. Nicht nur die Notwendigkeit, sich zur Erfüllung des Kinderwunsches einer solchen Behandlung zu unterziehen, stellt eine Herausforderung dar. Ebenfalls belastend sind die Angst vor möglicher Kinderlosigkeit und die Probleme, die dies für eine Partnerschaft mit sich bringt.

In Abschnitt E des Fragebogens wurde erhoben, welche Aspekte der Behandlung von den Patientinnen als besonders belastend empfunden wurden. Die Patientinnen bewerteten, inwiefern die einzelnen Aussagen auf sie persönlich zutreffen. Antwortmöglichkeiten waren „trifft nicht zu“ (1), „trifft eher nicht zu“ (2), „teils, teils“ (3), „trifft eher zu“ (4) und „trifft voll zu“ (5). Die Antworten verteilten sich wie folgt:

	Trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	Teils, teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Gesamt	Mittelwert
Ich habe große Angst, dass die Behandlung nicht erfolgreich ist.	5/5,3%	8/8,4%	20/21,1%	24/25,3%	38/40%	95/100%	3,86
Die Behandlung ist für unsere Partnerschaft eine Belastung.	25/26%	19/19,8%	36/37,5%	7/7,3%	9/9,4%	96/100%	2,54
Die Behandlung ist für mich körperlich belastend.	8/8,3%	20/20,8%	36/37,5%	19/19,8%	13/13,5%	96/100%	3,09
Die Behandlung ist für mich psychisch/emotional belastend.	3/3,1%	11/11,5%	35/36,5%	19/19,8%	28/29,2%	96/100%	3,6
Die Behandlung ist für uns eine finanzielle Belastung.	20/21,1%	11/11,6%	26/27,4%	22/23,2%	16/16,8%	95/100%	3,03
Die Zuzahlungspflicht seit 2004 ist für mich eine Belastung.	22/25,3%	9/10,3%	18/20,7%	14/16,1%	24/27,6%	87/100%	3,2
Die Komplettübernahme der Kosten nach dem dritten Versuch ist eine Belastung für mich.	17/19,8%	7/8,1%	6/7%	14/16,3%	42/48,8%	86/100%	3,66
Die Behandlung ist schmerzhaft.	18/18,9%	31/32,6%	33/34,7%	9/9,5%	4/4,2%	95/100%	2,47
Es ist mir peinlich, mich einer Fertilitätsbehandlung unterziehen zu müssen.	56/58,3%	18/18,8%	10/10,4%	5/5,2%	7/7,3%	96/100%	1,84
Die Behandlung ist meinem Partner peinlich.	51/53,1%	24/25%	10/10,4%	8/8,3%	3/3,1%	96/100%	1,83

Ich möchte nicht, dass mein Arbeitgeber von der Behandlung erfährt.	6/6,2%	7/7,3%	5/5,2%	18/18,8%	60/62,5%	96/100%	4,24
Ich habe Angst vor einer Mehrlingsschwangerschaft.	40/42,1%	16/16,8%	23/24,2%	8/8,4%	8/8,4%	95/100%	2,24
Ich habe Angst vor einer Fehlgeburt.	1/1%	4/4,2%	16/16,7%	22/22,9%	53/55,2%	96/100%	4,27

Tabelle 95: Belastungsgrad der Patientinnen

56,3% der Patientinnen gaben an, dass es für sie „eher“ oder „voll und ganz“ zutreffe, Angst vor einem Misserfolg der Behandlung zu haben. Für 21,1% der Patientinnen traf dies teilweise zu. 13,7% der Patientinnen gaben an, davor „gar keine“ oder „eher keine“ Angst zu haben. Eine Belastung für die Partnerschaft stellte die Behandlung für 16,7% der Patientinnen „eher“ dar oder „voll und ganz“ dar. 37,5% der Patientinnen gaben an, teilweise in ihrer Partnerschaft belastet zu sein, für die restlichen Patientinnen tarf dies „nicht zu“ oder „eher nicht zu“.

Als körperlich belastend empfanden 23,3% der Patientinnen die Behandlung („trifft voll und ganz zu“: 13,5%, „trifft eher zu“: 19,8%). 37,5% antworteten mit „teils, teils“ und 29,1% der Patientinnen empfanden die Behandlung „eher nicht“ oder „gar nicht“ körperlich belastend.

Die psychische und emotionale Belastung durch die Behandlung wird von den Patientinnen stärker empfunden als die körperliche Belastung.

Gaben 13,5% der Patientinnen als „voll und ganz“ zutreffend an, dass die Behandlung eine körperliche Belastung darstellte, waren das bei der psychisch-emotionalen Belastung mit 29,2% mehr als doppelt so viele Patientinnen. Für 19,8% der Befragten traf dies „eher“ zu, für 36,5% zumindest „teilweise“. „Gar keine“ oder eine „eher geringe“ psychische Belastung stellte die Behandlung nur für 14,6% der Patientinnen dar.

Die Antworten zum finanziellen Belastungsgrad verteilten sich relativ gleichmäßig. Für 40% der Patientinnen war dies „eher“ oder „voll und ganz“ belastend. 27,4% empfanden eine „teilweise“ Belastung, für 32,7% stellte die Behandlung „eher keine“ oder „gar keine“ finanzielle Belastung dar. Die Belastung durch die Zuzahlungspflicht zur Behandlung beurteilten 43,7% der Befragten „eher“ oder „voll und ganz“ zutreffend. 20,7% empfanden dies „teilweise“ belastend, 35,6% „eher nicht“ oder „gar nicht“. Die Komplettübernahme der Behandlungskosten durch die Patienten nach dem Drittversuch stellte für die Hälfte der Patientinnen (48,8%) eine hohe Belastung dar („trifft voll und ganz zu“). Für 16,3% war die Komplettübernahme „eher“, für 7% zumindest „teilweise“ eine Belastung. 27,9% der Patientinnen gaben an, dies „eher nicht“ oder „gar nicht“ als Belastung zu sehen.

Die Aussage „Die Behandlung ist schmerzhaft“ bewerteten lediglich 13,7% der Patientinnen als „eher“ oder „voll und ganz“ zutreffend. 34,7% gaben an, dass dies „teilweise“ zutreffe.

32,6% der Befragten stimmten der Aussage „eher nicht zu“ und 18,9% der Patientinnen empfanden die Behandlung als „gar nicht“ schmerzhaft. Über die Hälfte der Patientinnen (58,3%) empfand es „gar nicht“ peinlich, sich einer Fertilitätsbehandlung unterziehen zu müssen. Für 18,8% war es „eher nicht“ peinlich, für weitere 10,4% „teilweise“. 5,2% der Befragten empfanden es als „eher“ peinlich, für 7,3% traf dies „voll und ganz“ zu.

Für die Partner der Patientinnen sah die Verteilung ähnlich aus. Mit 53,1% war über der Hälfte der Männer die Behandlung „gar nicht“ peinlich. „Eher nicht“ und „teilweise“ peinlich war die Behandlung 25% bzw. 10,4% der Partner. Für 11,4% der Befragten traf es „eher“ oder „voll und ganz“ zu, dass die Behandlung dem Partner peinlich war.

62,5% der Patientinnen gaben an, dass sie auf gar keinen Fall möchten, dass ihr Arbeitgeber von der Behandlung erfährt. Für 18,8% der Patientinnen traf dies „eher“ zu, für 5,2% „teilweise“. 13,5% der Patientinnen war es „eher“ oder „voll und ganz“ gleichgültig, ob ihr Arbeitgeber von der Behandlung erfuhrt.

Angst vor einer Mehrlingsschwangerschaft gaben nur acht der befragten Patientinnen (8,4%) an. „Eher“ zutreffend war dies für ebenfalls 8,4%. 24,2% der Patientinnen stimmten dem „teilweise“ zu, 16,8% „eher nicht“. Mit 42,1% hatte der Großteil der Frauen keine Angst vor einer Mehrlingsschwangerschaft.

Die Aussage „Ich habe Angst vor einer Fehlgeburt“ beurteilten hingegen über die Hälfte der Patientinnen (55,2%) als „voll und ganz“ zutreffend. Für 22,9% traf dies „eher“ zu, für 16,7% „teilweise“. 4,2% der Befragten gaben an, „eher“ keine Angst vor einer Fehlgeburt zu haben. Nur eine einzige Patientin gab an, dass dies für sie „gar nicht“ zutreffe.

Zur Veranschaulichung der Beurteilungen des Belastungsgrades der Patientinnen sind die Mittelwerte der einzelnen Aussagen in Abbildung 17 graphisch dargestellt.

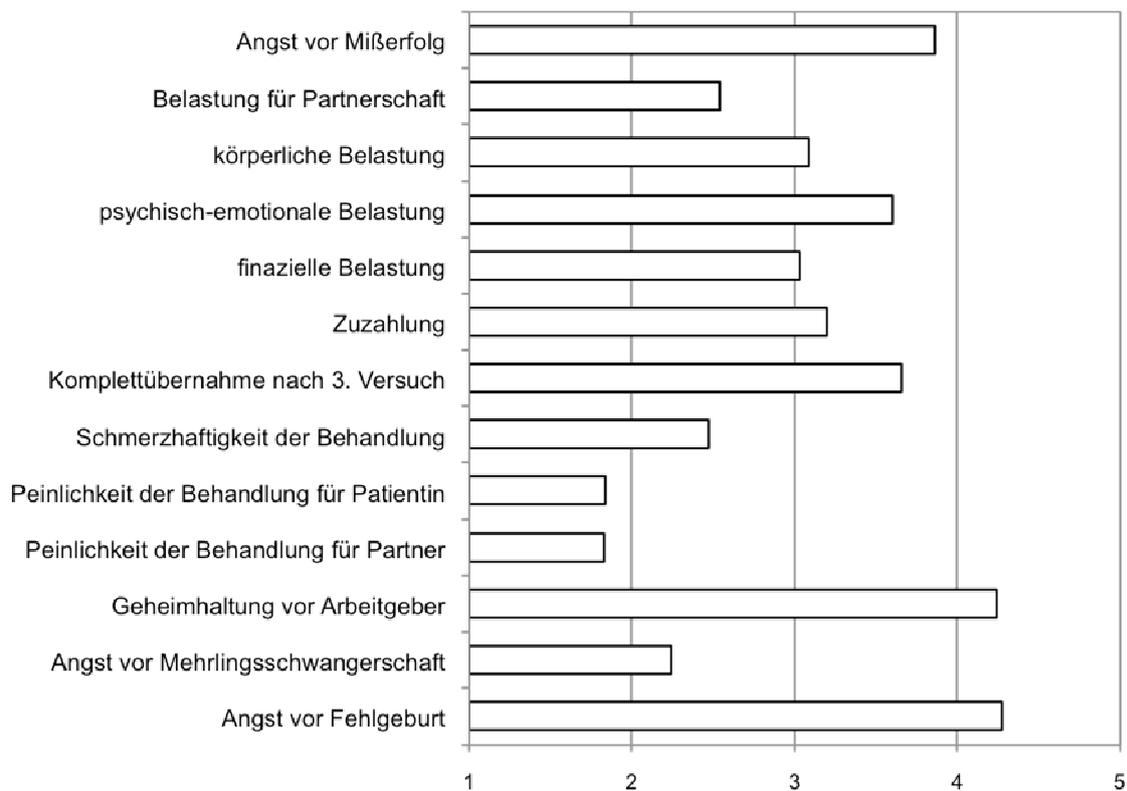


Abbildung 17: Mittelwerte Belastungsgrade der Patientinnen

Für die Patientinnen am stärksten belastend war die Angst vor einer Fehlgeburt, die Geheimhaltung der Behandlung vor dem Arbeitgeber und die Angst vor einem möglichen Misserfolg der Behandlung.

Auch die Komplettübernahme der Behandlungskosten durch die Patienten nach dem dritten Behandlungsversuch stellte für die meisten Patienten eher eine Belastung dar.

Die Patientinnen empfanden die Behandlung psychisch und emotional stärker belastend als körperlich.

Eher keine Belastung für die Patientinnen war das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft.

Die Behandlung wurde von der Mehrheit der Patientinnen als nicht besonders schmerzhaft empfunden und war für die meisten Patientinnen keine große Belastung ihrer Partnerschaft.

Als am wenigsten zutreffend wurden die Aussagen bewertet, dass die Behandlung für die Patientin und ihren Partner peinlich sei.

3.1.7 Abschnitt F: Patientinnengeschichte

In diesem Abschnitt des Fragebogens war Zielsetzung, die Patientinnen, die bereits in anderen Kinderwunschzentren behandelt wurden, zu erfassen, und ihre Gründe für den Wechsel hin zum UniKiD zu erfahren.

Von den 97 befragten Patientinnen war zur Zeit der Befragung die Behandlung im UniKiD für 59 Patientinnen die erste Kinderwunschbehandlung. 38 Patientinnen (39,2%) hatten sich bereits zuvor Kinderwunschbehandlungen unterzogen. Davon waren 21 Patientinnen bereits vor der aktuellen Behandlung Patientinnen des UniKiDs, die übrigen 17 Patientinnen wurden vorher in anderen Einrichtungen behandelt.

Zwölf dieser vorherigen Behandlungen außerhalb des UniKiDs wurden in privaten Kinderwunschzentren durchgeführt und eine im Kinderwunschzentrum einer anderen Universitätsklinik. Sechs der vorangehenden Behandlungen wurden von Gynäkologen der Patientinnen betreut und zwei Patientinnen kreuzten „Sonstiges“ an und schrieben im Freitext „Fertilitätszentrum eines anderen Krankenhauses“ (Nr. 72) und „Dortmund“ (Nr. 46).

Die Anzahl der Behandlungen, denen sich die 38 zuvor behandelten Patientinnen unterzogen hatten, verteilt sich wie in Abbildung 18 dargestellt.

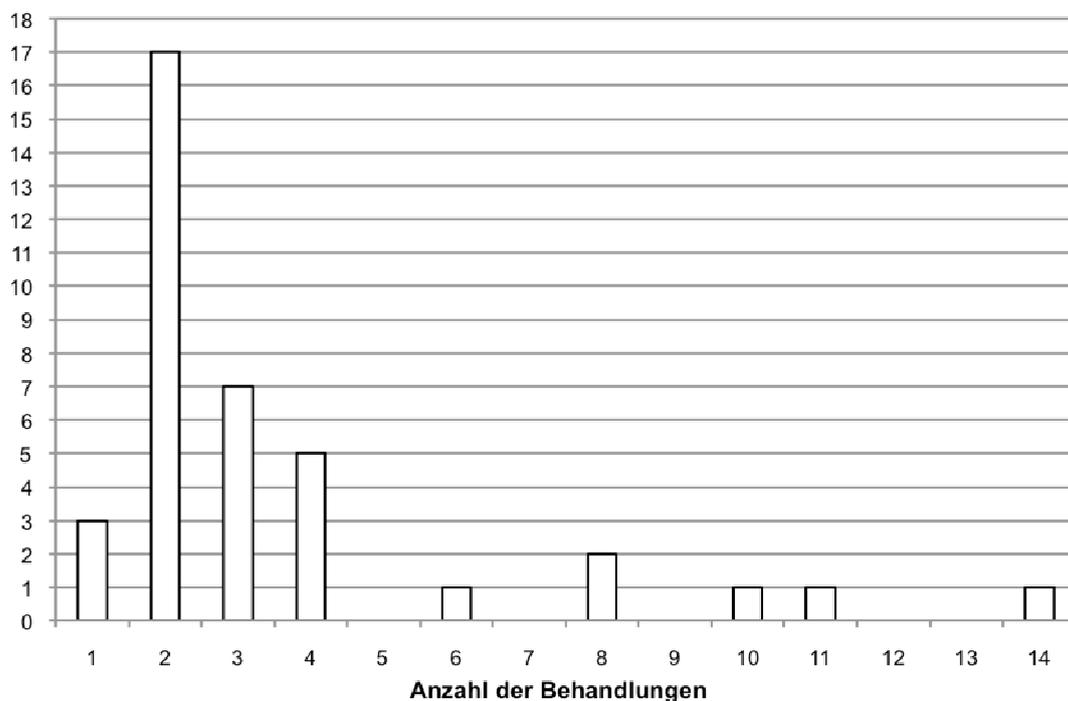


Abbildung 18: Anzahl der Behandlungen der Patientinnen

Auf der x-Achse ist die Anzahl der Behandlungen, auf der y-Achse die Anzahl der Patientinnen aufgeführt. 17 der 38 Patientinnen hatten bereits zwei Kinderwunschbehandlungen, eine Patientin wies die maximale Anzahl von vierzehn Vorbehandlungen auf.

Der nächste Fragenblock erfasste die ausschlaggebenden Gründe für die Entscheidung der Patientinnen zum Praxiswechsel, die zuvor nicht im UniKiD, sondern in anderen Einrichtungen behandelt wurden. Neun Items mit den Antwortmöglichkeiten „trifft nicht zu“ (1), „teils, teils“ (2) und „trifft zu“ (3) wurden vorgegeben.

	Trifft nicht zu	Teil, teils	Trifft zu	Gesamt	Mittelwert
Ich wurde nicht schwanger.	1/5,9%	3/17,6%	13/76,5%	17/100%	2,56
Ich wollte eine weitere Meinung hören.	3/20%	1/6,7%	11/73,3%	15/100%	2,11
Die Behandlung war teuer.	10/55,6%	2/11,1%	6/33,3%	18/100%	1,78
Die Atmosphäre gefiel mir nicht.	5/25%	6/30%	9/45%	20/100%	2,2
Ich denke, die Behandlung in einer Praxis der Uniklinik ist wissenschaftlich auf dem neueren Stand.	2/10,5%	2/10,5%	15/78,9%	19/100%	2,68
Ich fühlte mich mit meinen Problemen nicht verstanden.	7/35%	4/20%	9/45%	20/100%	2,1
Ich hatte keinen festen Ansprechpartner unter den Ärzten.	15/75%	1/5%	4/20%	20/100%	1,45
Ich wurde nicht ausreichend über die Behandlung informiert.	8/40%	5/25%	7/35%	20/100%	1,95
Die Praxis war nicht gut organisiert.	12/57,1%	2/9,5%	7/33,3%	21/100%	1,76

Tabelle 96: Gründe für Praxiswechsel

13 der zu diesem Punkt befragten Patientinnen gaben an, dass der ausschlaggebende Grund für ihren Praxiswechsel die ausbleibende Schwangerschaft war. Drei Patientinnen stimmten dem „teilweise“ zu, für eine Patientin war dieser Grund nicht ausschlaggebend.

11 der befragten Patientinnen wechselten zum UniKiD, weil sie eine weitere Meinung hören wollten. Für drei Patientinnen war dies kein wesentlicher Grund, für eine Patientin traf dies „teilweise“ zu. Die Hälfte der Patientinnen gab an, dass der Preis der Behandlung in der anderen Praxis für sie keine Rolle spielte, für zwei Patientinnen waren die Kosten „teilweise“ ein Grund für den Wechsel, sechs Patientinnen bezeichneten dies als für sie zutreffend.

Neun Patientinnen gefiel die Atmosphäre in ihrer alten Praxis nicht, für sechs traf dies „teilweise“ zu, für fünf Patientinnen nicht zu.

Mit 15 Zustimmungen der bedeutendste Grund für einen Praxiswechsel war die Meinung der Patientinnen, dass die Behandlung an einer Uniklinik wissenschaftlich auf dem neueren Stand sei. Für je zwei Patientinnen traf dies „teilweise zu“ oder „nicht zu“.

Neun Patientinnen fühlten sich in ihrer alten Praxis mit ihren Problemen nicht verstanden, für vier Patientinnen traf dies „teilweise zu“, für sieben Patientinnen „nicht zu“.

Einen festen Ansprechpartner unter den Ärzten in der vorherigen Praxis hatten 15 Patientinnen. Vier Patientinnen gaben an, keinen festen Ansprechpartner gehabt zu haben, eine Patientin betraf das „teilweise“. Sieben Patientinnen fühlten sich nicht ausreichend informiert, für acht Patientinnen waren Informationsdefizite nicht ausschlaggebend und für fünf der Befragten „teilweise“ ausschlaggebend für den Praxiswechsel.

Mit der Organisation der Praxis waren zwölf der Befragten zufrieden. Sieben Patientinnen nannten dies als Grund für ihren Wechsel, für zwei Patientinnen traf dies zumindest „teilweise zu“.

Entscheidende Kriterien für einen Praxiswechsel der Patientinnen hin zum UniKiD waren in der Zusammenfassung die wissenschaftlichen Vorteile der Uniklinik, das Ausbleiben der Schwangerschaft und der Wunsch, eine weitere Meinung zu hören. Nicht zutreffend war, dass es keinen festen Ansprechpartner gegeben hätte oder die Praxisorganisation nicht gut gewesen sei.

Für den Fall, dass unter den aufgelisteten Items nicht alle wesentlichen Gründe für den Praxiswechsel der Patientin gelistet waren, wurden diese gebeten, weitere für sie relevante Gründe im Freitext zu äußern. Insgesamt zwölf Patientinnen gaben hier weitere Gründe an, die ausschlaggebend für ihren Wechsel zum UniKiD waren.

Die Freitextkommentare wurden nach ihren Inhalten analysiert, zu Kategorien gruppiert und dann nach der Anzahl der Nennungen der Kategorien quantifiziert.

Es wurden zum einen Kategorien gewählt, die bereits Bestandteil der Kennzahlen des standardisierten Teils des Fragebogens waren, zum anderen Kategorien, die induktiv aus den Kommentaren der Patientinnen abgeleitet wurden (vgl. Blum, 1998, S. 199 ff.).

Hier ließen sich drei wesentliche Schwerpunkte nachweisen: Zuvorderst Störungen in der Arzt-Patient-Beziehung, wie die Vernachlässigung durch den Arzt, mangelndes Vertrauen zum Arzt, Hektik und Informationsdefizite. Weitere Faktoren waren Probleme mit der Strukturqualität, wie Behandlungskosten, Schwierigkeiten mit dem Praxispersonal und die Atmosphäre der Einrichtung. Eine eigene Kategorie bildet der Praxiswechsel aufgrund der Weiterempfehlung bzw. Überweisung der Patientinnen durch den zuvor behandelnden Arzt.

In Tabelle 97 sind die einzelnen Nennungen nach Kategorien gruppiert aufgeführt. In Klammern hinter den einzelnen Kommentaren befinden sich die Fragebogennummern.

=> Störungen der Arzt-Patient-Beziehung (9 Nennungen)	
Vernachlässigung durch den Arzt (3 Nennungen)	<p><i>Gleichgültigkeit gegenüber terminlichen Schwierigkeiten und psychischen Belastungen durch die Kinderlosigkeit/Behandlung. Mangelnde Kritikfähigkeit/Bereitschaft das Behandlungsschema zu überprüfen/zu variieren des dortigen Personals. (Nr. 93)</i></p> <p><i>Arroganz der behandelnden Ärztin, Profit im Vordergrund, zu offensichtlich mangelnde Aufklärung über nicht notwendig intramuskuläre Spritzensetzung von Predalon, Verletzung während Insemination, dass das Zentrum inzwischen geschlossen wurde spricht für sich. (Nr. 72)</i></p> <p><i>Die Behandlung wurde von verschiedenen Ärzten durchgeführt, wir fühlten uns nicht persönlich angenommen und nach dem Fehlschlag dauerte es lange (10 Tage) bis wir einen Beratungstermin bekamen, der wieder von einem fremden Arzt durchgeführt wurde. (Nr. 55)</i></p>
Hektik (2 Nennungen)	<p><i>vor allem: keine ZEIT für Gespräche in alter Praxis (Nr. 97)</i></p> <p><i>gestresster Arzt (Nr. 21)</i></p>
Vertrauen zum Arzt (3 Nennungen)	<p><i>Mir konnte kein wirklicher Grund/Diagnose für unseren unerfüllten KiWu genannt werden und wir hatten den Eindruck, man wollte uns einfach möglichst schnell zu einer ICSI "überreden". (Nr. 7)</i></p> <p><i>Ungereimtheiten in der Behandlung. (Nr. 21)</i></p> <p><i>Die Praxis machte einen sehr kühlen und profitorientierten Eindruck. Nicht der Mensch stand im Mittelpunkt sondern die Technologie und das medizinisch machbare. (Nr. 41)</i></p>
Informationsdefizit (1 Nennung)	<p><i>Mangelnde Informationen über Behandlung/Beschwerden und Kosten. (Nr. 11)</i></p>
=> Strukturqualität (6 Nennungen)	
Praxispersonal (1 Nennung)	<p><i>unsensibles Personal (Nr. 21)</i></p>
Praxisorganisation (1 Nennung)	<p><i>Extrem lange Wartezeiten, trotz Termin, Unvereinbarkeit mit dem Beruf. (Nr. 21)</i></p>
Behandlungskosten (2 Nennungen)	<p><i>Hatte das Gefühl, die Praxis war mehr an Geld als an meiner Schwangerschaft interessiert. (Nr. 4)</i></p> <p><i>Vereinzelt hoher Gebührenfaktor. (Nr. 11)</i></p>
Atmosphäre (1 Nennung)	<p><i>Die Atmosphäre gefiel uns nicht. (Nr. 55)</i></p>
=> Weiterempfehlung (2 Nennungen)	
	<p><i>Mein Gynäkologe strebte aufgrund besserer Möglichkeiten und Methoden den Wechsel in ein Kinderwunschzentrum an. (Nr. 16)</i></p> <p><i>Mein Arzt hat mir empfohlen ein Kinderwunschzentrum aufzusuchen. (Nr. 43)</i></p>

Tabelle 97: Kategorisierung Freitextantworten Patientinnengeschichte

Neun Patientinnen wechselten die Praxis, weil sie mit der Arzt-Patient-Beziehung unzufrieden waren. Drei Patientinnen fühlten sich durch ihren Arzt vernachlässigt, zwei Patientinnen beschwerten sich über Hektik und Zeitnot. Drei Patientinnen gaben an, kein Vertrauen zu dem vorher behandelnden Arzt gehabt zu haben und eine Patientin beklagte sich über Informationsdefizite.

Bezüglich der Strukturqualität wurden folgende Punkte genannt: Eine Patientin war mit dem Praxispersonal unzufrieden, eine weitere klagte über die Praxisorganisation, zweimal wurden die Behandlungskosten genannt und einer Patientin gefiel die Atmosphäre in ihrer vorherigen Praxis nicht.

Zwei Patientinnen wechselten zum UniKiD, weil ihnen von ihrem vorherigen Arzt das UniKiD empfohlen wurde oder sie eine Überweisung zum UniKiD erhielten.

3.1.8 Abschnitt G: Sonstiges

Abschnitt G des Fragebogens erhob persönliche Einstellungen der Patientinnen zu diversen aktuellen Themen der Reproduktionsmedizin.

So sind die Kinderwunschzentren in Deutschland im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern diversen gesetzlichen Reglementierungen unterworfen, was sich sowohl im Bereich der Forschung als auch der Behandlungsmöglichkeiten und deren Erfolgsraten teils nachteilig auswirkt.

Beispielsweise erreichen Reproduktionszentren in den USA Baby-Take-Home-Raten nach ART (Assisted Reproduction Therapy) im ersten Behandlungszyklus von bis zu 38,3% (je nach Alter der Frau). Die Gesamt-Schwangerschaftsraten der deutschen Zentren betragen 2007 in 64.578 Behandlungszyklen pro Embryonentransfer 29,9% bei IVF, 28,5% bei ICSI und 18,3 % nach Kryo-Embryonentransfer (vgl. DIR, 2007, S. 5). Bei der in Deutschland verbotenen Eizellspende weisen die amerikanischen Zentren sogar Lebendgeburten pro Behandlungszyklus von 40,3% bis 46,8% auf (vgl. Stern et al., 2009, S. 6).

Damit sind sie, wie aus Abbildung 19 ersichtlich, – zumindest in der Erfolgsrate – deutschen Zentren überlegen.

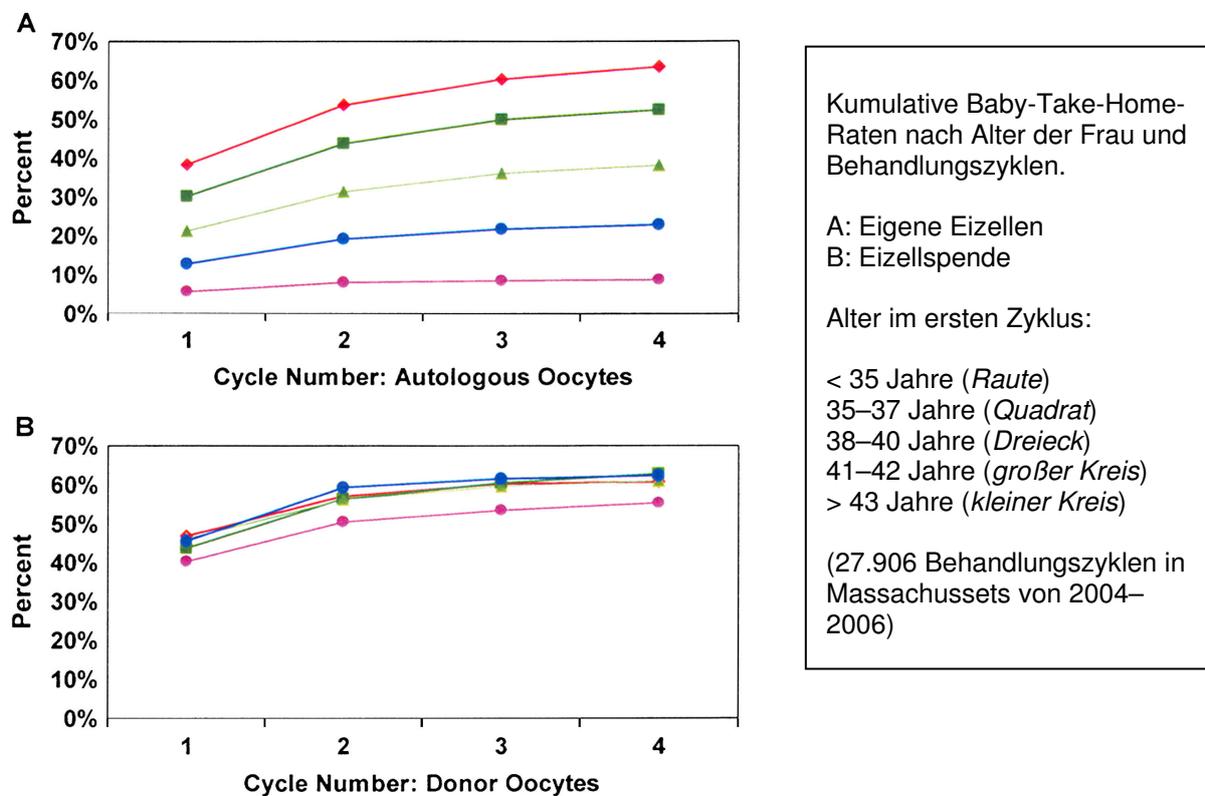


Abbildung 19: Kumulative Lebendgeburtsraten nach ART in Abhängigkeit vom Alter der Frau und Behandlungszyklus (Stern et al., 2009, S. 6).

Gründe für diese Unterschiede hinsichtlich der Baby-Take-Home-Raten sind zum einen darin zu sehen, dass in den USA in einem Behandlungszyklus teilweise mehr Embryonen transferiert werden als in Deutschland und es dadurch gehäuft zu Mehrlingsschwangerschaften kommt.

Ein weiterer Grund ist die in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz (vgl. ESchG, 1990) verbotene Möglichkeit der Selektion der Embryonen durch Präimplantationsdiagnostik. Diese ermöglicht es, Chromosomenaberrationen und genetische Defekte der zu implantierenden Embryonen vor dem Transfer auszuschließen, was die Chance auf eine Nidation des Embryos und auf die Vollendung der Schwangerschaft erhöht.

Eine weitere Steigerung der Schwangerschaftsraten bietet der Transfer von Embryonen im Blastozystenstadium (Tag 5), in dem ihr späteres Entwicklungspotential qualitativ bereits absehbar ist (vgl. Krüssel, 2009).

In Österreich wurden in den letzten Jahren zeitgleich bis zu sieben Embryonen bei klassischem Embryonentransfer am 2. bis 3. Tag und bis zu sechs Embryonen bei Blastozystentransfers im späteren Stadium verwendet. Die Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (OEGRM) empfiehlt zwar mittlerweile den Transfer von maximal drei Embryonen pro Zyklus, diese werden jedoch vorher anhand der Anzahl der Blastomeren, der Einheitlichkeit ihrer Größe und dem Grad an Fragmentationen, auf ihre Qualität hin geprüft (vgl. OEGRM, 2009).

Sowohl der Transfer von Embryonen im Blastozystenstadium als auch die Selektion von Embryonen nach Qualität und Entwicklungspotential sind in Deutschland durch das ESchG verboten und stehen somit Kinderwunschaaren, die sich in Deutschland behandeln lassen, nicht als Alternative zur Verfügung.

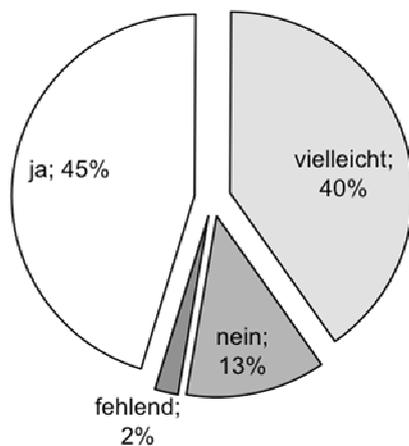
Eine in Deutschland erlaubte Möglichkeit, das genetische Material der Eizelle zu untersuchen, ist die Polkörperdiagnostik. Sie fällt, da sie vor Abschluss der Befruchtung stattfindet, nicht unter die Präimplantationsdiagnostik und ist daher nach dem ESchG zulässig. Im Rahmen der ersten Reifeteilung spaltet die Eizelle einen Polkörper mit haploidem Chromosomensatz ab. Durch das Eindringen des Spermiums – vor Verschmelzung des mütterlichen und väterlichen Erbguts – tritt die Eizelle in die zweite Reifeteilung und spaltet unter Bildung des zweiten Polkörpers einen ihrer Chromatidensätze ab. Diese Polkörper lassen eine Untersuchung des mütterlichen Chromosomensatzes auf Fehlverteilungen und Anomalien zu.

Die erste Frage in Abschnitt G des Fragebogens lautete: „Durch die genetische Untersuchung der Eizelle (Polkörperdiagnostik) kann man die Hälfte des genetischen Materials auf bestimmte Auffälligkeiten, wie Chromosomenanomalien, prüfen. Kommt eine

solche Untersuchung für Sie in Frage?“ Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „vielleicht“ und „nein“. Die Antworten verteilten sich wie folgt:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
nein	12	12,4	12,6
vielleicht	39	40,2	41,1
ja	44	45,4	46,3
Gesamt	95	97,9	100,0
Fehlend	2	2,1	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 98: Polkörperdiagnostik



Mit insgesamt 44 klaren Zustimmungen und 39 Patientinnen, die „vielleicht“ angaben, würde die Mehrheit der Patientinnen, eine Polkörperdiagnostik ihrer Eizellen durchführen lassen. 12 Patientinnen lehnten eine solche Untersuchung ab.

Abbildung 20: Polkörperdiagnostik

Die nächste Frage betraf die in Deutschland durch das EschG verbotene Präimplantationsdiagnostik – die Untersuchung der befruchteten Eizelle – mit folgendem Wortlaut: „Die Untersuchung des Embryos vor der Einpflanzung (Präimplantationsdiagnostik) ist in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern verboten. Käme eine solche Untersuchung – wenn Sie erlaubt wäre – für Sie in Frage?“ Antwortkategorien waren: „ja“, „vielleicht“ und „nein“.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
nein	14	14,4	14,9
vielleicht	35	36,1	37,2
ja	45	46,4	47,9
Gesamt	94	96,9	100,0
Fehlend System	3	3,1	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 99: Präimplantationsdiagnostik



Abbildung 21: Präimplantationsdiagnostik

Für 45 Patientinnen käme Präimplantationsdiagnostik in Frage, 35 Frauen entschieden sich für die Antwort „vielleicht“.

Damit würden 82% der Patientinnen Präimplantationsdiagnostik – sofern diese erlaubt wäre – gegebenenfalls in Anspruch nehmen.

14 Frauen äußerten sich entschieden dagegen.

Die Möglichkeiten der deutschen Reproduktionszentren sind durch die deutsche Gesetzgebung nicht nur gegenüber denen in den USA, sondern auch im Vergleich zu vielen europäischen Nachbarstaaten eingeschränkt.

Der nächste Fragenblock erhebt Einstellungen der Patientinnen zur Fertilitätsbehandlung im Ausland. Auf einer fünfstufigen Skala waren die Antwortmöglichkeiten „trifft nicht zu“ (1), „trifft eher nicht zu“ (2), „teils, teils“ (3), „trifft eher zu“ (4) und „trifft voll zu“ (5) gegeben.

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teil, teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu	Gesamt	Mittelwert
Eine Fertilitätsbehandlung im Ausland käme für mich in Frage.	22/22,9%	24/25%	22/22,9%	15/15,6%	13/13,5%	96/100%	2,72
Eine Behandlung im Ausland birgt mehr Risiken.	10/11,5%	22/25,3%	30/34,5%	13/14,9%	12/13,8%	87/100%	2,94
Behandlungen im Ausland haben höhere Erfolgsraten.	11/13,6%	12/14,8%	29/35,8%	25/30,9%	4/4,9%	81/100%	2,99
In Deutschland sollten die Vorschriften zur Embryonenforschung gelockert werden.	7/7,7%	7/7,7%	25/27,5%	22/24,2%	30/33%	91/100%	3,67

Tabelle 100: Behandlung im Ausland und ESchG

Für fast die Hälfte der Patientinnen (47,9%) käme eine Behandlung im Ausland „nicht“ oder „eher nicht“ in Frage. 84,7% der Patientinnen stimmten zumindest „teils“ zu, dass die Vorschriften zur Embryonenforschung in Deutschland gelockert werden sollten.

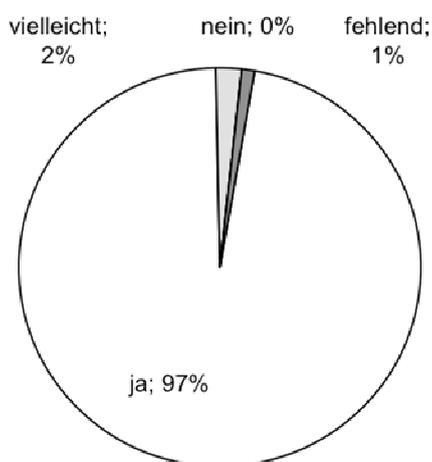
Hinsichtlich der Einstellung der Patientinnen zu Risiken und Erfolgsraten von Behandlungen im Ausland ist keine klare Polarisierung erkennbar.

Eine weitere Frage zielte darauf ab, ob die Patientinnen das UniKiD befreundeten Paaren weiterempfehlen würden. Antwortmöglichkeiten waren „ja“, „vielleicht“ und „nein“.

Die folgende Tabelle und Graphik gibt die Verteilung der Patientinnenantworten wieder.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
nein	0	0	0
vielleicht	2	2,1	2,1
ja	94	96,9	97,9
Gesamt	96	99,0	100,0
Fehlend	1	1,0	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 101: Weiterempfehlung



Mit 96,9% würden fast alle Patientinnen das UniKiD ihren Freunden weiterempfehlen.

Zwei Patientinnen gaben an, dass sie es nur „vielleicht“ weiterempfehlen würden. Keine der UniKiD-Patientinnenstudienteilnehmerinnen sprach sich völlig gegen eine Weiterempfehlung aus.

Abbildung 22: Weiterempfehlungsbereitschaft

Die letzten beiden Fragen des Abschnittes G waren Freitextangaben, in denen die Patientinnen um Kritik, Anregungen und Lob gebeten wurden.

Zur Auswertung der offenen Fragen wurde ein Kategorienschema gebildet, das die Kommentare nach inhaltlichen Kriterien in einzelne Analyseeinheiten einteilt.

Die einzelnen Nennungen in den Freitextantworten wurden zu Kategorien gruppiert und quantifiziert.

Die Kategorien wurden gemäß den im Fragebogen eingesetzten Kennzahlen gebildet.

Aus den Nennungen der Patientinnen, die nicht diesen Kategorien zugeordnet werden konnten, wurden induktiv neue Kategorien gebildet, wenn diese mindestens zwei Mal genannt wurden.

Nach der Kategorisierung wurden die Kommentare nach ihrer Frequenz, entsprechend der Häufigkeit der Nennungen innerhalb der Kategorien, analysiert.

Zusätzlich wurde die Wertigkeit der Antworten anhand der Anzahl der positiven und negativen Kommentare ermittelt (vgl. Blum, 1998, S. 199 ff.).

Zum Punkt „Kritik und Anregungen“ machten 57 Patientinnen (59%) Angaben, zum Punkt „Lob“ 66 Patientinnen (68%).

Bei der Frage „Womit waren Sie besonders unzufrieden? Haben Sie Kritik oder Anregungen?“ ließen sich mehrere Kommentarkategorien unterscheiden. Zum einen kritische Kommentare zur Kategorie „Praxisorganisation“ mit den Unterpunkten: „Telefonische Erreichbarkeit“ (30 Nennungen), „Wartezeit“ (9 Nennungen), „Terminvergabe“ (11 Nennungen), „Praxisausstattung“ (6 Nennungen), „Kosten/Rechnungsabwicklung“ (6 Nennungen) und „Mangelnde Diskretion“ (5 Nennungen).

Als weitere Kategorie ließen sich Nennungen in die Bereiche „Personal“ (6 Nennungen), „Informationsdefizite“ (9 Nennungen), „Hektik“ (4 Nennungen), „Kontinuität der Betreuung“ (3 Nennungen) und „subjektive Behandlungsfehler“ (2 Nennungen) aufteilen.

Weitere Punkte waren Anregungen zu „Akupunktur und Naturheilverfahren“ (2 Nennungen), „Kommentare zum Fragebogen“ selbst (1 Nennung) und als letztes die Kategorie „Diverses“ mit einzelnen Kommentaren (3 Nennungen), die keinem anderen Punkt zuzuordnen waren.

In Tabelle 102 sind die einzelnen Kategorien mit ihren Nennungen aufgelistet. In Klammern hinter den Nennungen befindet sich die Fragebogennummer.

Praxisorganisation

Telefonische Erreichbarkeit der Praxis (30 Nennungen)

Bei der Rezeption klingelt das Telefon ständig. Die Schwestern sind beschäftigt - sie schaffen es nicht das Telefon anzunehmen. (Nr.1)

Die Terminvereinbarung/Erreichbarkeit per Telefon ist eine Katastrophe, oft hat einfach keiner Zeit ans Telefon zu gehen. (Nr. 4)

Mit der teilweise sehr schlechten telefonischen Erreichbarkeit des Praxis-teams um beispielsweise einen Termin zu vereinbaren. Es wäre evtl. sinnvoll hier das Pflegepersonal zu entlasten und eine Kraft einzustellen, die sich um den organisatorischen Ablauf kümmert. (Nr. 7)

leider ist die telefonische Erreichbarkeit sehr schwierig. (Nr. 13)

Telefonanrufe werden nicht entgegengenommen. (Nr. 14)

besonders unzufrieden: telefonische Erreichbarkeit bei der Terminvergabe. Insbesondere morgens und in der Mittagszeit (wenn man als Angestellte ungestört telefonieren kann) ist meist ÜBERHAUPT KEIN Durchkommen möglich - es geht einfach keiner dran. (...) (Nr. 15)

Die Praxis ist telefonisch schwer zu erreichen. Ich muss viele Male anrufen um durchzukommen, das ist im Berufsalltag oft unmöglich oder schwer. (...) (Nr. 17)

Kritik: tel. Erreichbarkeit. Teilweise 3h tel. versucht Termin zu vereinbaren. (...) (Nr. 18)

(...) schlechte tel. Erreichbarkeit, (...) (Nr. 19)

Bei dem 1. IVF-Zyklus war es teilweise schwierig, die Praxis-Schwestern zu erreichen. Das hat sich beim 2. Zyklus deutlich gebessert. (Nr. 23)

Das Telefon war früher öfter besetzt. Das hat sich allerdings gebessert. (Nr. 26)

Telefonanbindung am Empfang (nicht Notfallhandy) - ein separater Telefon-Empfang wäre wünschenswert. (...) (Nr. 28)

telefonische Erreichbarkeit könnte etwas besser sein. (Nr. 34)

Telefonische Erreichbarkeit müsste verbessert werden (Nr. 39)

telefonische Erreichbarkeit zu Terminvergabe oft schwierig (häufig 3 - 6 Anrufe bis Leitung frei ist bzw. bis bei freier Leitung jemand antwortet. (Nr. 40)

Die telefonische Erreichbarkeit ist eher schwierig. Es wäre gut, wenn zur Terminvereinbarung eine bessere Erreichbarkeit sichergestellt werden könnte, z.B. durch 1 Stunde hierfür am Tag. (Nr. 41)

(...)Telefonische Erreichbarkeit am Empfang war sehr schlecht. (Nr. 42)

Bereits vor 2 1/2 Jahren und auch dieses Mal habe ich zwecks telefonischer Auskunft über Laborwerte bis zu 1 Stunde niemanden erreicht! Es wäre wünschenswert, wenn der Empfang immer telefonisch erreichbar bzw. besetzt wäre. (Nr. 49)

	<p><i>Es ist teilweise sehr schwierig telefonisch bei UNIKID durchzukommen. Entweder geht niemand ran oder es ist besetzt. Meist erreicht man erst nach mehreren Versuchen jemanden. (Nr. 57)</i></p> <p><i>Was mir nicht zusagt ist, dass die Praxis telefonisch nicht besonders gut zu erreichen ist, gerade vormittags oder Montags und Freitags, weil die Leitung überlastet ist und das Personal auch! (...) (Nr. 63)</i></p> <p><i>(...) telefonische Erreichbarkeit, (...) (Nr. 67)</i></p> <p><i>schlechte telefonische Erreichbarkeit des Empfangs. (...) (Nr. 68)</i></p> <p><i>Laboranrufzeiten von 14:00 bis 15:00 -> Problem: Leitung ist belegt -> man muss viele Male wählen, was ein Problem ist, wenn man bei der Arbeit ist und "unauffällig" anrufen möchte. (Nr. 78)</i></p> <p><i>Sehr schlechte Erreichbarkeit zur Terminvergabe und Abfrage der Laborbefunde. (...) (Nr. 80)</i></p> <p><i>Die telefonische Erreichbarkeit ist äußerst schlecht. (Nr. 82)</i></p> <p><i>Manchmal braucht man wirklich sehr lange, um telefonisch zu UniKid durchzukommen. Gerade, wenn man von der Arbeitsstelle anruft, ist dies mitunter schwierig. (Nr. 83)</i></p> <p><i>Zu lange Wartezeiten, telefonische Erreichbarkeit war nicht zufrieden stellend. (Nr. 84)</i></p> <p><i>(...) lange Wartezeit am Telefon, bis jemand da ist, weiß aber, dass es behoben werden soll. (Nr. 85)</i></p> <p><i>schlecht telefonisch erreichbar (eventuell nur 1 Person speziell für "Telefondienst"). (Nr. 90)</i></p> <p><i>schlechter Informationsfluss in Folge der mangelhaften Erreichbarkeit von Rezeption, Labor und Ärzten (telefonisch und teilweise auch per Mail) => daher z. T. Gefährdung der Behandlung bzw. große psychische Belastung. (...) (Nr. 93)</i></p>
<p>Wartezeit (9 Nennungen)</p>	<p><i>Bin sehr zufrieden gewesen und empfehle UniKid jederzeit weiter. Unbedingt Wartezeiten verkürzen, trotz Termin wartet man bis zu 1h.(Nr. 9)</i></p> <p><i>(...) Einstellungsstopp bei Patienten, wenn zu viele in Behandlung sind, dadurch kürzere Wartezeiten.(...) (Nr. 10)</i></p> <p><i>(...) Planbarkeit Wartezeiten, mal geht's schnell, mal wartet man 2 h trotz Termin. (...) (Nr. 18)</i></p> <p><i>Trotz Termin habe ich immer eine halbe Stunde warten müssen. (...) (Nr. 42)</i></p> <p><i>Lange Wartezeiten für den 1. Gesprächstermin (Nr. 43)</i></p> <p><i>Wartezeiten, (...) (Nr. 67)</i></p> <p><i>Wartezeiten, (...) (Nr. 88)</i></p> <p><i>(...) Wartezeiten führen zu Hetze/Anspannung (Nr. 89)</i></p>

	<p><i>Lange Wartezeiten bis zum Erstgespräch (in anderen Instituten aber auch), (...) (Nr. 85)</i></p>
<p>Terminvergabe (11 Nennungen)</p>	<p><i>(...) Oft sind Termine (Blutabnahme & Ultraschall) vor der regulären Arbeitszeit, man kommt trotzdem zu spät zur Arbeit was auch belastend ist. (Nr. 10)</i></p> <p><i>(...) Terminplanung: Transfertermin nicht planbar da gr. Babysitterproblem. (...) (Nr. 18)</i></p> <p><i>(...) z. T. Schwierigkeiten früh morgens bzw. spät nachmittags Termin zu erhalten. (...) (Nr. 19)</i></p> <p><i>Die Öffnungszeiten noch eine halbe Stunde nach vorne verlegen. Wartezeiten (z. T. bis zu 2/3 Stunden!) Das ist dem Arbeitgeber schwer zu erklären. (Nr. 25)</i></p> <p><i>Wunsch nach deutlich mehr Flexibilität bei der Terminvergabe, insbesondere für Berufstätige in leitender Funktion (Nr. 33)</i></p> <p><i>(...) Teilweise ist es schwierig, die Termine mit dem Job zu vereinbaren. (Nr. 48)</i></p> <p><i>(...) Termin in Anästhesie muss extra vereinbart werden. keine Aufklärung darüber bzw. Wartezeit dort, ebenso Bezahlung in der Gyn-Abteilung, hier wieder Wartezeiten. Terminkoordination bei voller Berufstätigkeit schwierig. (...) Termine in der Urologie nur in Mittagszeit, bei Berufstätigkeit schwierig. (Nr. 62)</i></p> <p><i>(...) Mir gefällt auch nicht, dass die Blutabnahmen grundsätzlich vormittags stattfinden wegen der Ergebnisse am Mittag. Es ist nicht immer mit dem Berufsleben gut zu vereinbaren. (Nr. 63)</i></p> <p><i>(...) Terminvergabe ist nur von der Art des Termins abhängig, reagiert nicht flexibel auf Kundenwunsch. (...) (Nr. 68)</i></p> <p><i>(...) Termin-Arbeitszeiten kollidieren. (Nr. 89)</i></p> <p><i>Aufgrund der langen Behandlungszeit benötigen wir viele Termine. Meistens konnten Termine vor der Arbeitszeit gefunden werden, manchmal aber auch nicht. So kann man die Behandlung schlechter vor dem Arbeitgeber verheimlichen. Erweiterte Öffnungszeiten wären prima, obwohl die jetzigen bereits recht weit gehend sind. Behandlungen auch am Wochenende/an Feiertagen wären traumhaft. (...) (Nr. 94)</i></p>
<p>Praxisausstattung (6 Nennungen)</p>	<p><i>Anregung: alles sehr gut - ab und zu die Zeitschriften wechseln, da man regelmäßig im Wartezimmer sitzt. (Nr. 6)</i></p> <p><i>(...) Zeitschriften veraltet, kaum Parkmöglichkeiten. (Nr. 18)</i></p> <p><i>(...) Die Berge von Krankenakten hinter der Rezeption machen einen höchst unorganisierten und unaufgeräumten Eindruck. (Nr. 36)</i></p> <p><i>Zu wenig Parkplätze (Nr. 59)</i></p> <p><i>(...) Kaffeeautomat gibt kein Wechselgeld, dies steht aber nicht daran. (...) (Nr. 62)</i></p>

	<i>(...) Fernseher funktioniert nicht. (Nr. 67)</i>
Kosten/Rechnungsabwicklung <i>(6 Nennungen)</i>	<p><i>Viele Einzelrechnungen von verschiedenen Instituten/Ärzten. Es sollten ausführlichere Informationen (auch schriftliche) über die zu erwartenden Kosten/Voruntersuchungen/Medikamente etc. gegeben werden. (Nr. 11)</i></p> <p><i>Wartezeit an der Kasse/Frauenklinik ist zu lang. Schön wäre Zahlung per Überweisung. (Nr. 13)</i></p> <p><i>(...) Kosten für die Medikamente sind viel höher als im Informationsgespräch angegeben. (Nr. 15)</i></p> <p><i>(...) Unterlagen zur Bezahlung des Eigenanteils werden nicht ausgehändigt. (...) (Nr. 80)</i></p> <p><i>(...) Gestiegene Kosten der Behandlung. (Nr. 93)</i></p> <p><i>(...) Geringere Behandlungskosten wären himmlisch - wir sind fast pleite! (Nr. 94)</i></p>
Mangelnde Diskretion <i>(5 Nennungen)</i>	<p><i>(...) Empfang zu wenig besetzt (Labor u. Tel) daher schon Wartezeit und alle Mitwartenden bekommen jedes Detail mit! (...) (Nr. 18)</i></p> <p><i>(...) kein ausreichender Persönlichkeitsschutz vor allem am Empfang (Patientenkarten liegen herum, Namen von Patientinnen werden am Telefon genannt, so dass das ganze Wartezimmer mithören kann) (Nr. 19)</i></p> <p><i>Da ich bei einer Krankenkasse beschäftigt bin u. auch dort versichert bin, wäre es toll, wenn die Rechnungen zu Hd. meiner Vertrauensperson geschickt würden. So wird meine Rechnung eventuell von mehreren Kollegen gesehen und der Datenschutz ist nicht mehr gewährleistet. Ich wurde bereits an einen anderen Arbeitsplatz versetzt (verm. weiß mein Arbeitgeber von der Behandlung). (Nr. 44)</i></p> <p><i>(...) Fehlen des Datenschutz/Vertraulichkeit im Ruheraum, wo in Anwesenheit einer anderen Patientin über Behandlungs(miss)erfolge gesprochen wurde. Besprechung in separaten Räumen angebrachter. (Nr. 72)</i></p> <p><i>Die Ansprache an der Rezeption könnte diskreter ablaufen. (Nr. 74)</i></p>
Personal <i>(6 Nennungen)</i>	<p><i>Einige wenige Schwestern am Empfang erschienen in der Urlaubszeit ein wenig gereizt. (...) (Nr. 36)</i></p> <p><i>(...) Nicht ständig "Viel Glück" wünschen (es ist kein Spiel und der Erfolg hängt auch vom Arzt ab!) (Nr. 45)</i></p> <p><i>Der Leiter des Labors sollte auf seine unangebrachten Äußerungen verzichten. Jede Frau die anruft braucht Optimismus und nicht den Kommentar: "Das hätte auch anders ausgehen können." Das weiß wohl jede Frau!! Und fürchtet es!! (Nr. 55)</i></p> <p><i>Paar fragen, warum es da ist. Wie wichtig sind Kinder für das Paar? Mit dem Thema Alter der Frau etwas sensibler umgehen. Hiermit ist nicht gemeint darauf hinzuweisen. (...) (Nr. 64)</i></p> <p><i>Ich empfinde die Behandlung für mich persönlich als erniedrigend - egal</i></p>

	<p>wie nett Ärzte, Personal und Umgebung sind. Ich bin von mehreren Ärzten behandelt und untersucht worden. Es scheint mir, dass nun fast alle Mitarbeiter von UniKid Einblick in mein "tiefstes Inneres" erhalten haben. (Nr. 76)</p> <p>(...) unfreundliche Gespräche am Telefon (Nr. 88)</p>
<p>Informationsdefizite (9 Nennungen)</p>	<p>Mehr Informationen hinsichtlich weiteres Vorgehen, wenn eine Insemination beim 5. Mal nicht geklappt hat. Man sollte noch mehr auf jeden einzelnen Patienten eingehen (trotz Zeitmangel bei den Ärzten); psychische Belastung ist extrem hoch (...). Quartalsweise Gespräche zwischen Arzt & Patient anbieten, Information an Patient, wenn der behandelnde Arzt nicht im Haus ist. Bei Verschreibung von Medikamenten mehr Information erforderlich. (Nr. 10)</p> <p>(...) Weiterhin hätte ich mir mehr Informationen über Erfolgswahrscheinlichkeiten gewünscht (z. B. auch über Wahrscheinlichkeit der Befruchtung der entnommenen Eizellen.) (...) (Nr. 15)</p> <p>Mitteilung von Risiken nur auf Nachfrage (z.B. schlechtere Chancen nach Einfrierung von Embryonen), (...) (Nr. 19)</p> <p>Ich hätte mir mehr Informationen zum Umgang mit den Krankenkassen gewünscht. Während der Behandlung sollte mehr darüber aufgeklärt werden wie viel Eizellen/Embryonen für die jeweilige Patientin wahrscheinlich ist. Viele Frauen denken oft, dass sie zu wenige Eizellen haben. Ich selbst habe mir vorab Gedanken gemacht, was wohl in meinem Alter möglich wäre und war nicht unzufrieden mit mir. Es wäre aber trotzdem ein wenig Info wünschenswert. (...) (Nr. 20)</p> <p>(...) Im Vorfeld wurde die Kryokonservierung besprochen - im Eintrittsfall war aber dann aus Sicht der Patientin nicht ganz klar ob, die geringe Anzahl der Konservierung im Verhältnis zur neuen Stimulation steht - Kostenfrage. Aber vielleicht ist eine neue Stimulation ja auch nicht mehr notwendig :-)) (Nr. 28)</p> <p>Gelegentlich sind die Auskünfte aus dem Labor per Telefon nicht vollständig und man muss selbst alles erfragen. Auskunft über den HCG-Test per Telefon (Über das Labor). Erste Anwendung einer Spritze sollte mithilfe einer Übung "geschult" werden (Nr. 37)</p> <p>(...) und bessere Aufklärung über Medikamente. (...) (Nr. 45)</p> <p>Trotz eines ausführlichen Vorgesprächs und Erläuterungen des Behandlungsplans kam es zu Unsicherheiten und Missverständnissen bezüglich des Behandlungsplans. Eine auf die gesamte individuelle Behandlung abgestimmte schriftliche Übersicht wäre hilfreich gewesen. (...) (Nr. 66)</p> <p>Es sollte von Anfang an darauf hingewiesen werden, dass beim Einfrieren/Auftauen der Eizellen 50% zerstört werden (können). (Nr. 71)</p> <p>(...) Warum werden Ergebnisse nicht per Mail versandt? Viel Papierkram, auf dem alle möglichen Nebenwirkungen unterschrieben werden müssen. Dabei geht das Gefühl verloren, welche Infos nur zu Ihrer Absicherung sind und welche Infos wichtig sind. (...) (Nr. 68)</p>
<p>Hektik (4 Nennungen)</p>	<p>(...) Die Ärzte waren sehr unter Zeitdruck. (...) (Nr. 42)</p> <p>Während der Behandlung mehr Zeit für Patienten/Kunden (Nr. 45)</p>

	<p>(...) Ab und zu schien Zeitdruck ausführliche Informationsweitergabe zu verhindern. (Nr. 66)</p> <p>(...) Mehr Zeit für das Erstgespräch und keine systematische Abhandlung. (Nr. 64)</p>
<p>Kontinuität der Betreuung (3 Nennungen)</p>	<p>In unserer Behandlung gab es mehrfach einen Arztwechsel, das war sehr störend, der erste Arzt wirkte zudem nicht besonders erfahren. (...) (Nr. 48)</p> <p>(...) Aussagen der Ärzte des UniKid haben sich widersprochen. (Nr. 80)</p> <p>Aufgrund des Termindichte häufig wechselnder betreuender Arzt => gibt Gefühl von Unsicherheit. (...) (Nr. 89)</p>
<p>Subjektive Behandlungsfehler (2 Nennungen)</p>	<p>(...) Rezepte mehrfach unvollständig: Unterschrift fehlte, Datum fehlte, Angaben auf Rezept wurden nicht erläutert, insbesondere Stempel häftige Zuzahlung. (...) (Nr. 80)</p> <p>Mit der Ausstellung des falschen Folgerezeptes für die Follikelstimulation mit der Folge an einem Samstagabend eine zweite Strecke von unserem Wohnort zu UniKid fahren zu müssen um einen anderen Pen abzuholen, den die Apotheken nicht vorrätig hatten. Schade, dass die Ärztin der dieser Fehler unterlief sich erst entschuldigte, nachdem ich sie beim nächsten Termin darauf ansprach. (...) (Nr. 72)</p>
<p>Akupunktur und Naturheilverfahren (2 Nennungen)</p>	<p>(...) Da ich Migränepatientin bin, hatte ich aufgrund der hormonellen Behandlung oft starke Kopfschmerzen. Es wäre eine gute Idee im UNIKID einen Facharzt für Akupunktur einzugliedern, der derartige Erkrankungen vor Ort behandeln könnte. Ich habe ebenfalls davon gehört und darüber gelesen, dass Akupunktur auch auf die Einnistung der Embryonen positiv wirken kann. Diese Maßnahme wäre sicherlich eine gute Unterstützung für die Behandlung. (Nr. 20)</p> <p>wünschenswert wäre ein zusätzliches Angebot an naturheilkundlicher Behandlung (TCM). (...) (Nr. 62)</p>
<p>Diverses (3 Nennungen)</p>	<p>(...) Die Behandlung läuft ab einem gewissen Punkt nach einem festen Schema ab. Individuelle Bedürfnisse bleiben komplett unberücksichtigt. (Nr. 17)</p> <p>Anregung: Foto von den zu transferierenden Embryonen (habe ich in der anderen Praxis erhalten, gab eine gewissen Verbundenheit und Mut in zweifelnden Situationen während der Wartezeit. (Nr. 21)</p> <p>bei negativem Versuch wäre es wichtig, standardmäßig einen Termin beim behandelnden Arzt angeboten zu bekommen. (Nr. 27)</p>
<p>Kommentare zum Fragebogen (1 Nennung)</p>	<p>(...) Im Fragebogen wäre ein Feld keine Angabe oder kann ich nicht beurteilen hilfreich. (Nr. 68)</p>

Tabelle 102: Kommentare Kritik und Anregungen

Mit einem Anteil von 30 Nennungen in 57 Kommentaren war für mehr als die Hälfte der Patientinnen, die die Freitextfrage beantworteten, die „telefonische Erreichbarkeit“ ein wesentlicher Kritikpunkt.

Die „Terminvergabe“ mit elf Nennungen und die „Wartezeit“ mit neun Nennungen waren ebenfalls in den kritischen Kommentaren hoch repräsentiert.

Neben sechs Kommentaren zum „Personal“ und sechs Nennungen von Mängeln in der „Praxisausstattung“ („Zeitschriften veraltet“: 2 Nennungen, „zu wenig Parkplätze“: 2 Nennungen, „TV defekt“: 1 Nennung, „kein Wechselgeld beim Kaffeeautomaten“: 1 Nennung, und „Aktenberge hinter der Rezeption“: 1 Nennung) sind die Kritikpunkte „Kosten/Rechnungsabwicklung“ (6 Nennungen) und „Mangelnde Diskretion“ (5 Nennungen) hervorzuheben.

Diese sind nicht Bestandteil der vorgefertigten Items und Kennzahlen des Fragebogens und somit nicht explizit formulierter Inhalt der Befragung gewesen.

Dass diese beiden Bereiche von mehreren Patientinnen unabhängig voneinander im Freitextkommentar genannt werden deutet auf ein Optimierungspotential hin.

Neun der Patientinnen wiesen in ihren Nennungen auf empfundene Informationsdefizite hin. Kritisiert wurde auch das „Personal“ (6 Nennungen), von den Befragten empfundene „Hektik“ (4 Nennungen) und fehlende „Kontinuität der ärztlichen Betreuung“ (3 Nennungen).

Zwei Patientinnen erwähnten „subjektive Behandlungsfehler“, bei beiden wurden Rezepte nicht korrekt ausgestellt.

Weitere genannte Punkte sind Anregungen zum Einsatz von „Akupunktur und Naturheilverfahren“ (2 Nennungen), „Kommentare zum Fragebogen“ selbst (1 Nennung) und zuletzt drei Nennungen in der Kategorie „Diverses“ mit Kommentaren die keinem anderen Punkt zuzuordnen sind.

Die Frage „Womit sind/waren Sie besonders zufrieden? Gibt es Dinge, die Sie loben möchten?“ wurde von 66 Patientinnen beantwortet.

Auch diese Kommentare wurden in Einzelnennungen aufgeteilt, gruppiert und quantifiziert worden.

Die positiven Kommentare lassen sich in sieben Kategorien einteilen.

Die Kategorie „Lob zur Praxisstruktur“ enthält die Untergruppen „Praxisorganisation“ (3 Nennungen), „Praxisausstattung“ (15 Nennungen), „Wartezeit“ (4 Nennungen) und „Terminvergabe“ (3 Nennungen).

Des Weiteren lassen sich die Kategorien „Personal“ (60 Nennungen), „Erreichbarkeit der Ärzte“ (6 Nennungen), „Behandlung“ (8 Nennungen), „Weiterempfehlung“ (3 Nennungen), die Kategorie „Kommentare zum Fragebogen“ (1 Nennung) und die Kategorie „Diverses“ (1 Nennung) für nicht zuordnbare Nennungen abgrenzen.

Praxisstruktur	
Praxisorganisation (3 Nennungen)	<p><i>Gute Organisation, (...) (Nr. 6)</i></p> <p><i>(...) sehr gute Organisation in allen Bereichen, (...) (Nr. 77)</i></p> <p><i>(...) Toporganisation, (...) (Nr. 79)</i></p>
Praxisausstattung (15 Nennungen)	<p><i>Sehr nette Atmosphäre.(...) (Nr. 1)</i></p> <p><i>(...)und der meist lockeren und lustigen Atmosphäre im UniKiD. (Nr. 7)</i></p> <p><i>(...) Räumlichkeiten im Wartebereich sehr nett, med. Material auf aktuellem Stand, sehr nette Atmosphäre! (Nr. 8)</i></p> <p><i>Praxis sehr modern und freundlich. (...) (Nr. 18)</i></p> <p><i>(...) UniKiD-Ambiente ist sehr modern und ansprechend. (...) (Nr. 36)</i></p> <p><i>(...) Ambiente in der Praxis. Sauberkeit, moderne Ausstattung. (Nr. 42)</i></p> <p><i>(...) der Sauberkeit (...) (Nr. 49)</i></p> <p><i>(...) Wartezimmer ist gemütlich, harmonisch, entspannend (...) (Nr. 50)</i></p> <p><i>(...) Ausstattung/Einrichtung der Praxis (Architektur) (Nr. 53)</i></p> <p><i>(...) Die Atmosphäre und die Sauberkeit der Klinik. (Nr. 58)</i></p> <p><i>(...) entspanntes Ambiente (Nr. 67)</i></p> <p><i>(...) die Kaffeemaschine ist auch super! (Nr. 70)</i></p> <p><i>(...) angenehme Atmosphäre, (...) toll eingerichtete Praxis. (Nr. 71)</i></p> <p><i>nette Atmosphäre, (...) (Nr. 79)</i></p> <p><i>Atmosphäre, (...) (Nr. 89)</i></p>
Wartezeit (4 Nennungen)	<p><i>Während der Behandlung sind die Wartezeiten sehr kurz, das finde ich super. (Nr. 43)</i></p> <p><i>(...) bei Terminen kaum Wartezeiten (Nr. 50)</i></p> <p><i>(...) die Wartezeiten sind angemessen (Nr. 63)</i></p> <p><i>(...) keine Wartezeiten (Nr. 71)</i></p>
Terminvergabe (3 Nennungen)	<p><i>(...) nach einiger Zeit der Behandlung auch flexiblere Vergabe von Terminen. (Nr. 19)</i></p> <p><i>(...) Bin sehr froh, dass ich auch frühmorgens schon Termine bekam, auf mich wurde bei der Terminvergabe eingegangen. (Nr. 36)</i></p> <p><i>(...) Es wurde stets versucht, einen passenden bzw. halbwegs passenden Termin zu finden. (...) (Nr. 94)</i></p>

Personal
(60 Nennungen)

(...) Fr. Dr. Mikat-Drozdzyński war sehr kompetent. (Nr. 1)

*Wir sind beide der Meinung, dass wir kein besseres KiWuZentrum und vor allem keinen besseren Arzt (Dr. Krüssel) hätten finden können!!! Auf Dr. Krüssel können wir uns voll und ganz verlassen und haben über alle Maßen Vertrauen zu ihm. Es wurde mir stets geholfen, sowohl körperlich als auch psychisch/emotional. Auch die restlichen Mitarbeiter haben mein Vertrauen, sie sind immer sehr bemüht und liebevoll besorgt. (...)
(Nr. 2)*

Alle sind super nett! Das macht die Behandlung deutlich erträglicher. Die Ärzte sind kompetent und haben immer ein offenes Ohr. (Nr. 4)

Dr. Krüssel (Nr. 5)

(...) Kompetenz der Ärzte UND Schwestern (Nr. 6)

Mit der ausgesprochenen Freundlichkeit und der ehrlichen Anteilnahme der meisten Mitarbeiter (hier besonders Schwester Gudrun, Felicitas und Dr. Krüssel) (...) (Nr. 7)

Sehr nettes Personal und gute ärztliche Betreuung. (...) (Nr. 8)

Dr. Krüssel nimmt mit seiner lustig-lockeren Art den Schmerz aus der doch extremen Situation. Weiter so! (Nr. 9)

sehr gute Behandlung durch Dr. Krüssel. (Nr. 14)

ruhige Art der Ärzte, man hat den Eindruck, dass sich Zeit genommen wird. (Nr. 15)

Das Praxispersonal ist ausgesprochen nett, freundlich, hat Zeit und sorgt damit dafür, dass man sich wohl fühlt. (Nr. 17)

(...) Arzt sehr freundlich, locker, trotzdem kompetenter Eindruck. (Nr. 18)

freundliches Personal und Ärzte, immer offenes Ohr, (...) (Nr. 19)

*Ich war besonders mit allen MitarbeiterInnen und ÄrztInnen des UNI-KID-Teams zufrieden. Alle haben dazu beigetragen, dass ich mich sehr wohl fühlen konnte. Das stärkt das Vertrauen und wirkt sich positiv auf das eigene Gefühlsleben aus, was für die Behandlung sehr wichtig ist. (...)
(Nr. 20)*

die positive und aufmunternde Behandlung durch Ärzte und Schwestern. freundliche und aufgelockerte Atmosphäre, trotzdem Ernsthaftigkeit bei der Sache. Gefühl man wird ernst genommen. Gefühl wird der Patientin gegeben, dass eine Kinderwunschbehandlung "die normalste Sache der Welt ist", sehr angenehmes Gefühl. (Nr. 21)

freundliche und kompetente Beratung - Behandlung. es ist eine "klare" Linie zu erkennen. (Nr. 22)

Die Menschlichkeit ist wirklich auffällig. Trotz Stress bekommt man von den Ärzten und Schwestern ein Lächeln geschenkt. Man hat das Gefühl, dass ihnen der positive Verlauf der Behandlung am Herzen liegt. (Nr. 25)

Alle!!! Ärzte und Personal sind total freundlich, strahlen eine positive Energie aus und geben einem voll und ganz das Gefühl, dass alles klappt und gut wird. (Nr. 26)

Zuverlässigkeit – (...) während der Behandlung sehr freundliche Mitarbeiter - vor allem das Labor!! - Dr. Krüssel hat eine sehr angenehme Art mit seinen Patienten umzugehen, man fühlte sich nicht in der Uniklinik, sondern in einer angenehmen Atmosphäre aufgehoben. (Nr. 28)

Freundlichkeit und Kompetenz des gesamten Teams (Nr. 33)

Bin meist sehr freundlich empfangen worden. (...) Herr Prof. Krüssel ist mir zu jedem Zeitpunkt offen und gut gelaunt entgegengekommen. Er verbreitet eine sehr positive Stimmung, was ich als Patientin super finde. Ist ja als Frau ein frustrierendes Gefühl, wenn man einfach nicht schwanger wird. (Nr. 36)

Freundlicher Umgang/Ermutigungen. Geduld bei meinen vielen Fragen. (...) (Nr. 37)

Freundlichkeit (Nr. 38)

Freundliches Personal und Ärzte (Nr. 39)

sehr gute Betreuung durch die Ärzte/Ärztinnen und das Praxispersonal, Aufgeschlossenheit für neue Ideen (Nr. 40)

Freundlichkeit aller Mitarbeiter. (...) (Nr. 42)

Das Praxispersonal und die Ärzte sind ohne Ausnahme super nett und hilfsbereit. Man fühlt sich sehr gut aufgehoben. Wäre fast traurig wenn ich schwanger bin, nicht mehr hin zu müssen. :- (Nr. 44)

Wir fühlten uns sehr gut aufgehoben, jederzeit wieder! (Nr. 45)

Mit der persönlichen Zuwendung von Dr. Krüssel (Nr. 46)

(...) dem Perfektionismus (...) und Freundlichkeit des Personals - auch psychisch gesehen sehr wachsam. (Nr. 49)

(...) freundliche und sympathische Ärzte, Schwestern und Mitarbeiter des Labors verständnisvoll und einfühlsam (...) (Nr. 50)

Freundliche und kompetente Fürsorge des gesamten UniKiD Teams inklusive Biologen und MTAs (z.B. Durchsage der med. Ergebnisse) (...) (Nr. 51)

Freundlichkeit der Ärzte und des Praxispersonals. (...) (Nr. 53)

Dr. Krüssel ist außergewöhnlich gründlich, fürsorglich und mitfühlend-optimistisch. Ein Kompliment an ihn! Die Damen der Rezeption und im Labor sind immer fröhlich-optimistisch und sehr freundlich! (Nr. 55)

Alle waren sehr freundlich zu mir, manche sogar sehr herzlich. Ich habe mich immer gut aufgehoben gefühlt. (Nr. 57)

Die netten Mitarbeiter. (...) (Nr. 58)

Das Team ist sehr nett, man fühlt sich gut aufgehoben und in guten Händen, haben viel Verständnis für die Patienten, das Ärzte-Team ist genauso freundlich und kompetent, (...) (Nr. 63)

Freundlichkeit des Praxispersonals (Nr. 64)

Wir fühlen uns bei Prof. Dr. Krüssel extrem gut aufgehoben - Chemie

stimmt - und wir vertrauen ihm, seiner Kompetenz und seinem Team. (...) (Nr. 65)

Es besteht immer eine freundliche, positive Atmosphäre in der wir eine kompetente und vertrauensvolle Behandlung erfahren haben. (Nr. 66)

freundliche kompetente Betreuung, (...) (Nr. 67)

freundliche Atmosphäre, man fühlt sich als Mensch behandelt, nicht als Objekt. (...) (Nr. 68)

Nettes Personal, nette Ärzte, selbst das Anästhesieteam während der Punktion war gut gelaunt, was einem die Nervosität etwas nimmt. Das Glas Wasser nach der Punktion, wenn man schon so lange nüchtern bleiben muss ... super! (...) (Nr. 70)

Einfühlvermögen/Sympathie des Arztes, (...) (Nr. 71)

Bis auf o.g. Fehler verlief die Behandlung nicht nur problemlos, sondern zeichnete sich auch durch Freundlichkeit und, soweit beurteilbar, durch ein kompetentes Team aus. (Nr. 72)

die Zuversicht und das ständige Mutmachen meines Arztes, das schnelle und freundliche Antworten auf Mails meines Arztes, ich finde es sehr nett und menschlich auch mal vom Doc in den Arm genommen zu werden, wenn's mal wieder blöd läuft. (Nr. 73)

Alle Mitarbeiter von UniKiD sind bemüht und sehr freundlich. (Nr. 76)

sehr freundliches Personal, (...) Ärzte gehen auf Wünsche und Bedürfnisse ein, auch wenn es bei mir (3. Versuch) noch nicht geklappt hat, geben einem die Ärzte neuen Mut und Hoffnung dass es ja immer noch klappen kann schwanger zu werden, was gut für die Psyche ist. (Nr. 77)

fast immer war das Personal sehr nett und freundlich und positiv -> gute Laune ist ansteckend -> weiter so :-). (...) (Nr. 78)

(...) Freundlichkeit, (...) immer ein offenes Ohr -> Danke! (Nr. 79)

Die Freundlichkeit und relative Ruhe des Personals trotz ständig klingelndem Telefon und vollem Wartebereich. (...) (Nr. 80)

Ärzte und Schwestern sind sehr freundlich, man fühlt sich gut behandelt. Es wird versucht, jede Frage genau zu erläutern, es wird ausreichend Zeit für den Patienten genommen. (Nr. 83)

(...) Freundlichkeit. (Nr. 84)

Das gesamte Team ist immer sehr umsorgend und verständnisvoll. Wir fühlen uns in Ihrem Zentrum sehr wohl! Machen Sie weiter so! (Nr. 85)

Freundlichkeit des Personals. Zuspruch und aufbauende Worte von Ärzten und Schwestern. (Nr. 87)

Ärztin mit großer Kompetenz und Einfühlungsvermögen. (Nr. 88)

(...) Offenheit! (Nr. 89)

Ärzte und das gesamte Team sehr kompetent und immer freundlich! es wird sich in den Gesprächen Zeit genommen. keine falsche Hoffnung gemacht. (Nr. 90)

	<p>Verständnisvolle Art von Ärzten und i. d. R. auch Schwestern/Arzthelferinnen. Positive Grundeinstellung des Personals. (...) (Nr. 93)</p> <p>Alle Ärzte und Praxismitarbeiter waren stets freundlich. (...) Ich wurde oft sofort mit meinem Namen angesprochen. Auch gefiel mir, dass hin und wieder ein persönliches Wort gesprochen wurde. Bei einer Fehlgeburt (Windei) hat mich Fr. Zielinski sogar in den Arm genommen. Das hat sehr gut getan. (Nr. 94)</p>
<p>Erreichbarkeit der Ärzte (6 Nennungen)</p>	<p>(...) Verlässliche Rückrufe per Telefon durch Ärzte und Personal, wenn nötig. (Nr. 37)</p> <p>Die ständige Erreichbarkeit der Ärzte, ob per Mail oder Telefon, egal zu welcher Zeit, es wird einem immer geholfen. (Nr. 48)</p> <p>bei telefonischem Kontakt konnte uns immer sofort und kompetent geholfen werden. (...) (Nr. 62)</p> <p>(...) Fragen werden in der Regel versucht zu beantworten -> emails werden meist zügig beantwortet ggf- auch als persönlicher Rückruf per Telefon. Auch wenn ich es bisher nicht in Anspruch nehmen musste, die Notfall-Handynr. bietet mir Sicherheit -> ich brauche keine Angst haben, dass ich abends oder am Wochenende mit Problemen allein da stehe. (Nr. 78)</p> <p>(...) Die telefonische Erreichbarkeit im Notfall. (Nr. 80)</p> <p>Arzt im Notfall per Handy erreichbar, (...) (Nr. 84)</p>
<p>Behandlung (8 Nennungen)</p>	<p>Einführungsgespräch Arzt & Patient; Diagnose medizinischer Befund. Einfühlungsvermögen, Untersuchungen und Gespräche. Samstags, man die Möglichkeit hat zu Sprechzeiten Ultraschall durchführen zu lassen. (Nr. 10)</p> <p>(...) Meine Untersuchungsprobleme durch eine vorherige Konisation (schmerzhafte Behandlung) wurden sehr gut durch die Ärzte des UNIKID aufgefangen. Die Behandlungen waren trotz mancher Problemsituation kompetent und souverän. Ich habe mich durchweg sicher und gut behandelt gefühlt. Mein Vertrauen gegenüber Gynäkologen ist sehr gestiegen. (Nr. 20)</p> <p>(...) gute Organisation und Unterstützung (Behandlungsplan u.ä.) (Nr. 28)</p> <p>Die sehr angenehme Atmosphäre, die lockere, aber genaue Informationsweise. Insgesamt fühlen wir uns sehr gut betreut in dieser sehr speziellen und sensiblen Behandlung. (...) (Nr. 41)</p> <p>Besonders zufrieden war ich mit dem Eingriff der Eizellentnahme (...) (Nr. 49)</p> <p>Gute Aufklärung beim Erstgespräch (...) (Nr. 50)</p> <p>(...) Blutabnahme und Ultraschall wurden sehr vorsichtig und ohne Hämatome und Schmerzen durchgeführt. (Nr. 62)</p> <p>(...) Grundsätzliche Bereitschaft, das "Standardvorgehen" zu hinterfragen, gegebenenfalls zu variieren und so Chancen auszuloten. (Nr. 93)</p>

Weiterempfehlung <i>(3 Nennungen)</i>	<i>(...) Wir würden UniKiD jeder Zeit und mit bestem Gewissen weiterempfehlen!!! (Nr. 2)</i> <i>(...) Wir werden Sie gern weiterempfehlen! (Nr. 41)</i> <i>(...) Wir empfehlen auf jeden Fall weiter!! (Nr. 65)</i>
Diverses <i>(1 Nennung)</i>	<i>Allgemein zufrieden (Nr. 59)</i>
Kommentare zum Fragebogen <i>(1 Nennung)</i>	<i>Freundliche und kompetente Fürsorge des gesamten UniKiD Teams inklusive Biologen und MTas (z.B. Durchsage der med. Ergebnisse) -> sollte i.d. Befragung mit aufgenommen werden.) Nr. 51)</i>

Tabelle 103: Freitextantwort Lob und Zufriedenheit

Herausragend in der Freitextantwort „Lob“ sind die Kommentare über das Praxispersonal und die Ärzte. Von den 66 Patientinnen, die im Freitext „Lob“ ausdrückten, äußerten 60 (91%) Lob und Zufriedenheit mit dem Personal des UniKiDs.

Mit 15 positiven Nennungen ragen ebenfalls die „Praxisausstattung“, sowie die positiven Kommentare zur „Behandlung“ (8 Nennungen) und zur „Erreichbarkeit der Ärzte“ (6 Nennungen) hervor. Drei Patientinnen äußerten sich positiv zur Praxisorganisation. Vier Patientinnen lobten die geringe Wartezeit und drei die Flexibilität der Terminvergabe.

Drei der Befragten schrieben, dass sie das UniKiD weiterempfehlen würden. Es wurde ein Kommentar zum Fragebogen abgegeben und ein Kommentar „Allgemein zufrieden“ (Nr. 59), der die Kategorie „Diverses“ bildet.

In Tabelle 104 ist die Frequenz der positiven und negativen Kommentare der einzelnen Kategorien zusammengefasst:

Kategorien	Häufigkeit positive Nennungen	Häufigkeit negative Nennungen	Häufigkeit Nennungen insgesamt
Telefonische Erreichbarkeit	-	30	30
Wartezeit	4	9	13
Terminvergabe	3	11	14
Personal	60	6	66
Praxisausstattung	15	6	21
Kosten/Rechnungsabwicklung	-	6	6
Mangelnde Diskretion	-	5	5
Informationsdefizite	-	9	9
Subjektive Behandlungsfehler	-	2	2
Hektik	-	4	4
Kontinuität der Betreuung	-	3	3
Praxisorganisation	3	-	3
Erreichbarkeit der Ärzte	6	-	6
Behandlung	8	-	8
Weiterempfehlung	3	-	3
Akupunktur und Naturheilverfahren	-	2	2
Diverses	1	3	4
Kommentare zu Fragebogen	1	1	2

Tabelle 104: Inhaltsanalytische Kategorien

Der Großteil der Aspekte, zu denen sich die befragten Patientinnen äußerten, ist bereits im standardisierten Teil des Fragebogens behandelt worden. Dies zeigt, dass der Fragebogen ein breites Spektrum der für die Patientinnen relevanten Themen abdeckte.

Die hohe Unzufriedenheit mit der telefonischen Erreichbarkeit in der Freitextantwort entspricht den im standardisierten Teil des Fragebogens erhobenen Werten. Bezüglich des Personals ist der hohe Anteil an positiven Kommentaren, die Ärzte, Schwestern und Laborpersonal betreffen, sehr positiv zu bewerten und stimmt ebenfalls mit den in den standardisierten Items erhobenen Ergebnissen überein. So entsprechen die Angaben der Patientinnen im Freitext den Ergebnissen der zuvor erhobenen geschlossenen Fragen und

runden den Gesamteindruck ab, der aus den geschlossenen Fragen gezogen werden konnte.

Von den Patientinnen neu angeführte Bereiche sind die Anregungen, Akupunktur und naturheilkundliche Verfahren im UniKiD anzubieten (2 Nennungen), sowie die Kritik bezüglich der Kostengestaltung und der Rechnungsabwicklung im Zuge der Behandlung.

Fünf der Patientinnen kritisierten einen von ihnen empfundenen Mangel an Diskretion im Empfangsbereich.

Gerade die beiden letztgenannten Punkte weisen auf ein mögliches Verbesserungspotential der betroffenen Prozesse hin und sollten im Zuge der Qualitätssicherung detailliert betrachtet werden.

3.1.9 Soziodemographie der Stichprobe

Im letzten Abschnitt des Fragebogens wurden die Patientinnen um die freiwillige Angabe ihrer statistischen Daten gebeten. Gemäß demographischer Standards wurden im Fragebogen die Staatsangehörigkeit der Patientin, ihr Alter, ihr Familienstand, ihre Bildung durch Angabe des höchsten Schulabschlusses und des höchsten beruflichen Ausbildungsabschlusses, ihre berufliche Stellung und das monatliche Nettoeinkommen ihres Haushalts erhoben (vgl. Jöckel et al., 1997, S. 6 ff.).

Die erste Frage erfasste die Nationalität der Patientinnen im Rahmen einer Freitextantwort. Drei Patientinnen machten zu diesem Punkt keine Angaben. 90,7% der Patientinnen, die an der Befragung teilnahmen, sind deutsche Staatsangehörige. Die Nationalitäten verteilten sich wie folgt:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Deutschland	88	90,7	93,6
Polen	2	2,1	2,1
Griechenland	2	2,1	2,1
Ukraine	1	1,0	1,1
Mazedonien	1	1,0	1,1
Gesamt	94	96,9	100,0
Fehlend	3	3,1	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 105: Nationalität

Die Frage nach dem höchsten erreichten Schulabschluss beantworteten 95 der 97 Studienteilnehmerinnen. Eine Befragte wählte die Option „keine Angabe“. 82,5% der 94 Patientinnen, die weitere Angaben machten, hatten als höchsten Schulabschluss Abitur oder die Fachhochschulreife. 13,4% der Befragten hatten einen Realschulabschluss, eine Patientin gab an, einen Hauptschulabschluss erreicht zu haben.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
keine Angabe	1	1,0	1,1
Hauptschulabschluss	1	1,0	1,1
Realschulabschluss	13	13,4	13,7
Fachhochschulreife	10	10,3	10,5
Hochschulreife/Abitur	70	72,2	73,7
Gesamt	95	97,9	100,0
Fehlend	2	2,1	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 106: Höchster Schulabschluss

Auf die Frage nach dem höchsten Ausbildungsabschluss antworteten 96 der 97 Patientinnen. 61,5% haben ein abgeschlossenes Hochschul- oder Fachhochschulstudium. 35,4% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung oder einen höheren Berufsabschluss. Zwei Patientinnen gaben an, keinen Berufsabschluss zu haben.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
keine Angabe	1	1,0	1,0
kein Abschluss	2	2,1	2,1
abgeschlossene Berufsausbildung	21	21,6	21,9
höherer Berufsabschluss	13	13,4	13,5
abgeschlossenes FH-Studium	19	19,6	19,8
abgeschlossenes Hochschulstudium	40	41,2	41,7
Gesamt	96	99,0	100,0
Fehlend	1	1,0	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 107: Höchster Ausbildungsabschluss

Bei der Angabe des Berufes sind in Tabelle 108 lediglich die Berufsgruppen aufgeführt, die von den Patientinnen als Antwort gewählt wurden. 96 der 97 Patientinnen machten zu diesem Punkt Angaben. 13,5% der Befragten waren in einem Beamtenverhältnis angestellt, zwei Drittel (66,6%) waren Angestellte in leitender, mittlerer oder einfacher Position. 8,2% der Befragten waren selbstständig. Eine Teilnehmerin befand sich in einer Berufsausbildung, vier gaben an, als Hausfrau tätig zu sein, drei waren zum Zeitpunkt der Befragung arbeitssuchend und zwei wählten die Antwort „Sonstiges“.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
keine Angabe	1	1,0	1,0
Beamtin im höheren oder gehobenen Dienst	13	13,4	13,5
Angestellte in leitender Position	27	27,8	28,1
Angestellte in einfacher oder mittlerer Position	37	38,1	38,5
selbstständig	8	8,2	8,3
Azubi	1	1,0	1,0
Hausfrau	4	4,1	4,2
Arbeit suchend	3	3,1	3,1
sonstiges	2	2,1	2,1
Gesamt	96	99,0	100,0
Fehlend	1	1,0	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 108: Beruf

79 der befragten 97 Patientinnen machten bei der Frage nach dem geschätzten Netto-Einkommens des Haushaltes Angaben. Davon verfügten 92,2% über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von 2501 EUR und mehr. Vier Patientinnen hatten ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen zwischen 2001 und 2500 EUR, drei Patientinnen zwischen 1502 und 1750. Eine Patientin gab an, ein Einkommen zwischen 101 und 1259 EUR zu haben.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
keine Angabe	13	13,4	14,1
101 - 1250	1	1,0	1,1
1501 - 1750	3	3,1	3,3
2001 - 2500	4	4,1	4,3
2501 und mehr	71	73,2	77,2
Gesamt	92	94,8	100,0
Fehlend	5	5,2	
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 109: Netto-Einkommen des Haushaltes

Das Alter der Patientinnen und ihrer Partner und ihr Familienstand wurden bereits in Abschnitt A erfasst. Die Studienteilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 24 und 43 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 35,6 Jahre.

Das Alter der Partner betrug zwischen 24 und 51 Jahre, das Durchschnittsalter 38,25 Jahre.

Mit 89 von 97 Paaren sind 91,7% der Befragten verheiratet.

Anhand der soziodemographischen Daten zeigt sich, dass die Studienteilnehmerinnen sowohl im Alter, in ihrem Bildungsstatus sowie in ihrem Einkommen eine relativ homogene Gruppe bildeten.

3.2 Analytische Statistik

Im Anschluss an die deskriptive Auswertung der Antworten und ihrer Verteilungen soll im nun folgenden analytischen Auswertungsteil betrachtet werden, welche Kennzahlen Indikatoren für hohe oder niedrige Werte der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit sind.

Im Mittelpunkt der analytischen Untersuchung steht, ob und wie stark sich Negativ- und Positivbewertungen der einzelnen Kategorien auf die Zufriedenheit der Patientinnen auswirken.

In diesem Abschnitt werden vor allem die von den Patientinnen negativ bewerteten Items näher untersucht. Gerade in der Äußerung von Unzufriedenheit können Anregungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität einer Einrichtung gefunden werden.

3.2.1 Statistische Verfahren

Zur Untersuchung von Korrelationen der Antwortausprägungen mit den Werten der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit wurde das Zusammenhangsmaß Spearman-Rho benutzt. Es handelt sich um einen Rangkorrelationskoeffizienten für den $-1 \leq r_{\text{spear}} \leq 1$ gilt. Ein Korrelationskoeffizient r_{spear} nahe -1 kennzeichnet negative Zusammenhänge, nähert er sich +1, handelt es sich um einen positiven Zusammenhang, ein Wert von 0 bedeutet, dass zwischen den untersuchten Merkmalen kein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht. Anwendung findet der Rangkorrelationskoeffizient bei ordinalskalierten oder nicht normalverteilten Merkmalen (vgl. Eckstein, 2008, S. 171 ff.), wie den in den folgenden Abschnitten gebildeten Skalen.

Besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen zwei Merkmalen, ist deren Korrelationskoeffizient in den Tabellen der folgenden Abschnitte durch Sternchen (*) gekennzeichnet. Korrelationen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ sind mit zwei Sternchen (**), Korrelationen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$ mit einem Stern (*) versehen.

3.2.2 Erstellung der Skalen

Die Wertungen der 52 Items der Fragebogenabschnitte C und D („Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“) wurden auf die Anzahl und Art ihrer Bewertungen durch die Patientinnen untersucht.

Dazu wurde in einem ersten Schritt die Bewertung der Items in die Kategorien „Ablehnung“ und „Zustimmung“ eingeteilt.

Zunächst wurde die Rekodierung der negativ formulierten Items vorgenommen, da die Zustimmung zu einer negativ formulierten Aussage einer Ablehnung entspricht. Daher wurde die Skalierung „stimme gar nicht zu“, „stimme eher nicht zu“, „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ mit Werten von 1 bis 4 umgekehrt, so dass die Antwortkategorien „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ den Werten 3 und 4, die Antwortkategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ den Werten 2 und 1 zugeordnet wurden.

Bei den positiv formulierten Items wurden bei den Antworten „stimme gar nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“ die Zahlenwerte 1 und 2 beibehalten, sowie bei „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ die Werte 3 und 4.

So entsprechen die Werte 1 und 2 der Ablehnung einer positiv formulierten Aussage oder der Zustimmung einer negativ formulierten Aussage – ein negatives Urteil der Patientin.

Die Werte 3 und 4 bedeuten dagegen die Zustimmung einer positiv formulierten Aussage oder die Ablehnung einer negativ formulierten Aussage – eine positive Bewertung.

Als nächstes wurden diejenigen Antworten der 52 Items, denen die Werte 1 und 2 zuzuordnen waren, zusammengefasst und – als Ausdruck von Ablehnung der Items durch die Patientinnen – auf einer Negativskala erfasst. Die Anzahl der Items, die mit 3 oder 4 bewertet wurden, wurden als Ausdruck der Zustimmung der Patientinnen auf einer Positivskala abgebildet.

Im folgenden Schritt soll zunächst das Verhältnis der Negativbewertungen und der GEZ betrachtet werden, danach das der Positivbewertungen.

3.2.3 Einfluss der Negativbewertungen auf die GEZ

Die Gesamtanzahl der Ablehnungen der 52 Items der einzelnen Patientinnen aus den Fragebogenabschnitten „Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“ ist in Tabelle 110 abgebildet. Der Mittelwert der Anzahl der genannten Negativbewertungen pro Patientin beträgt 7,76.

Anzahl Negativbewertungen	Anzahl Patientinnen	Prozent	Kumulierte Prozente
0	3	3,1	3,1
1	8	8,2	11,3
2	11	11,3	22,7
3	10	10,3	33,0
4	7	7,2	40,2
5	9	9,3	49,5
6	8	8,2	57,7
7	5	5,2	62,9
8	3	3,1	66,0
9	4	4,1	70,1
10	4	4,1	74,2
11	2	2,1	76,3
12	3	3,1	79,4
13	2	2,1	81,4
14	2	2,1	83,5
15	2	2,1	85,6
16	4	4,1	89,7
18	1	1,0	90,7
19	1	1,0	91,8
22	3	3,1	94,8
23	1	1,0	95,9
25	1	1,0	96,9
26	1	1,0	97,9
27	2	2,1	100,0
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 110: Gesamtanzahl Negativbewertungen

Die Hälfte der Patientinnen (49,5%) bewertete fünf oder weniger Items negativ. Die andere Hälfte äußerte sich zu mindestens sechs bis maximal 27 (51,9%) der insgesamt 52 Items negativ. Abbildung 23 stellt die Verteilung der Anzahl der Negativbewertungen graphisch dar.

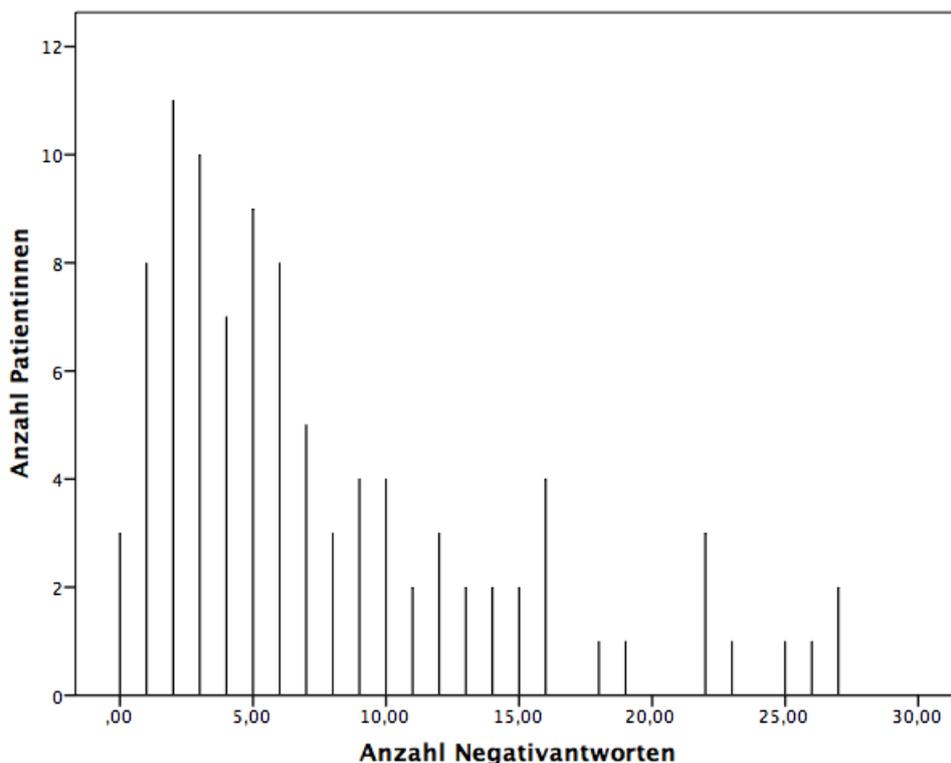


Abbildung 23: Anzahl Negativbewertungen

Im Abschnitt C „Strukturqualität“ wurden auf die 20 Items im Mittel 3,27 Negativbewertungen gegeben.

Die „Arzt-Patient-Interaktion“ in Abschnitt D mit 24 Items erhielt pro Patientin durchschnittlich 2,97 Negativbewertungen, das „Informationsverhalten“ mit 8 Items 1,46 Ablehnungen.

Um die Verteilung der Ablehnungen in den einzelnen Abschnitten vergleichen zu können, wurden die Negativbewertungen der einzelnen Abschnitte aufaddiert und durch die Patientinnenanzahl und die Anzahl der Items des jeweiligen Abschnittes dividiert.

Im Abschnitt „Strukturqualität“ wurden demnach 16,3% der Items negativ bewertet, im Abschnitt Arzt-Patient-Interaktion 12,9% und im Abschnitt Information 18,3%.

Zunächst ist zu prüfen, ob die Gesamtanzahl der Negativbewertungen einen Einfluss auf die gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit ausübt.

Die Werte der Negativskala weichen im KSA-Test mit einem Wert $\alpha^* = 0,004 < \alpha = 0,05$ signifikant von einer Normalverteilung ab.

Die weiteren Berechnungen werden somit mit nichtparametrischen Tests durchgeführt, bei denen nicht die gemessenen Werte selbst, sondern ihr Rang, in der Berechnung berücksichtigt wird (vgl. Bühl, 2008, S. 317).

Als erste Korrelationsprüfung – zwischen dem GEZ-Wert und der Anzahl der Negativbewertungen – wurde ein bivariater Korrelationstest nach Spearman durchgeführt.

			GEZ
Spearman-Rho	Negativskala Gesamt	Korrelationskoeffizient	-0,499**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 111: Korrelationen GEZ und Gesamtnegativskala

Auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ zeigt sich ein gegenläufiger Zusammenhang ($r_{\text{spear}} = -0,499$) zwischen den GEZ-Werten und der Negativskala.

Dies ist beweisend dafür, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Items, die von den Patientinnen negativ bewertet wurden und deren GEZ-Wert besteht. Je mehr Items eine Patientin negativ bewertete, desto geringer war ihr GEZ-Wert.

Um die Frage zu beantworten, welcher der drei Faktoren „Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Beziehung“ oder „Informationsverhalten“ die GEZ am stärksten herabsetzt, müssen die einzelnen Negativskalen vergleichbar gemacht werden.

Da sie eine unterschiedliche Anzahl an Items aufweisen, wurden sie durch Division durch die Anzahl der Items in relativierte Skalen umgewandelt. Diese wurden anhand der Rangkorrelation nach Spearman auf Zusammenhänge mit den GEZ-Werten geprüft.

			GEZ
Spearman-Rho	Relativierte Negativskala Strukturqualität	Korrelationskoeffizient	-0,532**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
	Relativierte Negativskala Arzt-Patient-Interaktion	Korrelationskoeffizient	-0,382**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
	Relativierte Negativskala Informationsverhalten	Korrelationskoeffizient	-0,379**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 112: Rangkorrelationen GEZ und relativierte Negativskalen „Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“

Alle drei Kategorien weisen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ einen negativen Zusammenhang mit den GEZ-Werten auf.

Die Negativskala „Strukturqualität“ zeigt den stärksten Zusammenhang ($r_{\text{spear}} = -0,532$). Somit setzten schlechte Beurteilungen in dieser Kategorie die GEZ am stärksten herab. Die Negativskala „Informationsverhalten“ mit einem Korrelationskoeffizienten $r_{\text{spear}} = -0,379$ weist den schwächsten Zusammenhang mit der GEZ auf.

Um die genauen Zusammenhänge der Negativbewertungen und der GEZ zu bestimmen, wurden die einzelnen Kennzahlen der Kategorien auf ihre Korrelation mit der GEZ geprüft.

Kennzahlen Strukturqualität		GEZ	
Spearman-Rho	Praxispersonal Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,254* 0,017 88
	Praxisausstattung Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,068 0,529 88
	Hektik Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,263* 0,013 88
	Website Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,196 0,068 88
	Praxisorganisation Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,295** 0,005 88
	Qualität der Kundenbetreuung Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,432** 0,000 88
	Öffnungszeit Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,179 0,095 88
	Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,352** 0,001 88
	Telefonische Erreichbarkeit der Praxis Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,286** 0,007 88
	Wartezeit Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,404** 0,000 88
	* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).		
	** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).		

Tabelle 113: Korrelation Negativskalen Strukturqualität und GEZ

Eine auf dem 0,01-Niveau signifikante Korrelation mit den GEZ-Werten zeigt sich bei den Negativbewertungen der Kennzahlen „Qualität der Kundenbetreuung“ ($r_{\text{spear}} = -0,432$), „Wartezeit“ ($r_{\text{spear}} = -0,404$), „telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“ ($r_{\text{spear}} = -0,352$), „Praxisorganisation“ ($r_{\text{spear}} = -0,295$) und „telefonische Erreichbarkeit der Praxis“ ($r_{\text{spear}} = -0,286$).

Auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$ zeigt sich eine Korrelation zwischen den Werten der GEZ und den negativ bewerteten Items der Kennzahlen „Hektik“ ($r_{\text{spear}} = -0,263$) und „Praxispersonal“ ($r_{\text{spear}} = -0,254$). Die Korrelationskoeffizienten sind alle negativ. Das bedeutet, dass eine hohe Anzahl an Negativantworten mit niedrigen Werten der GEZ einhergeht. Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen den Negativbewertungen der Kennzahlen „Praxisausstattung“, „Öffnungszeit“ und „Website“ und der GEZ.

Tabelle 114 zeigt die Korrelation zwischen den Kennzahlen der Kategorie „Arzt-Patient-Interaktion“ und der GEZ auf.

Kennzahlen Arzt-Patient-Interaktion		GEZ	
Spearman Rho	Fachkompetenz des Arztes Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,162 0,131 88
	Vernachlässigung durch den Arzt Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,421** 0,000 88
	Vertrauen zum Arzt Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,171 0,111 88
	Unterstützung durch den Arzt Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,208 0,051 88
	Patientenaktivierung durch den Arzt Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,300** 0,004 88
	Einbeziehung des Partners Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,171 0,112 88
	Zeit für Fragen Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,300** 0,004 88
	Arzt in Eile Negativskala	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	-0,235* 0,028 88
	** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).		
	* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).		

Tabelle 114: Korrelation Kennzahlen Arzt-Patient-Interaktion und GEZ

Die Kennzahlen „Vernachlässigung durch den Arzt“ ($r_{\text{spear}} = -0,421$), „Patientenaktivierung“ ($r_{\text{spear}} = -0,3$) und „Zeit für Fragen“ ($r_{\text{spear}} = -0,3$) zeigen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha <$

0,01 einen Zusammenhang mit den GEZ-Werten. Je mehr Antworten negativ bewertet wurden, desto niedriger sind die Werte der GEZ.

Eine auf einem 0,05-Niveau signifikante Korrelation zeigt sich bei der Kennzahl „Arzt in Eile“ ($r_{\text{spear}} = -2,35$).

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Zufriedenheitsscore der Patientinnen und den Skalen „Fachkompetenz des Arztes“, „Vertrauen zum Arzt“, „Unterstützung durch den Arzt“ und der „Einbeziehung des Partners“.

Tabelle 115 gibt die Korrelationen zwischen den beiden Kennzahlen des Fragebogenabschnitts D Teil 2 „Informationsverhalten“ und der GEZ wieder.

Kennzahlen Informationsverhalten			GEZ
Spearman-Rho	Informationsrezeption Negativskala	Korrelationskoeffizient	-0,181
		Sig. (2-seitig)	0,091
		N	88
	Medizinischer Informationsbedarf Negativskala	Korrelationskoeffizient	-0,412**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 115: Korrelation Informationsverhalten und GEZ

Bei der separaten Betrachtung der beiden Kennzahlen der Kategorie „Informationsverhalten“ fällt auf, dass lediglich die Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“ ($r_{\text{spear}} = 0,412$) eine signifikante negative Korrelation mit den GEZ-Werten aufweist.

Zwischen den Items der Kennzahl „Informationsrezeption“ und der GEZ lässt sich kein Zusammenhang nachweisen.

Im Anschluss an die Betrachtung der Einflüsse negativer Itembeurteilung auf die GEZ findet im nächsten Abschnitt eine Untersuchung der positiven bewerteten Items auf die GEZ statt.

3.2.4 Einfluss der Positivbewertungen auf die GEZ

Nach der Betrachtung, ob und inwiefern Negativbewertungen von Kennzahlen die Zufriedenheitsscores der Patientinnen senken, soll nun ermittelt werden, ob und wie sich Positivbewertungen als Ausdruck der Zustimmung zu einzelnen Kennzahlen auf die GEZ-Werte auswirken.

Tabelle 116 stellt die Gesamtverteilung der positiven Bewertungen der Patientinnen bezüglich der 52 Items der Abschnitte „Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“ dar.

Anzahl Positivbewertungen	Anzahl Patientinnen	Prozent	Kumulierte Prozente
16	2	2,1	2,1
20	1	1,0	3,1
21	1	1,0	4,1
22	2	2,1	6,2
23	6	6,2	12,4
24	4	4,1	16,5
25	4	4,1	20,6
26	2	2,1	22,7
27	6	6,2	28,9
28	10	10,3	39,2
29	7	7,2	46,4
30	8	8,2	54,6
31	11	11,3	66,0
32	15	15,5	81,4
33	12	12,4	93,8
34	3	3,1	96,9
37	3	3,1	100,0
Gesamt	97	100,0	

Tabelle 116: Positivskala gesamt

Es wurden mindestens 16 und maximal 37 der 52 Items positiv bewertet. Mehr als die Hälfte der Patientinnen bewertete 29 Items und mehr positiv.

Die Verteilung der Anzahl der Zustimmung bezüglich aller Items der Fragebogenabschnitte C und D zeigt Abbildung 24.

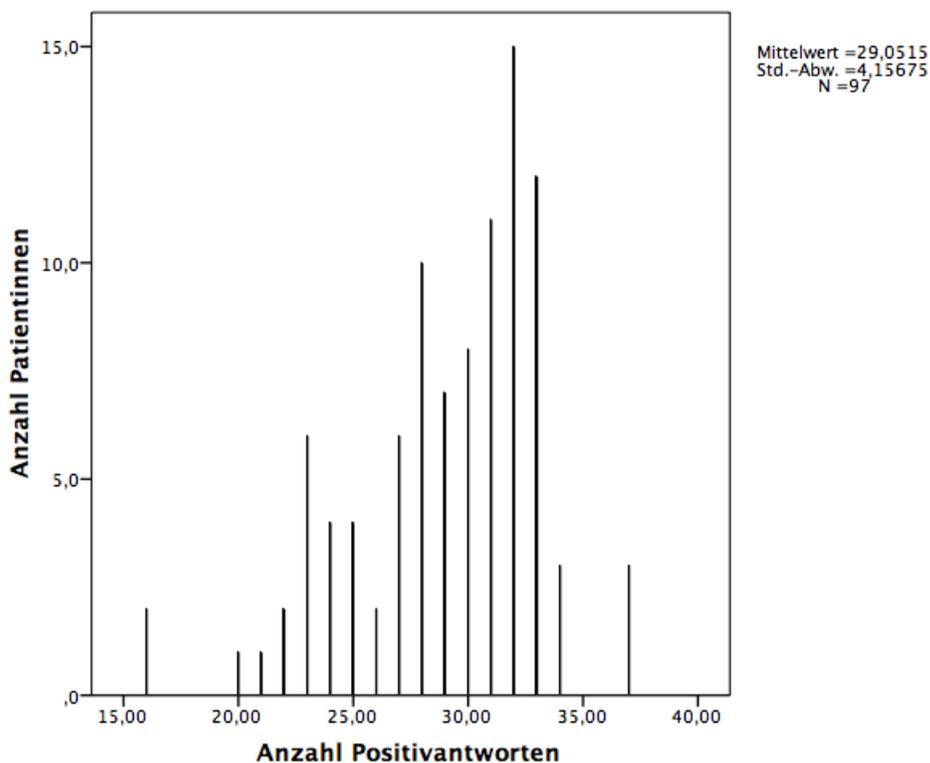


Abbildung 24: Anzahl Positivbewertungen

Von 20 Items des Abschnitts „Strukturqualität“ wurden im Durchschnitt 15,9 Items (79,5%) positiv bewertet. In Abschnitt D wurden die 24 Items der „Arzt-Patient-Interaktion“ im Mittel mit 19,7 (82,1%), die 8 Items zum „Informationsverhalten“ im Mittel mit 6,4 (80%) positiven Antworten bewertet.

Mit einem Wert $\alpha^* = 0,061 > \alpha = 0,05$ im KSA-Test sind die Werte der Positivskala als normalverteilt zu betrachten. Die weiteren Berechnungen werden dennoch zur besseren Vergleichbarkeit der Positivskala mit der Negativskala verteilungsunabhängig mit nichtparametrischen Tests durchgeführt.

Als Korrelationsprüfung zwischen dem GEZ-Wert und der Gesamt-Positivskala wurde auch hier ein bivariater Korrelationstest nach Spearman durchgeführt.

			GEZ
Spearman-Rho	Positivskala gesamt	Korrelationskoeffizient	0,302**
		Sig. (2-seitig)	0,004
		N	88
** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 117: Korrelation Positivskala und GEZ

Auf einem Signifikanzniveau von $\alpha^* = 0,04 < \alpha = 0,01$ zeigt sich ein positiver Zusammenhang ($r_{\text{spear}} = 0,302$) zwischen der Gesamtanzahl der positiven Antworten und den Werten des Zufriedenheitsscores der Patientinnen.

Zur Betrachtung, welcher der Abschnitte „Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Beziehung“ und „Informationsverhalten“ die GEZ am stärksten beeinflusst, wurden die Positivskalen der einzelnen Abschnitte durch die Division mit der Anzahl ihrer Items in relativierte Skalen überführt.

Die Differenzierung der Korrelationen der einzelnen Abschnitte mit der GEZ anhand der bivariaten Korrelation nach Spearman zeigt Tabelle 118.

			GEZ
Spearman-Rho	Rel. Positivskala Strukturqualität	Korrelationskoeffizient	0,529**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
	Rel. Positivskala Arzt-Patient-Interaktion	Korrelationskoeffizient	0,401**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
	Rel. Positivskala Informationsverhalten	Korrelationskoeffizient	0,395**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 118: Korrelation Positivskalen und GEZ

Die Positivskalen aller drei Kategorien weisen auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ einen positiven Zusammenhang mit den Zufriedenheitsscores der Patientinnen auf.

Die Positivskala „Strukturqualität“ zeigt den stärksten Zusammenhang ($r_{\text{spear}} = 0,529$), die Positivskala „Informationsverhalten“ mit einem Korrelationskoeffizienten $r_{\text{spear}} = 0,395$ den schwächsten Zusammenhang.

Die Korrelation der Positivskalen der einzelnen Kennzahlen innerhalb der Abschnitte zeigt, ob und wie starke Zusammenhänge zwischen den positiven Antworten der einzelnen Kennzahlen der Patientinnen und der Höhe ihrer GEZ-Werte bestehen.

Zunächst soll eine Betrachtung der einzelnen Kennzahlen des Abschnitts „Strukturqualität“ und ihre Zusammenhänge mit den GEZ-Werten der Patientinnen erfolgen. Diese sind in Tabelle 119 aufgeführt.

Kennzahlen Strukturqualität			GEZ
Spearman-Rho	Praxispersonal Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,285**
		Sig. (2-seitig)	0,007
		N	88
	Praxisausstattung Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,103
		Sig. (2-seitig)	0,340
		N	88
	Hektik Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,227*
		Sig. (2-seitig)	0,033
		N	88
	Website Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,213*
		Sig. (2-seitig)	0,046
		N	88
Praxisorganisation Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,300**	
	Sig. (2-seitig)	0,005	
	N	88	
Qualität der Kundenbetreuung Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,430**	
	Sig. (2-seitig)	0,000	
	N	88	
Öffnungszeiten Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,186	
	Sig. (2-seitig)	0,082	
	N	88	
Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,361**	
	Sig. (2-seitig)	0,001	
	N	88	
Telefonische Erreichbarkeit der Praxis Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,235*	
	Sig. (2-seitig)	0,027	
	N	88	
Wartezeit Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,409**	
	Sig. (2-seitig)	0,000	
	N	88	

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).
* . Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 119: Korrelation Positivskalen und Kennzahlen der Strukturqualität und GEZ

Die positive Bewertung der Kennzahlen „Wartezeit“ ($r_{\text{spear}} = 0,409$), „Qualität der Kundenbetreuung“ ($r_{\text{spear}} = 0,43$), „Praxisorganisation“ ($r_{\text{spear}} = 0,3$), „Praxispersonal“ ($r_{\text{spear}} = 0,285$) und die „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“ ($r_{\text{spear}} = 0,361$) des Abschnitts „Strukturqualität“ zeigen eine auf dem 0,01 Niveau signifikante Korrelation mit der GEZ.

Ein Zusammenhang auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,05$ besteht zwischen den Kennzahlen „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“ ($r_{\text{spear}} = 0,235$), „Hektik“ ($r_{\text{spear}} = 0,227$) und „Website“ ($r_{\text{spear}} = 0,213$) und der Höhe der Zufriedenheitsscores.

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der GEZ und den Kennzahlen „Praxisausstattung“ und „Öffnungszeit“.

Tabelle 120 listet die Korrelation der Positivantworten der einzelnen Kennzahlen der „Arzt-Patient-Interaktion“ mit der GEZ auf.

Kennzahlen Arzt-Patient-Interaktion			GEZ
Spearman-Rho	Fachkompetenz des Arztes Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,226*
		Sig. (2-seitig)	0,034
		N	88
	Vernachlässigung durch den Arzt Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,422**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
	Vertrauen zum Arzt Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,105
		Sig. (2-seitig)	0,331
		N	88
	Unterstützung durch den Arzt Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,234*
Sig. (2-seitig)		0,028	
N		88	
Patientenaktivierung durch den Arzt Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,332**	
	Sig. (2-seitig)	0,002	
	N	88	
Einbeziehung des Partners Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,184	
	Sig. (2-seitig)	0,087	
	N	88	
Zeit für Fragen Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,281**	
	Sig. (2-seitig)	0,008	
	N	88	
Arzt in Eile Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,235*	
	Sig. (2-seitig)	0,028	
	N	88	

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).
 **. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 120: Korrelation Positivskalen der Kennzahlen der Arzt-Patient-Interaktion und GEZ

Im Abschnitt „Arzt-Patient-Interaktion“ lassen sich auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ Zusammenhänge zwischen den GEZ-Werten und den Kennzahlen „Vernachlässigung durch den Arzt“ ($r_{\text{spear}} = 0,422$), „Patientenaktivierung“ ($r_{\text{spear}} = 0,322$) und „Zeit für Fragen“ ($r_{\text{spear}} = 0,281$) nachweisen.

Eine auf einem 0,05-Niveau signifikante Korrelation der Positivantworten besteht ebenfalls im Hinblick auf die Kennzahlen „Arzt in Eile“ ($r_{\text{spear}} = 0,235$), „Unterstützung durch den Arzt“ ($r_{\text{spear}} = 0,234$) und „Fachkompetenz des Arztes“ ($r_{\text{spear}} = 0,226$) und der GEZ.

Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen den Kennzahlen „Vertrauen zum Arzt“ und der „Einbeziehung des Partners“ und den Zufriedenheitsscores.

Zuletzt soll der Korrelationsgrad der Positivbewertungen der Kennzahlen des Abschnitts „Informationsverhalten“ mit der GEZ untersucht werden.

Kennzahl Informationsverhalten			GEZ
Spearman-Rho	Informationsrezeption Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,181
		Sig. (2-seitig)	0,091
		N	88
	Medizinischer Informationsbedarf Positivskala	Korrelationskoeffizient	0,434**
		Sig. (2-seitig)	0,000
		N	88
** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 121: Korrelation Positivskalen der Kennzahlen des Informationsverhaltens und der GEZ

Die Korrelation der einzelnen Kennzahlen des Abschnitts „Informationsverhalten“ zeigt, dass wie bei der Korrelationsprüfung der Negativskalen lediglich zwischen der Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“ und den GEZ-Werten auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ ein Zusammenhang von $r_{\text{spear}} = 0,434$ besteht. Die Kennzahl „Informationsrezeption“ zeigt somit weder negativ noch positiv beurteilt einen signifikanten Zusammenhang mit der GEZ.

3.2.5 Zusammenfassung

Anhand der Rangkorrelation nach Spearman lässt sich nachweisen, dass die Anzahl negativer und positiver Bewertungen der einzelnen Kennzahlen in verschiedener Stärke und unterschiedlichem Ausmaß mit den Werten der GEZ korreliert. In Tabelle 122 sind die mit der GEZ korrelierenden Kennzahlenbewertungen zusammengefasst und in absteigender Korrelationsstärke sortiert.

Korrelation Negativskala und GEZ	r_{spear}	Korrelation Positivskala und GEZ	r_{spear}
Qualität der Kundenbetreuung	-0,432**	Medizinischer Informationsbedarf	0,434**
Vernachlässigung durch den Arzt	-0,421**	Qualität der Kundenbetreuung	0,430**
Medizinischer Informationsbedarf	-0,412**	Vernachlässigung durch den Arzt	0,422**
Wartezeit	-0,404**	Wartezeit	0,409**
Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte	-0,352**	Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte	0,361**
Patientenaktivierung	-0,300**	Patientenaktivierung	0,322**
Zeit für Fragen	-0,300**	Praxisorganisation	0,300**
Praxisorganisation	-0,295**	Praxispersonal	0,285**
Telefonische Erreichbarkeit der Praxis	-0,286**	Zeit für Fragen	0,281**
Hektik	-0,269*	Arzt in Eile	0,235*
Praxispersonal	-0,254*	Telefonische Erreichbarkeit der Praxis	0,235*
Arzt in Eile	-0,235*	Unterstützung durch den Arzt	0,234*
		Hektik	0,227*
		Fachkompetenz des Arztes	0,226*
		Website	0,213*
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig). *. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).			

Tabelle 122: Vergleich Korrelationen Negativskala und Positivskala mit GEZ

Mit steigender Anzahl der negativen Bewertungen der Kennzahlen verringert sich die GEZ. Die Anzahl der positiven Bewertungen der genannten Kennzahlen korreliert positiv mit dem GEZ-Wert. Am stärksten wirken sich, sowohl positiv als auch negativ beurteilt, die Kennzahlen „Qualität der Kundenbetreuung“, „Vernachlässigung durch den Arzt“, „Medizinischer Informationsbedarf“ und die „Wartezeit“ auf die GEZ der Patientinnen aus ($r_{\text{spear}} > 0,4$ und $r_{\text{spear}} < -0,4$).

Kein signifikanter Zusammenhang – weder in Bezug auf die Positiv- noch auf die Negativurteile – mit der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit findet sich für die Kennzahlen „Praxisausstattung“, „Öffnungszeit“, „Vertrauen zum Arzt“, „Einbeziehung des Partners“ und der „Informationsrezeption“.

Auch die Anzahl der Vorbehandlungen der Patientinnen wirkt sich nicht signifikant auf deren Zufriedenheit oder Unzufriedenheit aus.

4. Ergebnisse

Das erste Ziel dieser Untersuchung bestand darin, für die Erhebung von Patientinnenurteilen den Nutzen der Verwendung eines Fragebogens zu testen, der die gemäß dem aktuellen Forschungsstand für Patientenzufriedenheit relevanten Qualitätsdimensionen abbildet.

Bei den bisher angewandten Instrumenten wurden theoretische und empirische Defizite nachgewiesen, die Zweifel an der Zulässigkeit der Verwendung ihrer Ergebnisse hervorriefen (vgl. Sitzia, 1999; Möller-Leimkühler, Dunkel, 2003, S. 40).

Durch die Verwendung der auf Validität und Reliabilität geprüften KPF-N-Kennzahlen wurde eine mögliche Lösung gefunden, die bislang kritisierten methodischen Mängel von Patientenbefragungen zu beheben.

Den beschriebenen theoretischen Defiziten der bislang durchgeführten Zufriedenheitsstudien wurde durch die Anwendung des GEZ-Modells von Janßen entgegengewirkt. Dieses Modell ermöglicht eine Objektivierung der Methodik der Zufriedenheitsmessung durch die Operationalisierung des Zusammenhangs von Zufriedenheit, Erwartungserfüllung und Gewichtung der einzelnen Items durch die Patientinnen.

Ein weiteres beschriebenes Defizit der bisherigen Methoden bestand darin, dass schriftliche Patientenbefragungen umfassend hohe Zufriedenheitswerte aufweisen, obwohl ebendiese Patienten in Interviews Unzufriedenheit mit Aspekten ihrer Behandlung äußerten. Trotz hoher Globalzufriedenheitswerte bei Patientenbefragungen blieben bislang Wünsche der Patienten unerfasst und demnach unbefriedigt (vgl. Baumann et al., S. 874).

Die dieser Arbeit zu Grunde liegende Patientinnenstudie zeigt jedoch, dass durch die Anwendung des GEZ-Modells die Erhebung falsch-hoher Zufriedenheitswerte und damit einhergehende Ceiling-Effekte vermieden werden.

Zudem wurde durch den Einsatz des GEZ-Modells das zweite Ziel der vorliegenden Patientinnenstudie erreicht. Der Nachweis, dass durch den Einbezug von Erwartungserfüllung und individueller Gewichtung der einzelnen Items in die Zufriedenheitsscores diese von bislang durchgängig rechtsschiefen Verteilungen – mit den daraus entstehenden testtheoretischen Problemen – in eine Normalverteilung überführt werden können, wurde erbracht.

Somit hat diese Arbeit den Anspruch, einen Ansatz hin zur Verbesserung von Methodik, Vergleichbarkeit und Evaluation von Patientenbefragungen aufzuzeigen.

Letztes Ziel dieser Arbeit war die Erfassung von Patientinnenurteilen im UniKiD, um relevante Variablen und Indikatoren für Zufriedenheit und Unzufriedenheit zu ermitteln.

Grundannahme hierfür war, dass die Strukturqualität der Praxis, die psychosozialen Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion, und die inhaltliche Ebene – das Informationsverhalten von Arzt und Patientin – eine wesentliche Rolle spielen.

Die diesbezüglichen Ergebnisse der einzelnen Abschnitte des Fragebogens sind im Folgenden nochmals zusammengefasst:

Bei der Ermittlung der GEZ erzielten die Ärzte und Ärztinnen des UniKiDs, das Praxispersonal, die nichtmedizinischen Leistungen und die medizinische Behandlung im UniKiD die höchsten Zufriedenheitswerte. Dem entsprechen die Nennungen innerhalb der offenen Fragen, bei denen 91% der Befragten Lob und Zufriedenheit mit dem Personal äußerten.

Die Praxisorganisation schnitt mit einer durchschnittlichen Bewertung von „eher zufrieden“ am schlechtesten ab.

Im Anschluss an die Erhebung der GEZ wurden anhand der jeweiligen Kennzahlen einzelne Indikatoren bewertet, die die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Patientinnen mutmaßlich begründen.

Bezüglich der Strukturqualität wurden die Items der Kennzahlen „Praxisausstattung“ und „Praxispersonal“ am besten bewertet, was sich auch in den Freitextkommentaren widerspiegelte. Mit der Durchschnittsschulnote 4,1 schnitt die telefonische Erreichbarkeit der Praxis am schlechtesten ab. Die Unzufriedenheit der Patientinnen mit diesem Punkt wurde durch 30 Nennungen in 57 Freitextkommentaren bestätigt.

Zusätzliche Kritikpunkte in den Freitextkommentaren der Patientinnen waren Probleme mit der Rechnungsabwicklung und mangelnde Diskretion an der Anmeldung.

Höchste Priorität im Rahmen der Behandlung hatten für die Patientinnen die Items „Behandlung auf dem neuesten Forschungsstand“, „Erklärung der Behandlung“, „genügend Zeit der Ärzte“, „interdisziplinäre Zusammenarbeit“, das „Notfallhandy“ und eine „schnelle Terminvergabe“. Eher geringere Priorität für die Studententeilnehmerinnen hatten die Existenz einer Selbsthilfegruppe, Parkplätze vor der Praxis, das psychologische Beratungsangebot und das schnelle Beantworten von Emails durch die Ärzte.

Hinsichtlich der Arzt-Patient-Interaktion und der Informationsabläufe wurden die Kennzahlen „Vertrauen zum Arzt“, „Fachkompetenz des Arztes“, „Unterstützung durch den Arzt“ und „Informationsrezeption der Patientinnen“ am besten bewertet.

Das Item „Arzt in Eile“ und die Kennzahlen „Vernachlässigung durch den Arzt“, „Medizinischer Informationsbedarf“ und „Patientenaktivierung durch den Arzt“ wurden etwas schlechter bewertet.

In der analytischen Auswertung wurde anschließend geprüft, inwiefern die einzelnen Kennzahlen, die zuvor als wesentliche Grundlagen für die Zufriedenheit vermutet wurden, tatsächlich Korrelationen mit den erhobenen GEZ-Werten der Patientinnen aufwiesen.

In der analytischen Auswertung zeigte sich auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ eine statistisch signifikante Korrelation sowohl hinsichtlich der Anzahl der Positivantworten als auch der Anzahl der Negativantworten der Patientinnen mit den jeweiligen GEZ-Werten ($r_{\text{spear}} = 0,302$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,499$ für die Negativskala).

Je mehr positive Bewertungen eine Patientin abgab, desto höher war der jeweilige GEZ-Wert. Steigt die Anzahl der Negativantworten, verringert sich der Zufriedenheitsscore.

Alle drei Kategorien „Strukturqualität“, „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“ zeigten einen signifikanten positiven bzw. negativen Zusammenhang mit der Anzahl der positiven bzw. negativen Antworten.

Die Kategorie „Strukturqualität“ zeigte auf einem Signifikanzniveau von $\alpha < 0,01$ den stärksten Zusammenhang zu den GEZ-Werten ($r_{\text{spear}} = 0,529$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,532$ für die Negativskala), die „Arzt-Patient-Interaktion“ ($r_{\text{spear}} = 0,401$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,382$ für die Negativskala) und die Kategorie „Informationsverhalten“ ($r_{\text{spear}} = 0,395$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,379$ für die Negativskala) etwas geringere Zusammenhänge.

Auf die einzelnen Kennzahlen bezogen zeigte sich der stärkste Zusammenhang der positiven und negativen Patientinnenurteile auf deren Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit bei den Kennzahlen „Qualität der Kundenbetreuung“ ($r_{\text{spear}} = 0,43$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,432$ für die Negativskala), „Vernachlässigung durch den Arzt“ ($r_{\text{spear}} = 0,422$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,421$ für die Negativskala), „Medizinischer Informationsbedarf“ ($r_{\text{spear}} = 0,434$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,412$ für die Negativskala) und „Wartezeit“ ($r_{\text{spear}} = 0,409$ für die Positivskala und $r_{\text{spear}} = -0,404$ für die Negativskala).

Kein signifikanter Zusammenhang – weder der Positiv- noch der Negativskalen – auf die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit der Studienteilnehmerinnen ließ sich bei den Kennzahlen „Praxisausstattung“, „Öffnungszeit“, „Vertrauen zum Arzt“ und „Einbeziehung des Partners“ nachweisen.

Die dieser Studie zugrunde liegende Annahme, dass die drei Aspekte „Strukturqualität“, die von den Patientinnen empfundene Qualität der „Arzt-Patient-Beziehung“ und das „Informationsverhalten“ wesentlich auf den Zufriedenheitsgrad der Patientinnen einwirken wird somit bestätigt.

5. Diskussion

Im stationären wie auch im ambulanten Sektor des Gesundheitswesens werden immer häufiger Patientenbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse aus diesen Befragungen sollen – wie die Patientinnenbefragung im UniKiD – zur Optimierung der Patientenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements eingesetzt werden.

Dafür ist zunächst die Frage zu beantworten, ob diese Ergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung anwendbar sind.

Diese Frage soll im Folgenden geklärt werden. Im ersten Abschnitt wird geprüft, welche Erfordernisse eine Befragung erfüllen muss, damit sie für das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung eingesetzt werden kann, und inwiefern die vorliegende Studie diesen Anforderungen gerecht wird.

In den nächsten Abschnitten erfolgen sodann Vergleiche der durch die UniKiD-Patientinnenstudie erhobenen Daten mit zuvor anhand des KPF und KPF-N ermittelten Daten anderer Einrichtungen.

5.1 Zielsetzung von Patientenbefragungen

Neugebauer und Porst identifizierten in einem Literaturüberblick von 20 Zufriedenheitsstudien die wesentlichen Ziele, die anhand der bislang durchgeführten Patientenbefragungen erreicht werden sollten. Im Folgenden soll betrachtet werden, in welchem Ausmaß die UniKiD-Patientinnenstudie den Zielvorgaben dieser Studien gerecht wird.

Primäres Ziel der 20 untersuchten Studien war die Messung von Effektivität und Qualität der Leistungen einer Einrichtung durch die Befragung der Patienten. Dieses Ziel kann die UniKiD-Patientinnenstudie nur teilweise erbringen:

Patientenzufriedenheit geht mit der wahrgenommenen Qualität der Leistungen durch den Patienten einher (vgl. Cleary, 1999, S. 212). Insofern bilden die in der UniKiD-Studie erhobenen Ergebnisse das Maß an Qualität ab, dass die Patientinnen wahrnehmen.

Die Messung der Effektivität der Behandlung, im besonderen Fall der Reproduktionsmedizin das Herbeiführen einer Schwangerschaft, wird mit dem eingesetzten Fragebogen jedoch nicht erreicht.

Ein weiteres Ziel der bisher durchgeführten Patientenbefragungen ist der Einsatz der erhobenen Ergebnisse für die Imagebildung und damit für die Stärkung der Kundenbindung und die Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Allein die Anzahl der Patientinnen, die bereit sind, das UniKiD weiterzuempfehlen (94 von 96 Patientinnen „uneingeschränkt“, die restlichen 2 Patientinnen „vielleicht“), spiegelt das Ausmaß der bereits bestehenden hohen Bindung und Zufriedenheit der Patientinnen wieder.

Inwiefern die Ergebnisse der vorliegenden Befragung zukünftig zur weiteren Imagebildung eingesetzt werden, ist zum Zeitpunkt des Entstehens dieser Arbeit noch nicht abzusehen.

Ebenso verhält es sich mit dem Ziel, die Ergebnisse von Zufriedenheitsstudien zur Mitarbeitermotivation und zur Öffentlichkeitsarbeit einzusetzen. Auch dies ist zum Zeitpunkt des Entstehens der Arbeit noch nicht beurteilbar. Die Daten dieser Erhebung sollen jedoch zukünftig allen Mitarbeitern des UniKiD zur Verfügung gestellt werden.

Patientenbefragungen wurden bislang zudem durchgeführt, um Schwachstellen in Versorgungsabläufen zu erkennen. Dies wurde mit der vorliegenden Studie erreicht. Beispiele für aufgedeckte Defizite sind die schlechte telefonische Erreichbarkeit der Praxis, Schwachstellen in der Rechnungsabwicklung und ein von den Patientinnen empfundener Diskretionsmangel an der Anmeldung.

Gerade im Hinblick auf die Darlegung der Bedeutung verbessernder Maßnahmen gegenüber den Kostenträgern können die Ergebnisse der Studie eine Argumentationsbasis darstellen und Hilfestellung leisten.

Die weite Übereinstimmung der Ergebnisse der UniKiD-Studie mit den Zielsetzungen aus anderen Zufriedenheitsstudien lässt die Annahme zu, dass über die Entwicklung eines Instrumentes, das neben Validität und Reliabilität auch auf einem zulässigen und hinreichenden Konstrukt zur objektiven Beurteilung von Zufriedenheit aufbaut hinaus, auch die für das Qualitätsmanagement und die Qualitätssicherung wesentlichen Aspekte in dieser Studie abgedeckt wurden.

Ein weiteres Ziel, das Neugebauer und Porst in den von ihnen analysierten Studien identifizierten, ist die Möglichkeit des Vergleichs der Einrichtung mit anderen Anbietern medizinischer Versorgungsleistungen. Dass dieses Ziel an letzter Stelle genannt wird, führen die Autoren darauf zurück, dass es sich bei Patientenbefragungen um weitestgehend neue Instrumente handelt. Die Bedeutung des Vergleichs mit anderen Wettbewerbern – der Querschnittsanalyse – wird jedoch in Zukunft durch verstärkten Wettbewerb, Kostendruck und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen im Gesundheitswesen zunehmen (vgl. Neugebauer, Porst,

2001, S. 10). Durch die Anwendung standardisierter Items wie denen des KPF wird ein Vergleich zwischen einzelnen Einrichtungen im Rahmen einer Querschnittsanalyse ermöglicht. Die in der UniKiD-Patientinnenstudie erhobenen KPF-Kennzahlen lassen sich demnach mit KPF-Kennzahlen anderer medizinischer Einrichtungen vergleichen.

Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der UniKiD-Patientinnenstudie mit den im Jahre 2003 vom ZVFK unter Zuhilfenahme des KPF erhobenen Daten verglichen.

Zusätzlich kann durch die Vergleichbarkeit der Werte verschiedener Einrichtung ein Benchmarking⁹ durchgeführt werden. Im zweiten Teil des folgenden Abschnitts werden dementsprechend die Ergebnisse der UniKiD-Patientinnenstudie mit den Resultaten von 42 niedergelassenen Praxen verglichen. Diese wurden 2005 von der Abteilung medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln mit dem KPF-N erhoben.

⁹ Hierfür werden Vergleiche mit anderen Anbietern durchgeführt, um die eigene Position im Wettbewerb auszumachen und aus den Erfahrungen höher bewerteter Anbieter Nutzen zu ziehen (vgl. Güntert, 1999, S. 105, in Badura, Siegrist, 1999).

5.2 Vergleich der KPF-Kennzahlen: UniKiD-Studie und KPF-Studie des ZVFK 2003

Die Daten, die für den folgenden Vergleich herangezogen werden, wurden 2003 vom ZVFK im Rahmen des Forschungsprojektes „Unternehmensführung mit biopsychosozialen Kennzahlen“ erhoben. Im Rahmen dieses Projektes wurde eine poststationäre Befragung von Patienten durchgeführt, die in drei Krankenhäusern (ein Haus der Grundversorgung und ein Haus der Maximalversorgung in Westdeutschland, ein Haus der Maximalversorgung in Ostdeutschland) behandelt worden waren.

Im Gegensatz zur Patientinnenstudie im UniKiD handelte es sich um stationäre Aufenthalte und nicht um ambulante Behandlungen. Der Fragebogen wurde den Patienten postalisch zugesandt. Von 1548 angeschriebenen Patienten sendeten 855 den ausgefüllten Fragebogen zurück (vgl. Pfaff et al., 2004, S. 4).

Die Antworten der einzelnen Items sowohl der KPF-Kennzahlen als auch der Kennzahlen der UniKiD-Patientinnenstudie wurden für den nachfolgenden Vergleich in die Wertebereiche „Ablehnung“ mit den Kategorien „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ und „Zustimmung“ mit den Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ zusammengefasst. Im Folgenden sind für die einzelnen Items der Kennzahlen die Prozentzahlen jeweils der „Ablehnung“ und „Zustimmung“ durch die Patienten der drei Krankenhäuser im Vergleich zu der „Ablehnung“ und „Zustimmung“ durch die Patientinnen des UniKiDs aufgeführt.

Eingeschränkt wird die Vergleichsmöglichkeit der vom ZVFK erhobenen Werte mit den UniKiD-Ergebnissen durch die Notwendigkeit, neben standardisierten Kennzahlen auch einrichtungsspezifische Aspekte abzufragen. Nur aus deren Bewertungen lässt sich Verbesserungspotential der für das UniKiD wesentlichen Strukturen und Prozessen ableiten. Die Kennzahlen, die die vorliegende Studie mit der Befragung des ZVFK gemein hat, lassen sich zudem anhand der Schulnotenskalen nur bedingt vergleichen, da der Wortlaut teils variiert und einzelne Items in der UniKiD-Studie weggelassen oder hinzugefügt worden sind. Diese sind in der folgenden Tabelle durch Minuszeichen für die ausgelassenen Items und in Kursivschrift für die hinzugefügten Items markiert.

Darüber hinaus ist zu bemerken, dass zwischen der stationären Versorgung in einem Krankenhaus und der ambulanten Betreuung im Rahmen der Kinderwunschbehandlung wesentliche Unterschiede in der Patientenstruktur, der Struktur der behandelnden Einrichtungen und der Arzt-Patient-Interaktion auszumachen sind.

Nichtsdestotrotz soll in Tabelle 123 ein Vergleich der Werte des UniKiDs mit den gültigen Prozenten der Zustimmung- und Ablehnungshäufigkeiten und den Schulnotenskalen der KPF-Erhebung (vgl. ebd., S. 41 ff.) unter Vorbehalt der erwähnten Einschränkungen stattfinden.

Kennzahl	Items	UniKiD-Studie (n=97)			KPF-Studie 2003 (n=855)			
		Ablehnung	Zustimmung	Note	Ablehnung	Zustimmung	Note	
Vertrauen zum Arzt	Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir.	1%	99%	1,43	5,5%	94,5%	2,27	
	Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt.	2,1%	97,9%		7,6%	92,4%		
	Der Arzt lässt mich ausreden.	1%	99%		5,5%	94,5%		
	Ich hatte den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist.	-	100%		4,4%	95,6%		
	Bei diesem Arzt ist man in guten Händen.	-	100%		4,5%	95,5%		
Vernachlässigung durch den Arzt	Ich habe den Eindruck, dass der Arzt schon mal ein Anliegen vergisst, dass ich habe.	88,7%	11,3%	2,51	79,2%	20,8%	2,62	
	Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert.	74,3%	25,7%		62,2%	37,8%		
	Ich habe den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für mich hat.	73,7%	26,3%		<i>Item inkl. 2,68</i>	75,1%		24,9%
	<i>Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich eigentlich fragen wollte.</i>	59%	41%			-		-
Unterstützung durch den Arzt	Der Arzt ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meinen Beschwerden anzuhören.	4,3%	95,7%	1,74	10,5%	89,5%	2,02	
	Der Arzt unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meinen Beschwerden leichter fällt.	7,5%	92,5%		12,9%	87,1%		
	Ich kann mich auf meinen Arzt verlassen, wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden habe.	2,1%	97,9%		10,3%	89,7%		
Patientenaktivierung durch den Arzt	Der Arzt fragt mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin.	12,5%	87,5%	2,51	24,3%	75,5%	2,84	

	Der Arzt gab mir eine vollständige Erklärung meiner Behandlung.	6,2%	93,8%		15,7%	84,3%	
	<i>Die Ärzte fragten mich, was ich für die Ursache meiner Beschwerden halten würde.</i>	-	-		41,3%	58,7%	
	Der Arzt ermutigt mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit meinen Beschwerden zu sprechen.	45,8%	54,2%		39,7%	60,3%	
	Der Arzt ermutigt mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern.	43,1%	56,9%		48,5%	51,5%	
	<i>Ich werde in Entscheidungen mit einbezogen.</i>	11,5%	88,5%		-	-	
Medizinischer Informationsbedarf	Ich hätte mir mehr Informationen über den Umgang mit meinen Beschwerden gewünscht.	79,6%	20,4%	2,67	49,3%	50,7%	3,16
	Ich hätte mir mehr Informationen über die medizinische Behandlung gewünscht.	79,8%	20,2%		60,5%	39,5%	
	Ich hätte mir mehr Informationen über Behandlungsrisiken gewünscht.	67,7%	32,3%		57%	43%	
	Ich hätte mir mehr Informationen über Medikamente (Nutzen/Nebenwirkungen) gewünscht.	61,5%	38,5%		47,7%	52,3%	
Qualität der Kundenbetreuung	In dieser Praxis wird man als Kunde umsorgt.	12,5%	87,5%	2,13	17,7%	82,3%	2,08
	<i>In diesem Krankenhaus wird der Patient als Mensch und nicht nur als Nummer behandelt.</i>	-	-		11,9%	88,1%	
	<i>In diesem Krankenhaus betrachten die Ärzte den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner.</i>	-	-		13,1%	86,9%	
Hektik	Das Praxispersonal hat mehr Arbeit als es bewältigen kann	51,1%	48,9%	2,96	50,5%	49,5%	3,05
	In der Praxis geht es hektisch zu.	77,9%	22,1%		81%	19%	
	Das Praxispersonal steht unter Zeitdruck.	64,5%	35,5%		62,9%	37,1%	

	<i>Die Pflegekräfte meiner Station hatten mehr Arbeit, als sie bewältigen konnten.</i>	-	-		54,3%	45,7%	
	Das Praxispersonal wirkt angespannt.	85,3%	14,7%		76,8%	23,2%	

Tabelle 123: Vergleich der Kennzahlen UniKiD-Studie und KPF-Studie 2003 (vgl. Pfaff et al., 2004).

Die Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“ wurde für die UniKiD-Befragung bis auf geringfügige Änderungen der Formulierung komplett übernommen. In den Itembewertungen schnitt das UniKiD durchgängig besser ab als die drei Krankenhäuser der ZVFK-Studie. Entsprechend wurde das UniKiD mit einer Schulnote von 1,43 viel besser bewertet als die Krankenhausärzte mit einem Mittelwert von 2,27.

Bei der Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“, der das Item „Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich eigentlich fragen wollte“ hinzugefügt wurde, schnitt das UniKiD mit einem Mittelwert von 2,68 im Vergleich zu den vom ZVFK befragten Krankenhäusern mit 2,62 geringfügig schlechter ab. Wurde die Schulnotenskala ohne das hinzugefügte Item berechnet, ergab sich ein Schulnotenmittelwert von 2,51 und somit eine bessere durchschnittliche Bewertung als in den Ergebnissen der ZVFK-Erhebung.

Bei der Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“, deren Items bis auf minimale Umformulierungen identisch sind, erhielt das UniKiD eine mittlere Schulnote von 1,74, die Krankenhäuser eine 2,02. Die Zustimmung zu den einzelnen Items fiel bei der UniKiD-Erhebung höher aus als bei der ZVFK-Erhebung (92,5-97,5% im Vergleich zu 87,1-89,7%).

Die Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“ wurde im UniKiD mit 2,51 besser bewertet als in den vom ZVFK befragten Häusern (2,84). Hier wurde jedoch ein Item entfernt und ein Item hinzugefügt, so dass die Skalen nicht mehr völlig übereinstimmen.

Die UniKiD-Patientinnen gaben jedoch häufiger an, in Entscheidungen miteinbezogen zu werden und sie fühlten sich ausführlicher über die Behandlung aufgeklärt als die Krankenhauspatienten.

Die Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“ wurde in der Itemformulierung identisch abgefragt. Das UniKiD wurde hier mit 2,67 erheblich besser bewertet als die Krankenhäuser mit der Schulnote 3,16. Die Patientinnen des UniKiDs gaben wesentlich geringere Informationsdefizite an als die Krankenhauspatienten.

Mehr Informationen zu den einzelnen Punkten wünschten sich im UniKiD zwischen 20,2% und 38,5% der Patientinnen. Bei der ZVFK-Befragung gaben zwischen 39,5% und 52,3% der Krankenhauspatienten an, sich mehr Informationen gewünscht zu haben. Über die Hälfte der Krankenhauspatienten wünschte sich mehr Informationen zu Nutzen und Nebenwirkungen der einzelnen Medikamente. Das größte Defizit bestand sowohl bei den UniKiD-Patientinnen

(38,5%) als auch bei den Krankenhauspatienten (52,3%) in Informationen zu Nutzen und Nebenwirkungen der einzelnen Medikamente.

Die Kennzahl „Qualität der Kundenbetreuung“ war nur eingeschränkt vergleichbar, da von den drei ursprünglichen KPF-Items nur das Item „Im UniKiD wird man als Kunde umsorgt“ übernommen wurde. Dem stimmten 87,5% der UniKiD-Patientinnen zu. Bei der ZVFK-Studie stimmten diesem Item 82,3% der Krankenhauspatienten zu. Der Mittelwert auf der Schulnotenskala betrug beim UniKiD 2,13, bei den drei Krankenhäusern betrug die Schulnote, deren Berechnung jedoch auf zwei zusätzlichen Items beruht 2,08.

Der letzten Kennzahl „Hektik“ wurde für die UniKiD-Befragung ein Item entnommen. Die Bewertung der einzelnen Items unterschied sich nicht wesentlich. Die Schulnotenmittelwerte lagen in der UniKiD-Patientinnenstudie bei 2,96 und bei den Krankenhausbefragungen bei 3,05.

Insgesamt lagen die Werte des UniKiD – bis auf die Kennzahl „Qualität der Kundenbetreuung“, bei der nur ein Item von dreien abgefragt wurde – über dem Durchschnitt der vom ZVFK befragten Krankenhäuser. Vor allem die Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“, die eine hohe Korrelation mit den GEZ-Werten der UniKiD-Patientinnen aufwies, wurde von den UniKiD-Patientinnen erheblich besser bewertet als von den Krankenhauspatienten der ZVFK-Studie.

5.3 Vergleich der KPF-N Kennzahlen: UniKiD-Studie und KPF-N-Studie 2005

Der Vergleich des UniKiDs mit stationären Einrichtungen der medizinischen Versorgung liefert durch die verschiedenen Strukturen der Einrichtungen sowie unterschiedliche Prozesse und Patientengruppen nur bedingt verwertbare Ergebnisse. Die Gegenüberstellung der UniKiD-Ergebnisse mit Erhebungsergebnissen des KPF-N, der auf der Grundlage des KPF speziell für den niedergelassenen Bereich entwickelt wurde, mag hier zuverlässigeren Aufschluss geben.

Die KPF-N-Daten, denen die in der UniKiD-Patientinnenstudie erhobenen Werte gegenübergestellt werden, sind 2005 von der Abteilung medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln mit dem KPF-N erhoben worden.

Ausgangsbasis für dieses Projekt war die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegründete Qualitätsinitiative QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen). Das QEP-Konzept sieht vor, die subjektive Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten zu erfassen.

Der KPF-N wurde in 43 niedergelassenen Praxen deutschlandweit im Inhouse-Verfahren eingesetzt.

Durch die standardisierte Erhebung der Daten in verschiedenen Praxen ist es möglich, die Bewertungen der einzelnen Praxen im Rahmen des Benchmarkings direkt zu vergleichen und Rankings vorzunehmen.

Tabelle 124 gibt die Fachrichtungen der niedergelassenen Praxen wieder. Eine der Praxen sandte keine Fragebögen zurück, so dass nur von 42 Praxen verwertbare Ergebnisse vorlagen.

Von 4730 ausgeteilten Fragebögen wurden 3369 auswertbare Fragebögen zurückgegeben (vgl. Pfaff, Brinkmann, 2006).

Fachrichtung	Anzahl
Allgemeinmedizin	17
Innere	6
Gynäkologie	5
Augenheilkunde	3
Chirurgie	3
Dermatologie	2
Kinderheilkunde	2
Orthopädie	1

HNO	1
Urologie	1
Neurologie	1
Anästhesie	1
Gesamtanzahl	43

Tabelle 124: Fachrichtungen der KPF-N-Praxen nach Pfaff, Brinkmann (2006, S. 7).

Trotz der Konzeption der Items speziell für den niedergelassenen Bereich lassen sich auch die gemeinsamen Kennzahlen der 42 Praxen und des UniKiDs nur bedingt vergleichen. Um die für das UniKiD spezifischen Punkte zu erfassen, musste der Wortlaut der Items teils variiert werden und einzelne Items wurden weggelassen oder hinzugefügt. Für das Benchmarking sind diese Kennzahlen somit nur teilweise verwertbar. Dies ist bei den betreffenden Kennzahlen im Weiteren separat vermerkt.

In den folgenden Tabellen sind weggelassene Items durch Minuszeichen und hinzugefügte Items in Kursivschrift markiert.

Zwischen der Behandlung der Patienten in den niedergelassenen Praxen und der ambulanten Betreuung im Rahmen der Kinderwunschbehandlung bestehen ebenfalls erhebliche Unterschiede in der Patientenstruktur und der Art der Arzt-Patient-Interaktion. Die 97 Teilnehmerinnen der UniKiD-Patientinnenstudie sind alle weiblich und zwischen 24 und 43 Jahre alt. Von den 3369 Teilnehmern der KPF-N-Befragung sind 60,7% weiblich und 39,3% männlich. Ihr Alter lag zwischen 18 bis über 80 Jahren.

Bei den Teilnehmerinnen der UniKiD-Patientinnenstudie handelt es sich somit um eine relativ homogene Stichprobe, während die Patienten der 42 Praxen im Vergleich dazu eine eher heterogene Stichprobe darstellen.

Trotz der beschriebenen Beschränkungen wurde im Folgenden ein Vergleich der Werte des UniKiDs mit den Antworthäufigkeiten der einzelnen Items und mit den Schulnotenskalen der Kennzahlen der KPF-N-Erhebung vorgenommen (vgl. Pfaff, Brinkmann, 2006).

Analog zum Kapitel 5.2 wurden die Antworten der einzelnen Items sowohl der KPF-N-Kennzahlen als auch der Kennzahlen der UniKiD-Patientinnenstudie in die Wertebereiche „Ablehnung“ mit den Kategorien „stimme eher nicht zu“ und „stimme gar nicht zu“ und „Zustimmung“ mit den Kategorien „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“ zusammengefasst. Im Folgenden sind für die einzelnen Items der Kennzahlen die prozentualen

Anteile der gültigen Prozente der „Ablehnung“ und „Zustimmung“ der 42 Praxen im Vergleich zum UniKiD aufgeführt.

Auch bei den KPF-N-Kennzahlen erfolgte eine Transformierung in Schulnotenskalen. Die Schulnotenmittelwerte der einzelnen Kennzahlen werden zusätzlich zur besseren Veranschaulichung für die 42 Praxen und das UniKiD in Benchmarking-Graphiken¹⁰ abgebildet. Hohe Balken bedeuten in diesen Diagrammen gute Schulnoten, niedrige Balken geben schlechte Bewertungen wieder.

¹⁰ Bei den Schulnotenmittelwerten der 42 Vergleichspraxen in den Benchmarking-Diagrammen handelt es sich um Näherungswerte (vgl. Pfaff, Brinkmann, 2006, S. 17 ff.).

5.3.1 Vergleich der Kennzahlen der Strukturqualität

Die Kennzahlen „Praxispersonal“ und „Praxisorganisation“ waren in der KPF-N-Befragung zu der gemeinsamen Kennzahl „Organisation und Praxispersonal“ zusammengefasst. Diese Kennzahl wurde speziell für den KPF-N entwickelt und ist nicht im ursprünglichen KPF-Inventar enthalten. Da sich faktorenanalytische keine eindeutige Zuordnung der Items dieser neuen Kennzahl zu einem gemeinsamen Konstrukt zeigte, wurde im Anschluss an die 2005 durchgeführte Studie empfohlen, in weiteren Untersuchungen eine Unterscheidung in die Kennzahlen „Praxispersonal“ und „Praxisorganisation“ vorzunehmen (vgl. Brinkmann et al., 2007, S. 591). In der vorliegenden Studie wurde diese Empfehlung mit Erfolg umgesetzt. Aufgrund der beschriebenen Abweichung und der fehlenden Validierung der KPF-N-Kennzahl „Organisation und Praxispersonal“ kann bei den aufgeführten Kennzahlen „Praxispersonal“ und „Praxisorganisation“ kein unmittelbarer Vergleich der Schulnotenskalen zwischen den 42 Praxen und dem UniKiD vorgenommen werden. Dennoch ist in Tabelle 126 eine Gegenüberstellung der Verteilung der prozentualen Häufigkeit der gültigen Werte von „Ablehnung“ und „Zustimmung“ der Items dieser Kennzahlen wiedergegeben.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Das Praxispersonal ist freundlich.	1,1%	98,9%	1,4%	98,6%
Das Praxispersonal ist sehr kompetent.	1,1%	98,9%	1,6%	98,4%
Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat.	74,2%	25,8%	82,2%	17,8%

Tabelle 125: Vergleich der Kennzahl „Praxisausstattung“

Die UniKiD-Patientinnen stimmten den ersten beiden Aussagen geringfügig häufiger zu als die Patienten der 42 niedergelassenen Praxen. Die Aussage „Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat“ wurde von 25,8% der UniKiD-Patientinnen als zutreffend bewertet, bei der 2005 durchgeführten KPF-N-Befragung stimmten nur 17,8% der Patienten dieser Aussage zu. Auch bezüglich der „Praxisorganisation“ zeigten sich die UniKiD-Patientinnen kritischer. Der Aussage „Die Praxis ist perfekt organisiert“ stimmten hier 81,2% der Patientinnen zu, die 42 Praxen erhielten insgesamt 94,5% Zustimmungen zu dieser Aussage.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Diese Praxis ist perfekt organisiert.	18,8%	81,2%	5,5%	94,5%

Tabelle 126: Vergleich der Kennzahl „Praxisorganisation“

Die Items der Kennzahl „Praxisausstattung“ wurden von den Patientinnen des UniKiD sehr positiv bewertet. So fand sich bezüglich der Aussage „die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet“ 100% Zustimmung, im Gegensatz zu den 42 Praxen, bei denen 95,7% der Patienten der Aussage zustimmten. Auch der Modernität der Ausstattung und der medizinisch-technischen Geräte wurde im UniKiD häufiger zugestimmt als in den 42 Praxen.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet.	-	100%	4,3%	95,7%
Die Praxis ist sauber.	1,1%	98,9%	0,6%	99,4%
Die medizinisch-technischen Geräte wirken modern.	2,1%	97,8%	4,2%	95,8%
Die Ausstattung der Praxis wirkt modern.	2,1%	97,8%	5,5%	94,5%
<i>Die Atmosphäre der Praxis ist angenehm.</i>	-	100%	-	-

Tabelle 127: Vergleich der Kennzahl „Praxisausstattung“

Da der Kennzahl „Praxisausstattung“ im UniKiD-Fragebogen das Item „Die Atmosphäre der Praxis ist angenehm“ hinzugefügt wurde, war der Schulnotenmittelwert der UniKiD-Kennzahl „Praxisausstattung“ von 1,38 nicht mit den Schulnoten der KPF-N-Befragung der Praxen vergleichbar. Es wurde daher der Schulnotenmittelwert für die UniKiD-Kennzahl ohne das neue Item bestimmt. Dieser betrug 1,36.

In Abbildung 25 ist dieser Wert des UniKiDs im Vergleich zu den Schulnotenmittelwerten der 42 Praxen dargestellt.

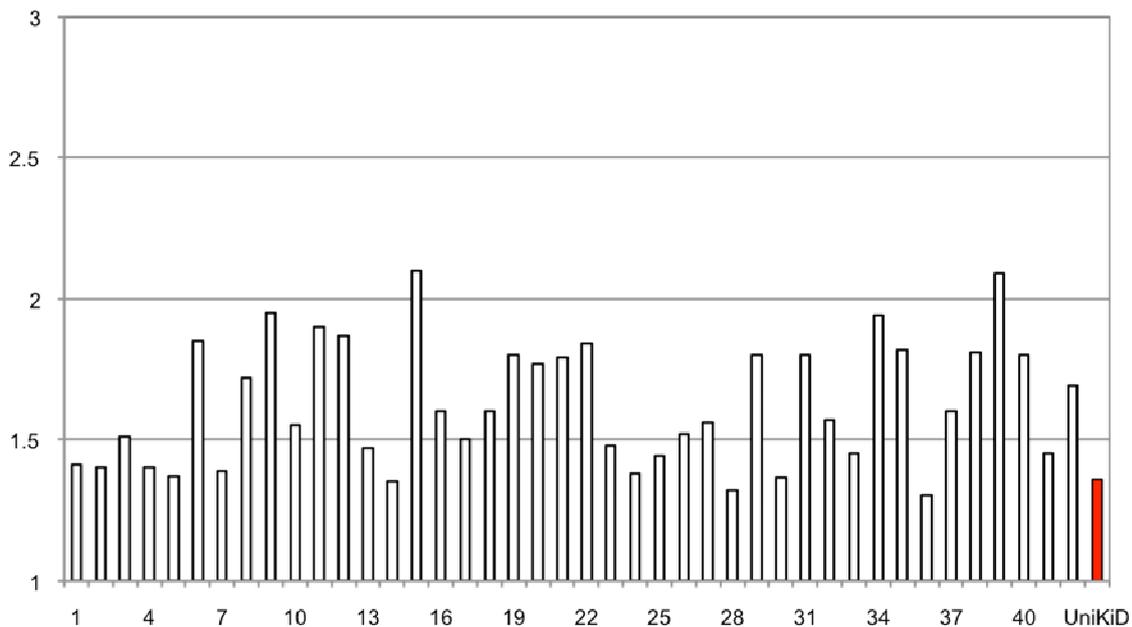


Abbildung 25: Benchmarking-Graphik „Praxisausstattung“

Auf der x-Achse finden sich die 42 Praxen und das UniKiD aufgetragen. Die y-Achse bildet die Schulnotenskala ab. Zu beachten ist, dass gute Noten durch niedrige Balken und schlechte Noten durch hohe Balken repräsentiert sind. Das UniKiD ist im Vergleich zu den anderen Praxen bezüglich der Kennzahl „Praxisausstattung“ mit der drittbesten Note bewertet worden. Die Kennzahl „Hektik“ wird von den UniKiD-Patientinnen schlechter bewertet als von den Patienten der 42 Praxen. Dem Item „Das Praxispersonal steht unter Zeitdruck“ stimmten mehr als doppelt so vielen UniKiD-Patientinnen (35,5%) wie Patienten der niedergelassenen Praxen (17,1%) zu. Auch der Aussage „Das Praxispersonal hat mehr Arbeit, als es bewältigen kann“ wurde von fast doppelt so vielen UniKiD-Patientinnen zugestimmt wie von den Befragten der niedergelassenen Praxen. Ebenso wurden die Items zur Hektik und Anspannung des Personals im UniKiD öfter als zutreffend bewertet als bei den niedergelassenen Praxen.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Das Personal hat mehr Arbeit als es bewältigen kann.	51,1%	49,9%	74,4%	25,6%
Im UniKiD geht es hektisch zu.	77,9%	22,1%	85,3%	14,7%
Das Personal wirkt angespannt.	85,3%	14,7%	88,1%	11,9%
Das Personal steht unter Zeitdruck.	64,5%	35,5%	82,9%	17,1%

Tabelle 128: Vergleich Kennzahl „Hektik“

Abbildung 26 zeigt die Schulnotenmittelwerte der 42 Praxen im Vergleich zum UniKiD. Der Schulnotenmittelwert des UniKiDs beträgt 2,96. Acht Praxen schnitten schlechter ab als das UniKiD. 34 Praxen wurden besser bewertet.

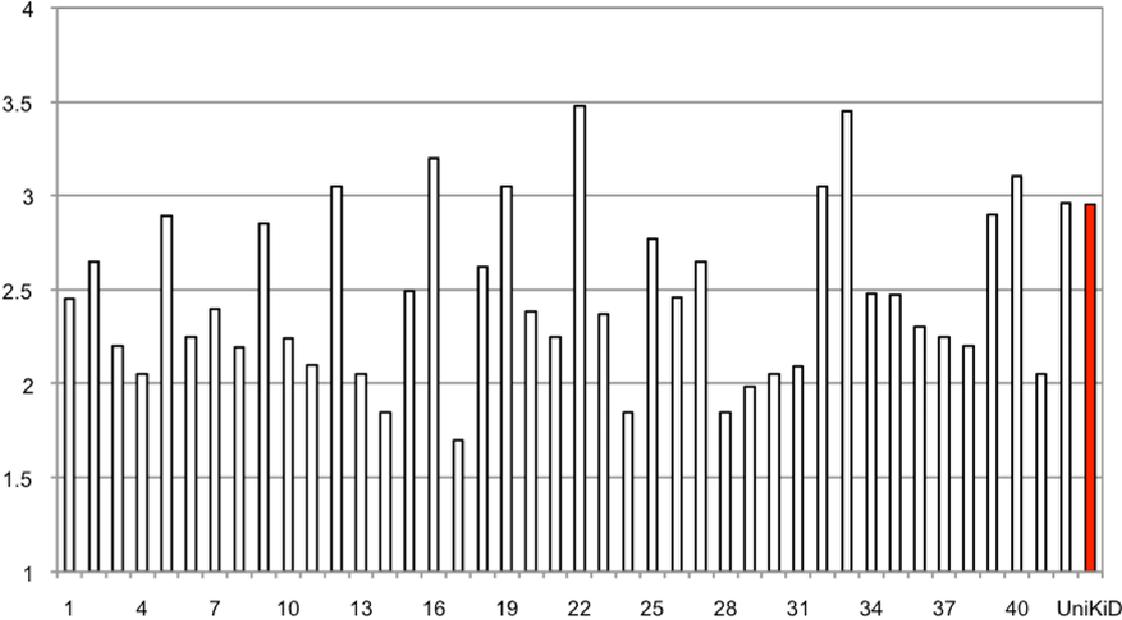


Abbildung 26: Benchmarking-Graphik „Hektik“

5.3.2 Vergleich der Kennzahlen der Arzt-Patient-Interaktion

Alle Items der Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“ wurden von den UniKiD-Patientinnen besser bewertet als von den Patienten der 42 niedergelassenen Praxen.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht.	3,1%	96,9%	-	-
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt Spezialist auf seinem Gebiet ist.	-	100%	1,5%	98,5%
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist.	-	100%	2%	98%
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut.	1%	99%	1,8%	98,2%

Tabelle 129: Vergleich Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“

Da der Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“ im UniKiD-Fragebogen das Item „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht“ hinzugefügt wurde, ist der Schulnotenmittelwert von 1,43 nicht mit den Schulnoten der 42 Praxen vergleichbar. Es wurde daher der Schulnotenmittelwert ohne das neue Item bestimmt. Dieser betrug 1,32.

In Abbildung 27 ist dieser Wert des UniKiDs im Vergleich zu den Schulnotenmittelwerten der 42 Praxen dargestellt. Die Schulnote des UniKiDs liegt im oberen Drittel aller bewerteten Praxen. 15 Praxen wurden besser oder genauso gut wie das UniKiD bewertet. 27 Praxen erhielten eine schlechtere Bewertung.

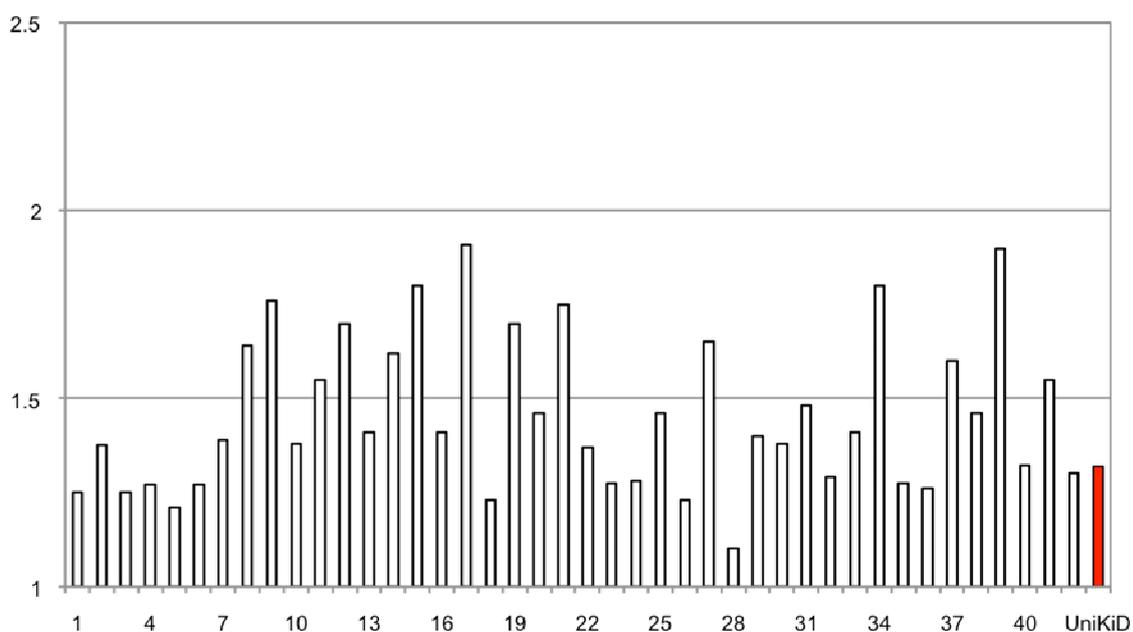


Abbildung 27: Benchmarking-Graphik „Fachkompetenz des Arztes“

Bei der Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“ unterschieden sich die Antworten der UniKiD-Patientinnen und die der Patienten der niedergelassenen Praxen erheblich. Drei Viertel der UniKiD-Patientinnen (74,3%) stimmten nicht zu, dass sie nur auf Anfrage informiert wurden. Von den KPF-N-Befragten lehnte nur die Hälfte der Patienten diese Aussage ab. Bei der Aussage „Ich habe den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für mich hat“ schnitt das UniKiD geringfügig schlechter als die Praxen ab.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert.	74,3%	25,7%	50%	50%
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt schon mal ein Anliegen vergisst, dass ich habe.	88,7%	11,3%	83,3%	17,7%
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für mich hat.	73,7%	26,3%	78,6%	21,4%
Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich fragen wollte.	59%	61%	-	-

Tabelle 130: Vergleich der Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“

Das Item „Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich eigentlich fragen wollte“ wurde im UniKiD-Fragebogen zu der Kennzahl hinzugefügt. Um den direkten Vergleich der Praxen mit dem UniKiD zu ermöglichen, wurde dieses Item in einer neuen Berechnung des Schulnotenmittelwertes nicht berücksichtigt. Der neue Schulnotenmittelwert beträgt 2,51 und ist in Abbildung 28 im Vergleich zu den anderen Praxen wiedergegeben.

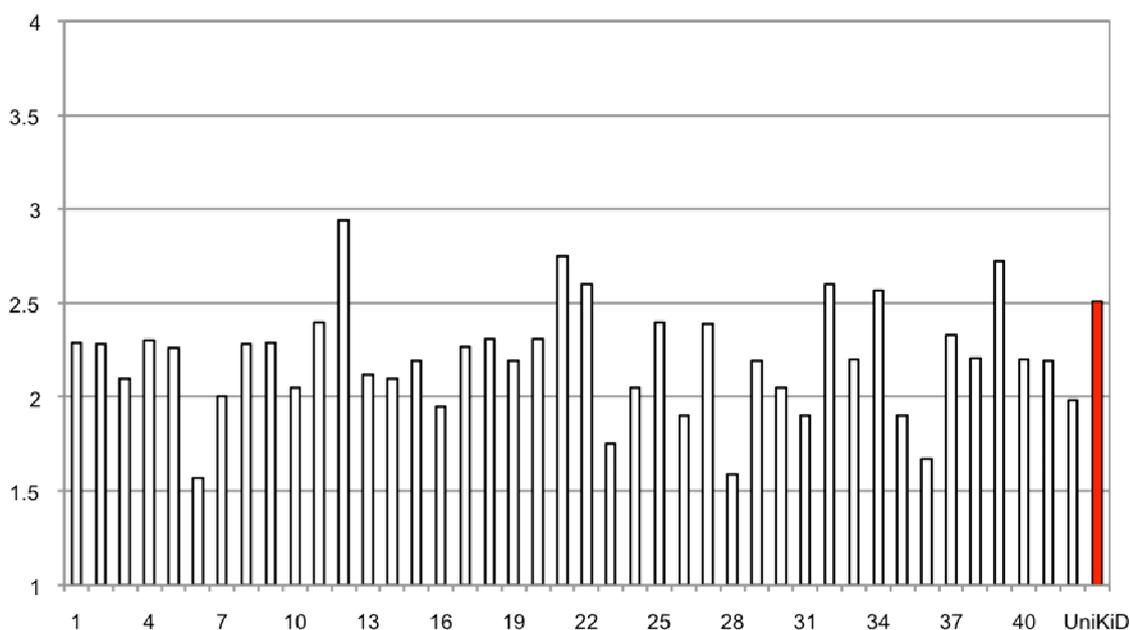


Abbildung 28: Benchmarking-Graphik „Vernachlässigung durch den Arzt“

Das UniKiD befindet sich im unteren Drittel der bewerteten Praxen, lediglich sechs Praxen erhielten schlechtere Bewertungen. Die Bewertungen liegen allerdings sämtlich zwischen den Noten 1,5 und 3, insofern schnitten alle Praxen relativ gut ab.

Die Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“ wurde sowohl von den UniKiD-Patientinnen als auch den KPF-N-Befragten außerordentlich gut bewertet. Das UniKiD schnitt hier geringfügig besser ab als die Praxen.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Bei diesem Arzt ist man in guten Händen.	-	100%	1%	99%
Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir.	1%	99%	1,2%	98,8%
Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt.	2,1%	97,9%	2,1%	97,9%
Der Arzt lässt mich ausreden.	1%	99%	2,4%	97,6%
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist.	·	100%	1,1%	98,9%

Tabelle 131: Vergleich der Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“

Der Schulnotenmittelwert der UniKiD-Daten betrug 1,43 und ist im Vergleich zu den anderen Praxen in der Benchmarking-Graphik 29 abgebildet.

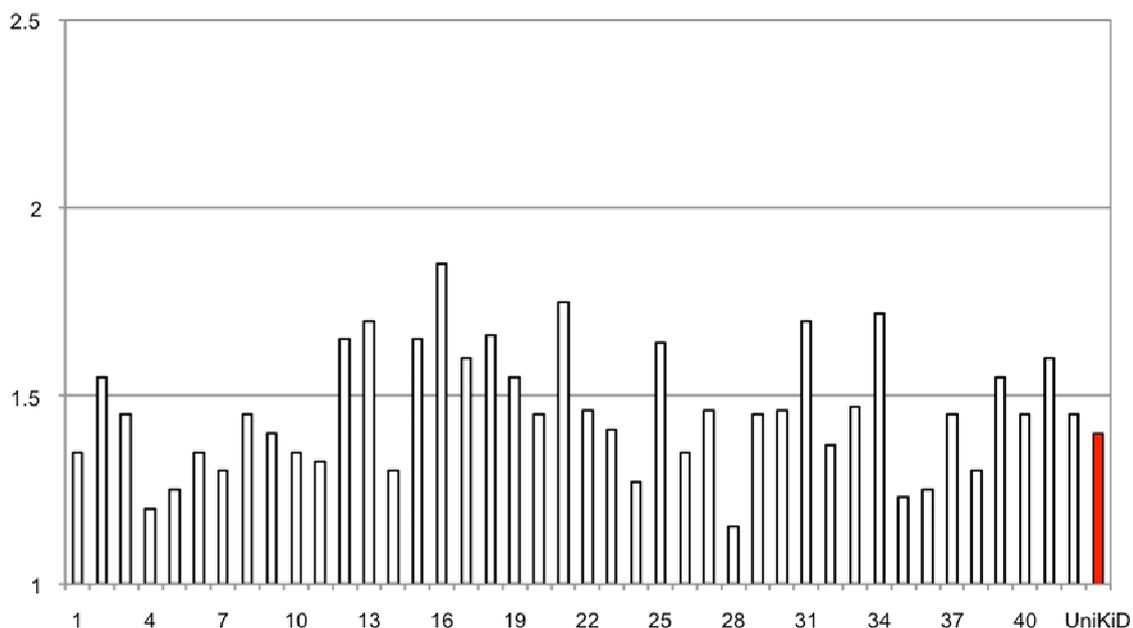


Abbildung 29: Benchmarking-Graphik „Vertrauen zum Arzt“

Die Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“ wurde allgemein sehr positiv bewertet. Alle Schulnoten lagen zwischen den Noten „sehr gut“ und „gut“. 27 Praxen erhielten schlechtere Schulnoten als das UniKiD, und 15 Praxen wurden besser bewertet.

Die Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“ wurde von den Patientinnen im Mittel mit dem Schulnotenwert von 1,7 beurteilt. Im Hinblick auf die Bereitschaft, sich die Probleme der Patientinnen anzuhören, und die Unterstützung im Umgang mit den Problemen der Patientinnen wurde im UniKiD geringfügig schlechter bewertet als in den 42 Praxen. Der Aussage „Ich kann mich auf meinen Arzt verlassen, wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden habe“ wurde im UniKiD in gleichem Maße wie in den niedergelassenen Praxen zugestimmt.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Der Arzt ist bereit sich meine Probleme im Zusammenhang mit meinen Beschwerden anzuhören.	4,3%	95,7%	2,4%	97,6%
Der Arzt unterstützt mich so, dass mir den Umgang mit meinen Beschwerden leichter fällt.	7,5%	92,5%	1,4%	98,6%
Ich kann mich auf meinen Arzt verlassen, wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden habe.	2,1%	97,9%	2,2%	97,8%

Tabelle 132: Vergleich der Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“

11 Praxen wurden genauso gut oder schlechter als das UniKiD bewertet. 31 Praxen wurden besser bewertet.

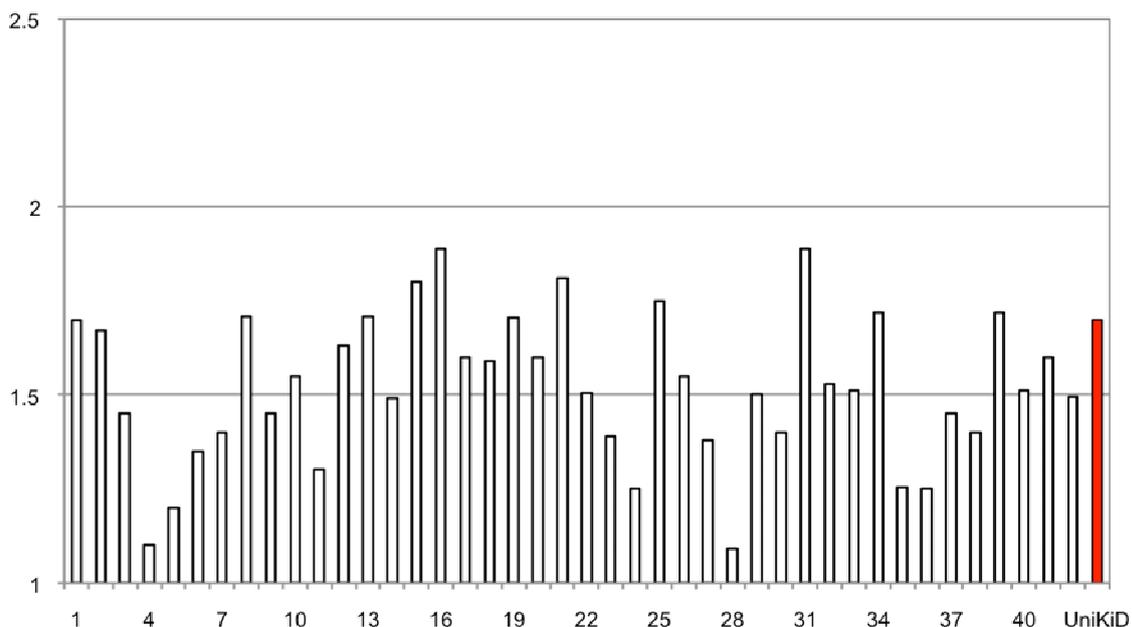


Abbildung 30: Benchmarking-Graphik „Unterstützung durch den Arzt“

Die Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“ zeigte vor allem bei den Items „Der Arzt ermutigt mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit meinen Beschwerden zu sprechen“ (Zustimmung UniKiD: 54,2%, Zustimmung 42 Praxen: 76,8%) und „Der Arzt ermutigt mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern“ (Zustimmung UniKiD: 56,9%, Zustimmung 42 Praxen: 69,4%) eine Diskrepanz der Antwortverteilung der Patienten.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Der Arzt fragt mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin.	12,5%	87,5%	13,9%	86,1%
Der Arzt ermutigt mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammenhang mit meinen Beschwerden zu sprechen.	45,8%	54,2%	23,2%	76,8%
Der Arzt ermutigt mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern.	43,1%	56,9%	30,6%	69,4%
Der Arzt gab mir eine vollständige Erklärung meiner Behandlung.	6,2%	93,8%	5,9%	94,1%
Ich werde in Entscheidungen miteinbezogen.	11,5%	88,5%	-	-
Der Arzt fragte mich, was ich für die Ursache meiner Beschwerden halten würde.	-	-	26,8%	73,2%

Tabelle 133: Vergleich der Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“

Da das Item „Der Arzt fragte mich, was ich für die Ursache meiner Beschwerden halten würde“ nicht in den UniKiD-Fragebogen aufgenommen wurde und dafür das Item „Ich werde in Entscheidungen miteinbezogen“ hinzugefügt wurde, waren die Schulnotenmittelwerte der Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“ der Erhebungen der KPF-N-Befragung und der UniKiD-Patientinnenstudie im Rahmen des Benchmarkings nicht direkt vergleichbar. Aus diesem Grund ist bei dieser Kennzahl keine Benchmarking-Graphik abgebildet.

5.3.3 Vergleich der Kennzahlen des Informationsverhaltens

Die letzte abgefragte Dimension war das „Informationsverhalten“. Dieses wurde sowohl in der UniKiD-Studie als auch der KPF-N-Erhebung unter der Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“ abgefragt.

Die Patientinnen des UniKiD wünschten sich häufiger mehr Informationen über die Medikamente im Rahmen der Behandlung (Zustimmung UniKiD: 38,5%, Zustimmung 42 Praxen: 31,8%) und die Behandlungsrisiken (Zustimmung UniKiD: 32,3%, Zustimmung 42 Praxen: 29,4%) als die Patienten der niedergelassenen Praxen.

Weniger oft als die KPF-N-Befragten vermissten die UniKiD-Patientinnen mehr Informationen über die medizinische Behandlung (Zustimmung UniKiD: 20,2%, Zustimmung 42 Praxen: 30,8%) und über den Umgang mit ihren Beschwerden (Zustimmung UniKiD: 20,4%, Zustimmung 42 Praxen: 30,4%).

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
Ich hätte mir mehr Informationen über Medikamente (Nutzen-/Nebenwirkungen) gewünscht.	61,5%	38,5%	68,2%	31,8%
Ich hätte mir mehr Informationen über die medizinische Behandlung gewünscht.	79,8%	20,2%	69,2%	30,8%
Ich hätte mir mehr Informationen über Behandlungsrisiken gewünscht.	67,7%	32,3%	70,6%	29,4%
Ich hätte mir mehr Informationen über den Umgang mit meinen Beschwerden gewünscht.	79,6%	20,4%	69,6%	30,4%

Tabelle 134: Vergleich der Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“

Die Schulnotenbewertungen der Praxen im Vergleich zur Bewertung des UniKiD sind in Abbildung 31 graphisch dargestellt.

Das UniKiD liegt mit einer Schulnote von 2,67 im mittleren Bereich der Bewertungen. 22 Praxen haben schlechtere Noten erhalten, 20 Praxen erhielten bessere Noten.

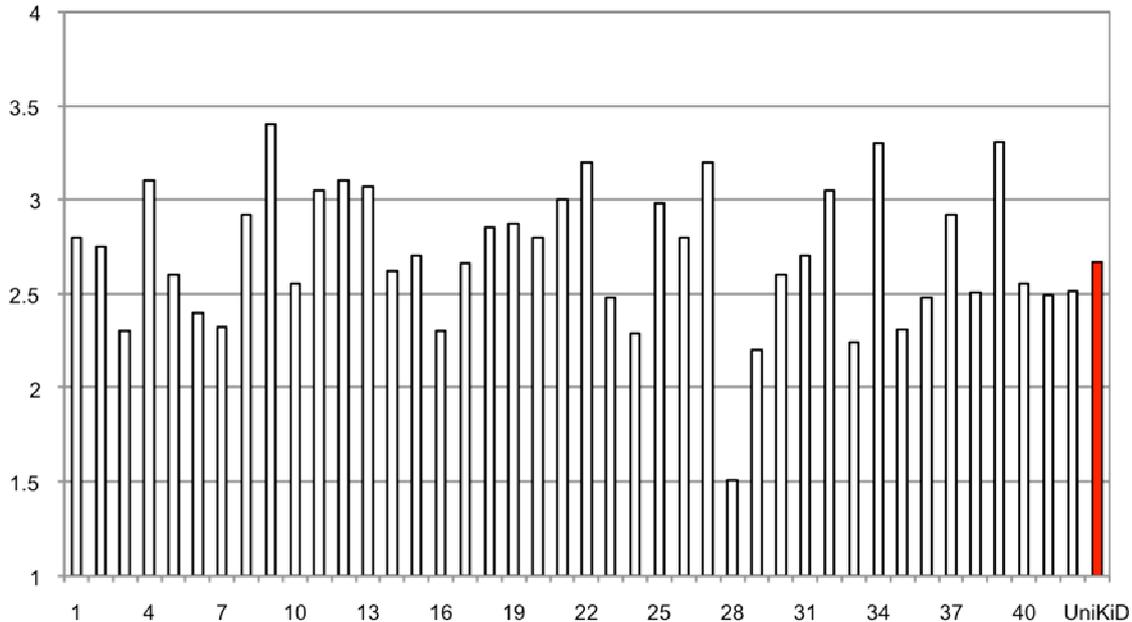


Abbildung 31: Benchmarking-Graphik „Medizinischer Informationsbedarf“

5.3.4 Vergleich weiterer Kennzahlen

Anschließend wurden als weitere Kennzahlen die „Qualität der Kundenbetreuung“ und die Bewertung der Gesamtzufriedenheit der Patienten verglichen.

Die Kennzahl „Qualität der Kundenbetreuung“ spielt wichtige Rolle, da sie in der UniKiD-Patientinnenbefragung die höchste Korrelation mit dem GEZ-Zufriedenheitsscore aufwies. Daher wird sie im Folgenden aufgeführt, obwohl von der ursprünglichen KPF-N-Kennzahl nur ein Item für den UniKiD-Fragebogen übernommen wurde.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	Ablehnung	Zustimmung	Ablehnung	Zustimmung
In dieser Praxis wird man als Kunde umsorgt.	12,5%	87,5%	7,7%	92,3%
<i>In dieser Praxis wird der Patient als Mensch und nicht als Nummer behandelt.</i>	-	-	3,3%	96,7%
<i>In dieser Praxis betrachtet der Arzt den Patienten als gleichwertigen Gesprächspartner.</i>	-	-	4,3%	95,7%

Tabelle 135: Vergleich „Qualität der Kundenbetreuung“

Die Patientinnen des UniKiDs stimmten der Aussage „In dieser Praxis wird man als Kunde umsorgt“ geringfügig weniger zu (87,5%) als die Patienten der niedergelassenen Praxen (92,3%).

Zuletzt erfolgt der Vergleich der Gesamtzufriedenheit der Patienten. Tabelle 136 listet die Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Wie zufrieden waren Sie mit der Behandlung insgesamt?“, die prozentuale Häufigkeit und die Anzahl der Nennungen jeweils für die UniKiD-Patientinnen und die Patienten der niedergelassenen Praxen auf.

	UniKiD-Studie (n = 97)		KPF-N-Studie 2005 (n = 3369)	
	(%)	Anzahl	(%)	Anzahl
Unzufrieden	-	-	0,1%	4
Eher unzufrieden	3,1%	3	0,9%	29
Weder noch	4,1%	4	5,1%	160
Eher zufrieden	24,7%	24	28,9%	897
Zufrieden	68%	66	64,9%	2017
Gesamt	100%	97	100%	3107
Keine Angabe		-		262

Tabelle 136: Vergleich der Zufriedenheit insgesamt

Die Gesamtzufriedenheit der UniKiD-Patientinnen und der Patienten der 42 Praxen unterschied sich nicht wesentlich. 3,1% der UniKiD-Patientinnen gaben an, eher unzufrieden zu sein, bei den 42 niedergelassenen Praxen waren es nur 0,9%. Zufrieden mit der Behandlung insgesamt äußerten sich 68% der UniKiD-Patientinnen und 64,9% der Patienten der niedergelassenen Praxen.

5.4 Zusammenfassung

Bei der Betrachtung der Vergleiche zwischen den Erhebungen mittels KPF und KPF-N und den Ergebnissen der UniKiD-Studie wird deutlich, dass trotz der Anwendung standardisierter Items der direkte Vergleich der Einrichtungen schwierig bleibt.

Auf die spezifischen Belange und Interessen der Einrichtung abgestimmte Items ermöglichen die Aufdeckung von Optimierungsmöglichkeiten. Dies hat für die Einrichtungen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements mitunter eine größere Bedeutung, als die Option, mit den Daten ein Benchmarking durchzuführen.

Um sowohl alle internen Erfordernisse abzudecken als auch optimale Bedingungen für das Benchmarking zu bieten, bedürfte es einer Weiterentwicklung des in dieser Studie angewandten Instrumentes.

Von Interesse wäre auch die Frage, inwieweit sich die Kritikbereitschaft der UniKiD-Patientinnen von der der Patienten im Rahmen der KPF-Befragung im Jahr 2003 und der KPF-N-Befragung im Jahr 2005 unterscheidet. Der KPF bietet auch hierfür Kennzahlen und Items an, die in weiteren Studien für Vergleiche von Nutzen sein können.

Zielsetzung dieser Arbeit war, ein Instrument weiterzuentwickeln und anzuwenden, das alle relevanten Dimensionen der Patientenzufriedenheit abbildet, Reliabilität und Validität bietet und den Erfordernissen des Qualitätsmanagements gerecht wird. Dies kann das für die UniKiD-Patientinnenstudie angewandte Instrument weitestgehend leisten. Der Vergleich mit den verfolgten Zielen vorangehender Untersuchungen zeigt, dass auch diese durch das entwickelte Instrument hinreichend erreicht werden.

Für die Anwendbarkeit der Ergebnisse im Rahmen der Qualitätssicherung ist jedoch vor allem bedeutend, in welchem Ausmaß überhaupt aus den anhand des Instrumentes aufgewiesenen Defiziten und Optimierungspotentialen wirkliche Handlungsanweisungen entwickelt und vor allem umgesetzt werden können.

Im Gesundheitssektor herrschen nach wie vor traditionell geprägte, hierarchische, vertikale und berufsgruppenspezifische Managementstrukturen vor. Diese erschweren die Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement erheblich.

Zentrales Verwertungsziel von Patientenbefragungen soll die Verbesserung des Versorgungsangebots sein. Der Nachweis, dass aufgrund der Ergebnisse einer Patientenbefragung tatsächlich Handlungen zur Optimierung der Strukturen und Prozesse ergriffen werden, wird dennoch selten erbracht (vgl. Blum, 1998, S. 16).

Patientenbefragungen werden meist einmalig durchgeführt. Folgeuntersuchungen zur Aufdeckung und Überprüfung einer Steigerung der Qualität – sofern aufgrund der vorangehenden Befragungen überhaupt Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet wurden – werden in der Regel nicht unternommen (vgl. Pietsch-Breitfeld et al., 2003, S. 31 f.).

Zu berücksichtigen ist dabei, dass vor dem Hintergrund global hoher Zufriedenheitswerte eine mit einem Aspekt geäußerte Unzufriedenheit von 10 bis 30% der Patienten auf einen durchaus konkreten Handlungsbedarf hinweist. In den meisten medizinischen Einrichtungen herrscht jedoch ein statischer Qualitätsbegriff des „akzeptablen“ Qualitätsniveaus vor. Anstelle eines Anspruchs der kontinuierlichen Verbesserung herrscht eine Aufrechterhaltung des bestehenden Qualitätsniveaus vor (vgl. Pawils et al., 2006, S. 358).

Neben den Defiziten in der Theorie und Methodik von Patientenbefragungen, die in der vorliegenden Studie angegangen wurden, besteht der fehlende Nachweis der Verwertung der erhobenen Daten als bleibende Schwachstelle von Patientenbefragungen. Eine Lösung für diese Problematik kann auch die vorliegende Arbeit nicht liefern.

Um für das Qualitätsmanagement von effektivem Nutzen zu sein, müssten die aufgrund der erhobenen Daten für notwendig erachteten Verbesserungsmaßnahmen und deren Umsetzungsprozesse mitverfolgt werden, und im Anschluss daran eine Reevaluation durch die Patientinnen stattfinden (vgl. Blum, 1998, S. 231).

Hier ist vor allem eine Weiterentwicklung des Qualitätsbewusstseins der medizinischen Leistungserbringer gefragt.

6. Fazit

Qualitätsmanagement gewinnt in medizinischen Versorgungseinrichtungen immer stärker an Bedeutung. Patientenbefragungen und die Erfassung der Patientenzufriedenheit sind ein wesentlicher Bestandteil der für das Qualitätsmanagement eingesetzten Instrumente wie TQM oder EFQM, sowie ein Kernpunkt von deren Qualitätsverständnis.

Gerade Kinderwunschzentren in Deutschland wie das UniKiD erleben bereits jetzt einen ausgeprägten Wettbewerb, sowohl untereinander als auch mit den Einrichtungen im europäischen Umland, in denen aufgrund dort legaler zusätzlicher Behandlungsverfahren und Diagnoseverfahren die Erfolgsraten der Behandlungen teilweise höher sind.

Die deutschen Kinderwunschaare entwickeln aufgrund des hohen finanziellen Eigenanteils der Behandlung und der starken psychischen und emotionalen Belastung eine hohe Erwartungs- und Anspruchshaltung.

Dadurch entsteht auf die Reproduktionszentren ein Leistungsdruck dahingehend, eine bestmögliche Qualität bezüglich der Praxisstruktur und der Behandlungsprozesse anzubieten.

Patientenbefragungen helfen hier, von den Patienten empfundene Versorgungsdefizite aufzudecken, fördern das Gefühl der Einbeziehung der Patienten in den Behandlungsablauf und sensibilisieren das Personal für Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten. Vor allem die emotionale Unterstützung durch den Arzt und das Praxispersonal leistet einen Beitrag zur Lebensqualitätssteigerung des Patienten (vgl. Pfaff et al., 2001, S. 15).

Auch in dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass die Rolle des Arztes als reiner Dienstleister diesen Anforderungen nicht hinreichend gerecht wird. Ziel der Arzt-Patient-Interaktion sollte es sein, durch Information, psychosoziale Unterstützung und kompetente Beratung den Patienten zu befähigen, im Rahmen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem Arzt in seiner Behandlung zu agieren und Entscheidungen zu treffen.

Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit stellen zudem ein Wettbewerbsargument dar, und nicht zuletzt auch eine Diskussionsbasis gegenüber Kostenträgern, wenn es um finanzielle Aspekte der Behebung von ermittelten Schwachstellen geht (vgl. Klotz, 1996, S. 890).

Anhand von erhobenen Defiziten müssen jedoch konkrete Maßnahmen eingeleitet und deren Effizienz evaluiert werden, um zu gewährleisten, dass durch die Erhebung der Patientenzufriedenheit eine wirkliche Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht wird.

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklungsphasen der Arzt-Patient-Beziehung.....	2
Tabelle 2: EFQM Indikatorenengewichtung	14
Tabelle 3: Modelle der Arzt-Patient-Interaktion	18
Tabelle 4: Modelle der Patientenzufriedenheit	19
Tabelle 5: Kognitive Dissonanztheorie	19
Tabelle 6: Diskrepanzmodell	20
Tabelle 7: Percentages and frequencies of different aspects of satisfaction	21
Tabelle 8: Bsp. Zufriedenheitswerte	34
Tabelle 9: Bsp. Erwartungsmodifizierte Zufriedenheit	35
Tabelle 10: Gewichtung Patient A	35
Tabelle 11: Gewichtung Patient B	36
Tabelle 12: Gewichtung Patient C	36
Tabelle 13: Angewandte Skalen und Items des KPF-N	40
Tabelle 14: Reliabilitätsanalyse der KPF-Skalen	43
Tabelle 15: Beantwortungsdauer des Fragebogens	45
Tabelle 16: Bewertung der Fragebogenlänge	45
Tabelle 17: Bewertung des Interesses	46
Tabelle 18: Wie sind Sie auf das UniKiD aufmerksam geworden?	49
Tabelle 19: Freitextantwort: Wie sind Sie auf das UniKiD aufmerksam geworden?	50
Tabelle 20: Welche Art von Behandlung wird bei Ihnen durchgeführt?	50
Tabelle 21 und 22: Versicherungsart Patientin und Partner.....	51
Tabelle 23: Gewichtung der einzelnen Items	55
Tabelle 24: Erwartungserfüllung der einzelnen Items	57
Tabelle 25: Zufriedenheitswerte der einzelnen Items.....	58
Tabelle 26: KSA-Test auf Normalverteilung des Summenscores Zufriedenheit	60
Tabelle 27: Vergleich Zufriedenheit und erwartungsmodifizierte Zufriedenheit	62
Tabelle 28: KSA-Test Gesamtindex erwartungsmodifizierte Zufriedenheit	63
Tabelle 29: Gewichtung Fragebogen Nr. 1	64
Tabelle 30: GEZ Berechnung der Zufriedenheitsindizes Fragebogen Nr. 1	65
Tabelle 31: KSA-Test GEZ	67
Tabelle 32: Bewertung „Praxispersonal“	69
Tabelle 33: Rohskala „Praxispersonal“	70
Tabelle 34: relativierte Skala „Praxispersonal“	71
Tabelle 35: Schulnotenskala „Praxispersonal“	71
Tabelle 36: Mittelwerte „Praxispersonal“	72

Tabelle 37: Kennzahl „Praxisorganisation“	72
Tabelle 38: Schulnotenskala „Praxisorganisation“	72
Tabelle 39: Mittelwerte „Praxisorganisation“	73
Tabelle 40: Kennzahl „Praxisausstattung“	73
Tabelle 41: Schulnotenskala Praxisausstattung.....	74
Tabelle 42: Mittelwerte „Praxisausstattung“	74
Tabelle 43: Kennzahl „Qualität der Kundenbetreuung“	75
Tabelle 44: Schulnotenskala „Qualität der Kundenbetreuung“.....	75
Tabelle 45: Mittelwerte „Qualität der Kundenbetreuung“.....	75
Tabelle 46: Kennzahl „Hektik“	76
Tabelle 47: Schulnotenskala „Hektik“.....	76
Tabelle 48: Mittelwerte „Hektik“	77
Tabelle 49: Kennzahl „Website“	77
Tabelle 50: Schulnotenskala „Website“	78
Tabelle 51: Mittelwerte „Website“	78
Tabelle 52: Kennzahl „Öffnungszeit“	78
Tabelle 53: Schulnotenskala „Öffnungszeit“.....	79
Tabelle 54: Mittelwerte „Öffnungszeit“.....	79
Tabelle 55: Kennzahl „Wartezeit“	79
Tabelle 56: Schulnotenskala „Wartezeit“.....	80
Tabelle 57: Mittelwerte „Wartezeit“.....	80
Tabelle 58: Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“	80
Tabelle 59: Schulnoten-Skala „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“	81
Tabelle 60: Mittelwerte „Telefonische Erreichbarkeit der Ärzte“.....	81
Tabelle 61: Kennzahl „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“	81
Tabelle 62: Schulnoten-Skala „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“	82
Tabelle 63: Mittelwerte „Telefonische Erreichbarkeit der Praxis“	82
Tabelle 64: Wichtigkeit einzelner Aspekte.....	84
Tabelle 65: Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“	87
Tabelle 66: Schulnotenskala „Fachkompetenz des Arztes“	88
Tabelle 67: Mittelwerte „Fachkompetenz des Arztes“	88
Tabelle 68: Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“	89
Tabelle 69: Schulnotenskala „Vernachlässigung durch den Arzt“	90
Tabelle 70: Mittelwerte „Vernachlässigung durch den Arzt“	90
Tabelle 71: Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“	91
Tabelle 72: Schulnotenskala „Vertrauen zum Arzt“	91
Tabelle 73: Mittelwerte „Vertrauen zum Arzt“	91

Tabelle 74: Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“	92
Tabelle 75: Schulnotenskala „Unterstützung durch den Arzt“	93
Tabelle 76: Mittelwerte „Unterstützung durch den Arzt“	93
Tabelle 77: Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“	94
Tabelle 78: Schulnotenskala „Patientenaktivierung durch den Arzt“	95
Tabelle 79: Mittelwerte „Patientenaktivierung durch den Arzt“	95
Tabelle 80: Kennzahl „Einbeziehung des Partners in die Behandlung“	96
Tabelle 81: Schulnotenskala „Einbeziehung des Partners in die Behandlung“	96
Tabelle 82: Mittelwerte „Einbeziehung des Partners in die Behandlung“	96
Tabelle 83: Kennzahl „Zeit für Fragen“	97
Tabelle 84: Schulnotenskala „Zeit für Fragen“	97
Tabelle 85: Mittelwerte „Zeit für Fragen“	97
Tabelle 86: Kennzahl „Arzt in Eile“	98
Tabelle 87: Schulnotenskala „Arzt in Eile“	98
Tabelle 88: Mittelwerte „Arzt in Eile“	98
Tabelle 89: Kennzahl „Informationsrezeption der Patientinnen“	99
Tabelle 90: Schulnotenskala „Informationsrezeption der Patientinnen“	100
Tabelle 91: Mittelwerte „Informationsrezeption der Patientinnen“	100
Tabelle 92: Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“	101
Tabelle 93: Schulnotenskala „Medizinischer Informationsbedarf“	102
Tabelle 94: Mittelwerte „Medizinischer Informationsbedarf“	102
Tabelle 95: Belastungsgrad der Patientinnen	105
Tabelle 96: Gründe für Praxiswechsel	109
Tabelle 97: Kategorisierung Freitextantworten Patientinnengeschichte	111
Tabelle 98: Polkörperdiagnostik	115
Tabelle 99: Präimplantationsdiagnostik.....	115
Tabelle 100: Behandlung im Ausland und ESchG	116
Tabelle 101: Weiterempfehlung	117
Tabelle 102: Kommentare Kritik und Anregungen	124
Tabelle 103: Freitextantwort Lob und Zufriedenheit.....	131
Tabelle 104: Inhaltsanalytische Kategorien.....	132
Tabelle 105: Nationalität.....	134
Tabelle 106: Höchster Schulabschluss	135
Tabelle 107: Höchster Ausbildungsabschluss.....	135
Tabelle 108: Beruf	136
Tabelle 109: Netto-Einkommen des Haushaltes	136
Tabelle 110: Gesamtanzahl Negativbewertungen	140

Tabelle 111: Korrelationen GEZ und Gesamtnegativskala	142
Tabelle 112: Rangkorrelationen GEZ und relativierte Negativskalen.....	142
Tabelle 113: Korrelation Negativskalen Strukturqualität und GEZ	143
Tabelle 114: Korrelation Kennzahlen Arzt-Patient-Interaktion und GEZ	144
Tabelle 115: Korrelation Informationsverhalten und GEZ	145
Tabelle 116: Positivskala gesamt.....	146
Tabelle 117: Korrelation Positivskala und GEZ.....	147
Tabelle 118: Korrelation Positivskalen und GEZ.....	148
Tabelle 119: Korrelation Positivskalen Strukturqualität und GEZ.....	149
Tabelle 120: Korrelation Positivskalen Arzt-Patient-Interaktion und GEZ	150
Tabelle 121: Korrelation Positivskalen Informationsverhaltens und GEZ	151
Tabelle 122: Vergleich Korrelationen Negativskala und Positivskala mit GEZ	152
Tabelle 123: Vergleich UniKiD-Studie und KPF-Studie 2003.....	163
Tabelle 124: Fachrichtungen der KPF-N-Praxen n	166
Tabelle 125: Vergleich der Kennzahl „Praxisausstattung“	168
Tabelle 126: Vergleich der Kennzahl „Praxisorganisation“	169
Tabelle 127: Vergleich der Kennzahl „Praxisausstattung“	169
Tabelle 128: Vergleich Kennzahl „Hektik“	170
Tabelle 129: Vergleich Kennzahl „Fachkompetenz des Arztes“.....	172
Tabelle 130: Vergleich der Kennzahl „Vernachlässigung durch den Arzt“	173
Tabelle 131: Vergleich der Kennzahl „Vertrauen zum Arzt“	174
Tabelle 132: Vergleich der Kennzahl „Unterstützung durch den Arzt“	175
Tabelle 133: Vergleich der Kennzahl „Patientenaktivierung durch den Arzt“	176
Tabelle 134: Vergleich der Kennzahl „Medizinischer Informationsbedarf“	177
Tabelle 135: Vergleich „Qualität der Kundenbetreuung“	178
Tabelle 136: Vergleich der Zufriedenheit insgesamt	179

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätsmodell nach Donabedian	15
Abbildung 2: Modell der Unterstützenden Versorgung.....	38
Abbildung 3: Wie alt sind Sie?.....	50
Abbildung 4: Wie alt ist ihr Partner?	50
Abbildung 5: Mittelwerte der Gewichtung der Items	55
Abbildung 6: Mittelwerte der Erwartungserfüllung.....	57
Abbildung 7: Mittelwerte der Zufriedenheit:.....	59
Abbildung 8: Summenscore Zufriedenheit	60
Abbildung 9: Bildung der erwartungsmodifizierten Zufriedenheit	61
Abbildung 10: Mittelwerte erwartungsmodifizierte Zufriedenheit	62
Abbildung 11: Gesamtindex erwartungsmodifizierte Zufriedenheit	63
Abbildung 12: GEZ-Mittelwerte der einzelnen Items	66
Abbildung 13: Verteilung der GEZ-Werte	67
Abbildung 14: Schulnoten-Mittelwerte der Kennzahlen der Strukturqualität	83
Abbildung 15: Verteilung der Wichtigkeit einzelner Aspekte	86
Abbildung 16: Mittelwerte „Arzt-Patient-Interaktion“ und „Informationsverhalten“	103
Abbildung 17: Mittelwerte Belastungsgrade der Patientinnen	107
Abbildung 18: Anzahl der Behandlungen der Patientinnen.....	108
Abbildung 19: Kumulative Lebendgeburtsraten nach ART	113
Abbildung 20: Polkörperdiagnostik.....	115
Abbildung 21: Präimplantationsdiagnostik	116
Abbildung 22: Weiterempfehlungsbereitschaft.....	117
Abbildung 23: Anzahl Negativbewertungen	141
Abbildung 24: Anzahl Positivbewertungen	147
Abbildung 25: Benchmarking-Graphik „Praxisausstattung“	170
Abbildung 26: Benchmarking-Graphik „Hektik“	171
Abbildung 27: Benchmarking-Graphik „Fachkompetenz des Arztes“	172
Abbildung 28: Benchmarking-Graphik „Vernachlässigung durch den Arzt“	173
Abbildung 29: Benchmarking-Graphik „Vertrauen zum Arzt“	174
Abbildung 30: Benchmarking-Graphik „Unterstützung durch den Arzt“	175
Abbildung 31: Benchmarking-Graphik „Medizinischer Informationsbedarf“	178

IV. Glossar

a. a. O.	am aufgeführten Ort
Abb.	Abbildung
ART	Assisted Reproductive Technology
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DIN	Deutsche Industrie-Norm
ebd.	ebenda
EFQM	European Foundation for Quality Management
EschG	Embryonenschutzgesetz
et al.	et altera
etc.	et cetera
EZ	erwartungsmodifizierte Zufriedenheit
GEZ	gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HHU	Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
ICSI	Intracytoplasmatische Spermieninjektion
Insg.	insgesamt
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IVF	In-Vitro-Fertilisation
ISO	International Organisation of Standardisation
KPF	Kölner Patientenfragebogen
KPF-N	Kölner Patientenfragebogen für den niedergelassenen Bereich
KSA	Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest
mod.	modifiziert
Nr.	Nummer
OEGRM	Österreichische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie
Pkt.	Punkt
s.	siehe
SART	Society for Assisted Reproductive Technology
SDM	Shared Decision Making
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Superior Performing Software Systems

Tab.	Tabelle
TQM	Total Quality Management
UniKiD	Universitäres Interdisziplinäres Kinderwunschzentrum der Uniklinik Düsseldorf
UKD	Uniklinik Düsseldorf
USA	United States of America
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
WHO	World Health Organisation
ZVFK	Zentrum für Versorgungsforschung Köln

V. Literaturverzeichnis

Amelung, V. E. (2007):

Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement.

Wiesbaden: Gabler.

Amon, U., Ruckriegl, I. (Hrsg.) (2000):

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Patientenbindung, Praxisorganisation, Fehlervermeidung.

Berlin: Springer.

Arnold, K. (1994):

Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung.

Reihe sozialwissenschaftlicher Daten der Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin, Band 9.

Hamburg: Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin e.V..

Aust, B. (1994):

Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung.

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Badura, B. (1999):

Evaluation und Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen – was soll bewertet werden und mit welchen Maßstäben?

In: Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.) (1999):

Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse.

Weinheim, München: Juventa.

Barth, D. (1999):

Mediziner-Marketing: Vom Werbeverbot zur Patienteninformation.

Eine rechtsvergleichende und interdisziplinäre Studie zur Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten.

Berlin, Heidelberg: Springer.

Baumann, W., Nonnenmacher, A., Weiß, B., Schmitz, S. (2008):
Patientenzufriedenheit in onkologischen Schwerpunktpraxen.
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 50, 12.12.2008: S. 871-877.

Berger, B., Lenz, M., Mühlhauser, I. (2008):
Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? Eine systematische Übersichtsarbeit
Zeitung für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 102: 299–306.

Berger, B., Lenz, M. (2006):
Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit.
Universität Hamburg: Fachwissenschaft Gesundheit.
Im Internet auf: http://www.stiftung-gesundheit.de/PDF/studien/Erhebung_von_Patientenzufriedenheit.pdf
(02/03/2012).

Bitzer, E., Dierks, M. L. (1999):
Wie kann man Erwartungen und Zufriedenheit der Patienten im Qualitätsmanagement berücksichtigen?
Erhebungsverfahren und Erfahrungen aus der ambulanten Versorgung.
In: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes.
Bundesministerium für Gesundheit. BMG-Schriftenreihe 17.
Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Blum, K. (1998):
Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus.
Weinheim: Juventa.

Blum, K. (1995):
Patientenbefragung als Instrument zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren im Krankenhaus. Theoretische Grundlagen und empirische Erkenntnisse.
In: Schriftenreihe/Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie, Deutsches Krankenhausinstitut e.V. [Hrsg.], Band 1.
Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH.

Bundesärztekammer [Hrsg.] (2007):

Qualitätssicherung durch Ärztekammern. Qualitätsbericht von Bundesärztekammer und Landesärztekammern.

Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2005):

Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen. Maßnahmen, Verantwortliche, Ansprechpartner.

Berlin: Gesundheit - BMG-G-G407.

Brinkmann, A., Steffen, P., Pfaff H. (2007):

Patientenbefragungen als Bestandteil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen: Entwicklung und Erprobung eines Instrumentes.

Das Gesundheitswesen 69: 585-592.

Bühl, A. (2008):

SPSS Version 16: Einführung in die moderne Datenanalyse.

11., aktualisierte Auflage.

München: Pearson.

Cleary, P. D. (1999):

The increasing importance of patient surveys.

Quality in Healthcare 8: 212.

Collins, K., O’Cathain, A. (2003):

The continuum of patient satisfaction - from satisfied to very satisfied.

Social Science & Medicine 57: 2465–2470.

Deutsches IVF Register (2007):

DIR-Jahrbuch 2007

Im Internet auf: www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2007.pdf (02/03/2012).

Donabedian, A. (1976):

Concepts of Health Care Quality: A Perspective.

Occasional Paper.

Washington D.C.: Institute of Medicine. National Academy of Sciences.

Dür, W., Grossmann, W., Schmied, H. (2000):
Patientenzufriedenheit und Patientenerwartung im Krankenhaus. Statistische Analysen als
Hilfsmittel im Benchmarking.

In: Bullinger, M., Siegrist, J., Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2000):
Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive.
Jahrbuch der Medizinischen Psychologie. Band 18.
Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe: 222 – 243.

Eckert, H., Böhmer, K., Resch, K.-L. (2000):
Patientenzufriedenheit - Kundenzufriedenheit: Kritische Gedanken zu einem wichtigen Para-
meter der internen Qualitätssicherung.
Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2000; 10: 37-42.
Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Eckstein, P. P. (2008):
Angewandte Statistik mit SPSS. Praktische Einführung für Wirtschaftswissenschaftler.
6., überarbeitete Auflage.
Wiesbaden: Gabler.

Elbert, R. (2005):
Sprache der Wertsteigerung zur wertbewussten Unternehmensführung.
Wiesbaden: Gabler.

Embryonenschutzgesetz (EschG) (1990):
Im Internet auf: <http://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html>
(02/03/2012).

Faulbaum, F., Prüfer, P., Rexroth, M. (2009):
Was ist eine gute Frage? Die systemische Evaluation der Fragenqualität.
Wiesbaden: GWV Fachverlag.

Frodl, A. (2004):
Management von Arztpraxen. Kosten senken, Effizienz steigern.
Wiesbaden: Gabler.

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2005a):

Pressemitteilung: Qualitätsmanagement in vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen nun verbindlich geregelt.

Im Internet auf: <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-71/2005-10-19-QM.pdf>
(02/03/2012).

Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2005b):

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren (Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung) vom 18. Oktober 2005, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005, Nr. 248: S. 17 329.

Im Internet auf: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-3/RL_QM-Vertragsarzt-2005-10-18.pdf
(02/03/2012).

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003):

Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 55, S. 2190.

Ausgegeben am 14. November 2003.

Im Internet auf: http://www.gesundheitspolitik.net/06_recht/gesetze/gesundheitsreform/GesundheitsReformKonsensusG/GMG-20031114.pdf
(02/03/2012).

Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.) (2006a):

Einschätzung der „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“.
Beschlüsse der 79. GMK am 29. und 30. Juni 2006 in Dessau, Top 9.2, Anlage 1.

Im Internet auf: http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_79-GMK_Top92_Qualitaetsstrategie_Anlage1.pdf
(02/03/2012).

Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.) (2006b):

„Weiterentwicklung der Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“
Eine Vision für das Jahr 2011.

Beschlüsse der 79. GMK am 29. und 30. Juni 2006 in Dessau, Top 9.2, Anlage 2.

Im Internet auf: http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_79-GMK_Top92_Qualitaetsstrategie_Anlage2.pdf
(02/03/2012).

Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.) (1999):
Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen.
Trier: 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999.
Im Internet auf: [http://www.wernerschell.de/web/99/qualitaetsstrategie_](http://www.wernerschell.de/web/99/qualitaetsstrategie_im_gesundheitswesen.php)
[im_gesundheitswesen.php](http://www.wernerschell.de/web/99/qualitaetsstrategie_im_gesundheitswesen.php)
(02/03/2012).

Gramsch, E. (Hrsg.) (2004):
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin: Kompendium Q-M-A.
2. überarbeitete und aktualisierte Auflage.
Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Güntert, B. J. (1999):
Benchmarking als Instrument zur Qualitätssicherung.
In: Badura, B., Siegrist, J. (Hrsg.) (1999):
Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse.
Weinheim, München: Juventa.

Haeske-Seeberg, H. (2008):
Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Strategien – Analysen – Konzepte.
2., überarbeitete und erweiterte Auflage.
Stuttgart: Kohlhammer.

Hall, J. A., Dornan, M. C. (1988a):
What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of satisfaction literature.
Social Science & Medicine 27, Nr. 9: 935-939.

Hall, J. A., Dornan, M. C. (1988b):
Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels.
Social Science & Medicine 27, Nr. 6: 637-644.

Hannöver, W., Dogs, C. P., Kordy, H. (2000):
Patientenzufriedenheit – ein Maß für Behandlungserfolg?
Psychotherapeut 2000, 45: 292–300.

Häussler, B., Kuch, C. (1999):

Warum und wozu braucht man ein Qualitätsmanagement in der Arztpraxis?

In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):

Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheitsforschung geförderten Verbundprojektes.

Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 117.

Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft.

Homburg, C. , Stock-Homburg, R. (2008):

Theoretische Perspektiven zur Kundenzufriedenheit.

In: Homburg, C. [Hrsg.]: Kundenzufriedenheit. Konzepte – Methoden – Erfahrungen. 7. Aufl..

Wiesbaden: Gabler/GWV Fachverlage: 17-52.

Hommel, T. (2005):

Kritik willkommen: Kliniken hören auf ihre Patienten.

Ärzte Zeitung Nr. 212 vom 24.11.2005, S. 13.

Janßen, C. (2008):

Gewichtete, erwartungsmodifizierte Zufriedenheit (GEZ) – ein innovativer und integrativer Ansatz zur Messung von Patientenzufriedenheit.

Köln: Unveröffentlicht.

Janßen, C., Borgetto, B., Heller, G. (Hrsg.) (2007):

Medizinsoziologische Versorgungsforschung.

Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde.

Weinheim, München: Juventa.

Jöckel, K.-H., Babitsch, B., Bellach, B.-M., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, Winkler, J., Wolf, C. (1997):

Messung und Quantifizierung soziographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE), der Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie (GMDS), der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) und der Deutschen Region der Internationalen Biometrischen Gesellschaft, erarbeitet von der Arbeitsgruppe 'Epidemiologische Methoden' in der DAE der GMDS und der DGSMP.

Im Internet auf: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/MessungUnd

QuantifizierungSoziodemographischerMerkmale.pdf

(02/03/2012).

Kaltenbach, T. (1993):

Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-Quality-Management.

2. Auflage.

Melsungen: Bibliomed.

Klotz, T., Zumbé, J., Velmans, R., Engelmann, U. (1996):

Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus.

Deutsche Medizinische Wochenschrift, 121, Nr. 28/29: 889-895.

Kroeber-Riel, W., Weinberg, P., Gröppel-Klein, A. (2009):

Konsumentenverhalten.

9. überarbeitete, aktualisierte und ergänzte Auflage.

München: Verlag Franz Vahlen.

Krüssel, J.-S. (2009):

Indikationsstellungen und Rahmenbedingungen bei assistierter Reproduktion. Vortrag.

Im Internet auf: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/unikid_id459/Daten/indikationsstellungen_und_rahmenbedingungen_bei_assistierter_reproduktion.pdf

(02/03/2012).

Lecher, S., Satzinger, W., Trojan, A., Koch, U. (2002):

Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung.

Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2002, 45: 3–12.

Lederer, J. (1999):

Wie werden Abläufe und Schwachstellen in der Arztpraxis analysiert?

In: Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Verbundprojektes.

Bundesministerium für Gesundheit. BMG-Schriftenreihe 17.

Baden-Baden: Nomos-Verlag.

Matzler, K., Bailom, F. (2006):

Messung von Kundenzufriedenheit.

In: Homburg, C. (Hrsg.): Kundenzufriedenheit. Konzepte - Methoden - Erfahrungen. 7. Auflage.

Wiesbaden: Gabler/GWV Fachverlage: 241-270.

Möller-Leimkühler, A. M., Dunkel, R. (2003):

Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt.

Nervenarzt 2003, 74: 40-47.

Netzwerk Versorgungsforschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (2011):

Ziele des Netzwerks Versorgungsforschung der HHU.

Im Internet auf: <http://www.uni-duesseldorf.de/versorgungsforschung/de/index.html>

(02/03/2012).

Neugebauer, B., Porst, R. (2001):

Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht.

GESIS-ZUMA-Methodenbericht Nr. 7.

Mannheim: GESIS.

OEGRM (2009):

Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie vom 21.09.2009.

Im Internet auf: <http://www.oegrm.at/AKTUELLES.aspx>

(02/03/2012).

Ommen, O., Janßen, C., Pfaff, H. (2008):

Patientenzufriedenheit.

In: Berth, H., Balck, F., Brähler, E. (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Göttingen u.a., Hogrefe: 329-332.

Ommen, O., Janßen, C., Neugebauer, E., Rehm, K., Bouillon, B., Pfaff, H. (2006):

Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt schwerverletzter Patienten.

Unfallchirurg 109: 628–639.

Ommen, O. (2005):

Patienten- und krankenhausspezifische Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit mit dem Krankenhausaufenthalt von schwerstverletzten Patienten.

Universität Köln, Medizinische Fakultät: Dissertationsschrift.

Pawils, S., Satzinger, W., Trojan, A., Koch, U. (2006):

Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung.

In: Pawils, S., Koch, U. (Hrsg.):

Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung.

Stuttgart: Schattauer: 343-362.

Pfaff, H., Brinkmann, A., Bentz, J. (2007):

Patientenbefragung in der Arztpraxis: Quadratur des Kreises.

Deutsches Ärzteblatt 104, 45: 16.

Supplement: PRAXiS.

Pfaff, H., Brinkmann, A. (2006):

Patientenbefragung mit dem KPF-N. Ergebnisse und Erfahrungen der Patientenbefragung im Rahmen der QEP-Pilotphase.

Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln.

Forschungsbericht 1/2006.

Pfaff, H., Steffen, P., Brinkmann, A., Lütticke, J., Nitzsche, A. (2004):

Der Kölner Patientenfragebogen (KPF). Kennzahlenhandbuch.

Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln.

Forschungsbericht 3/2004.

Pfaff, H., Freise, D. C., Mager, G., Schrappe, M. (Hrsg.) (2001):

Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten.

Veröffentlichungsreihe der Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene der Universität zu Köln.

Forschungsbericht 1/2001.

Pietsch-Breitfeld, B., Heizmann, G. Selbmann, H.-K. (2003):
Qualität in deutschen Krankenhäusern. Strategien zur Einführung von Qualitätsmanagement.
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Band 154.
Baden-Baden: Nomos Verlags-Gesellschaft.

Pock, C. (2000):
Untersuchung zur Patientenzufriedenheit.
Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät: Dissertationsschrift.

Scheibler, F., Pfaff, H. (2008):
Arzt-Patient-Beziehung.
In: Berth, H., Balck, F., Brähler, E. (Hrsg.): Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z. Göttingen u.a., Hogrefe: S. 50 - 54.

Schneider, W., Kornmeier, M. (2006):
Kundenzufriedenheit. Konzept Messung Management.
Bern Stuttgart Wien: Haupt Verlag.

Sitzia, J. (1999):
How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies
International Journal for Quality in Health Care, 11, Nr. 4: 319–328.

Sitza, J., Wood, N. (1997):
Patient satisfaction. A review of issues and concepts.
Social Science & Medicine Vol. 45, Nr. 12: S. 1829-1843.

Stauss, B., Dornach, F., Coenen, C. (2006):
Zufriedenheitsmanagement – Konzept und Realisierung.
In: Hinterhuber, H. H., Matzler, K. (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung.
Kundenorientierung – Kundenzufriedenheit – Kundenbindung. 5. Auflage.
Wiesbaden: Gabler: 543-560.

Steffen, P. (2009):
Anspruchsniveaureduktion und Entschuldigungstendenz bei Krankenhauspatienten.
Berlin: LIT-Verlag.

Steffen, P., Ommen, O., Pfaff, H. (2008):

Die „Entschuldigungstendenz“ bei Krankenhauspatienten. Die Bedeutung der „Entschuldigungstendenz“ bei der Interpretation der Ergebnisse von Patientenbefragungen.

Gesundheitswesen 70: 532 – 540.

Stern, J. E., Brown, M. B., Luke, B., Wantman, E., Lederman, A., Missmer, S. A., Hornstein, M. D., SART Writing Group (2009):

Calculating cumulative live-birth rates from linked cycles of assisted reproductive technology (ART): data from the Massachusetts SART CORS.

Fertility and Sterility 94, Nr. 4: 1334-1340.

Strasser, S., Aharony, L., Greenberger, D. (1993):

The Patient Satisfaction Process: Moving Toward a Comprehensive Model.

Medical Care Research and Review 50, 2: 219-248.

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (1999):

Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO.

Kopenhagen: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6.

Williams, B. (1994):

Patient satisfaction: A valid concept?

Social Science & Medicine 38, Nr. 4: 509-516.

Wüthrich-Schneider, E. (2000a):

Patientenzufriedenheit – Wie verstehen? Teil 1.

Schweizerische Ärztezeitung 2000, 81, Nr. 20, 1046-1048.

Wüthrich-Schneider, E. (2000b):

Patientenzufriedenheit – Wie messen? Teil 2: Theoretische Aspekte.

Schweizerische Ärztezeitung 2000, 81, Nr. 21, 1116-1119.

Ziesche, A. (2008):

Patientenzufriedenheit im Krankenhaus. Maßnahmen zur Verbesserung.

Wismarer Schriften zu Management und Recht.

Europäischer Hochschulverlag.

VI. Anhang

VI.I Abstract

Optimierung der Patientinnenorientierung am Universitären Interdisziplinären Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD) durch Erhebung von Patientinnenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Qualitätsindikatoren

S. Heister, J.-S. Krüssel

Erhebungen von Patientenzufriedenheit als Instrument des Qualitätsmanagements weisen bislang theoretische und empirische Defizite auf. Ziel dieser klinischen prospektiven Studie war die Überprüfung der Anwendbarkeit eines Instruments, das die gemäß dem aktuellen Forschungsstand für Patientenzufriedenheit relevanten Qualitätsdimensionen abbildet. Der Fragebogen wurde unter Einbeziehung von Items des Kölner Patientenfragebogens (KPF-N) entwickelt. Die am UniKiD erhobenen Patientinnenurteile dienen der Erfassung der für Zufriedenheit relevanten Variablen. Annahme war, dass die Strukturqualität der Einrichtung, die Arzt-Patient-Interaktion und das Informationsverhalten wesentliche Rollen spielen. Zudem wurde getestet, ob die bislang durchgängig rechtsschiefe Verteilung von Zufriedenheitsindizes durch das Modell der gewichteten, erwartungsmodifizierten Zufriedenheit (GEZ) von Janßen in eine Normalverteilung überführt wird.

Zwischen Mai 2008 und August 2009 nahmen 97 Patientinnen teil. Die Behandlung wurde von 92,7% der Patientinnen mit „sehr zufrieden“ oder „eher zufrieden“ bewertet. Der GEZ-Mittelwert lag bei 4,94 (SD = 0,711). Dieser bildet die Patientenzufriedenheit durch die Operationalisierung des Zusammenhangs von Zufriedenheit mit der individuellen Gewichtung und Erwartungshaltung ab. Die Oberkategorie „Strukturqualität“ zeigte den stärksten Zusammenhang zu den GEZ-Werten ($r_{\text{spear}} = 0,529$). Es folgten „Arzt-Patient-Interaktion“ ($r_{\text{spear}} = 0,401$) und „Informationsverhalten“ ($r_{\text{spear}} = 0,395$). Bei den einzelnen Kennzahlen zeigte sich der stärkste Zusammenhang mit der GEZ bei „Qualität der Kundenbetreuung“ ($r_{\text{spear}} = 0,43$), „Vernachlässigung durch den Arzt“ ($r_{\text{spear}} = 0,422$), „Medizinischer Informationsbedarf“ ($r_{\text{spear}} = 0,434$) und „Wartezeit“ ($r_{\text{spear}} = 0,409$) ($p < 0,01$).

Die der Studie zugrunde liegende Annahme, dass die Urteile zur Strukturqualität, der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung und des Informationsverhaltens signifikant auf den

Zufriedenheitsgrad der Patientinnen einwirken, wurde somit bestätigt. Die erhobenen GEZ-Daten weisen eine Normalverteilung auf. Das GEZ-Modell wirkt somit den in der Literatur kritisierten Ceiling-Effekten und geringen Varianzen von Zufriedenheitsbewertungen entgegen. Durch die Anwendung standardisierter Items wird zudem ein Vergleich zwischen einzelnen Einrichtungen im Rahmen einer Querschnittsanalyse ermöglicht.

VI.II Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Stephanie Heister
Geburtstag: 09. März 1982
Geburtsort: Bergisch Gladbach

Schulbildung

1988 - 1992 Gemeinschaftsgrundschule Kürten
1992 - 1996 St. Angela Gymnasium Wipperfürth
1996 - 1997 Northville High School, Detroit, USA
1997 - 2001 Gymnasium Herkenrath
Mai 2001 Abitur

Hochschulausbildung

2001 - 2005 Studium Wirtschaftsingenieurwesen, Hochschule der Medien Stuttgart
2005 - 2011 Studium Humanmedizin, Heinrich Heine Universität Düsseldorf
Februar 2006 Abschluss Dipl.-Wirtschaftsingenieur (FH), Schwerpunkt Werbung und
Marktkommunikation
September 2007 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung
November 2011 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Promotion

2007 – 2011 „Optimierung der Patientinnenorientierung am Universitären Interdisziplinären Kinderwunschzentrum Düsseldorf (UniKiD) durch Erhebung von Patientinnenurteilen zur Erfassung relevanter Variablen und Qualitätsindikatoren.“
Betreuung: Prof. Dr. Krüssel, Universitäres Interdisziplinäres Kinderwunschzentrum Düsseldorf

VI.II Fragebogen



Sehr geehrte Patientin,

Unser Team möchte, dass Sie mit Ihrer Behandlung bei uns zufrieden sind und sich wohl fühlen.

Wir sind neugierig, wie es Ihnen bei uns gefällt und möchten durch Ihre Anregungen unseren Service optimieren.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten und den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden verschlossenen Umschlag im Anschluss an Ihre heutige Behandlung oder bei Ihrem nächsten Besuch an der Anmeldung abzugeben.

Die Auswertung des Fragebogens findet unabhängig vom UniKiD im Rahmen einer Doktorarbeit statt.

Der Einfachheit halber wird im Folgenden die Formulierung „der Arzt“ genutzt, hiermit sind natürlich auch die Ärztinnen gemeint.

Falls Sie Fragen oder Kommentare zu dem Fragebogen und der Auswertung haben, können Sie sich gerne an die unten angegebene Kontaktadresse wenden.

Selbstverständlich erfolgt die Auswertung Ihrer Antworten anonym, und es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben oder veröffentlicht.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Kontakt:

Stephanie Heister

Stephanie.Heister@uni-duesseldorf.de

Abschnitt A: Allgemeine Fragen

1. Wie sind Sie auf das UniKiD aufmerksam geworden? (Mehrfachnennung möglich)

- über meinen Gynäkologen
- Empfehlungen von Freunden/Familie
- Internet
- Zeitung
- Infoabend im UniKiD
- sonstiges, und zwar:

2. Welche Art von Behandlung wird bei Ihnen durchgeführt? (Mehrfachnennung möglich)

- Zyklusbeobachtung
- Intrauterine Insemination
- In-vitro-Fertilisation mit ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion)
- In-vitro-Fertilisation
- Fertilitätserhalt vor Chemotherapie

3. Wie sind Sie und Ihr Partner versichert?

	Sie	Ihr Partner
Gesetzlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstzahler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Wie alt sind Sie?

Sie: Jahre Ihr Partner: Jahre

5. Wie lange sind Sie schon ein Paar?

..... Jahre

6. Sind Sie verheiratet?

- ja, und zwar seit Jahren
- nein

7. Haben Sie bereits Kinder?

- ja, und zwar Kinder
- nein

Abschnitt B: Zufriedenheit

8. Wie wichtig sind Ihnen folgende Leistungen im UniKiD?

	Sehr unwichtig	unwichtig	wichtig	Sehr wichtig
Die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit) sind mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Organisation im UniKiD (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.) ist mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ärzte und Ärztinnen im UniKiD sind mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal im UniKiD ist mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medizinische Behandlung ist mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Information während meiner Behandlung im UniKiD ist mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD ist mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Einbeziehung meines Partners in die Behandlung im UniKiD ist mir....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Bewerten Sie bitte die Leistungen im UniKiD:

	Viel schlechter als erwartet	Etwas schlechter als erwartet	Genauso wie erwartet	Etwas besser als erwartet	Viel besser als erwartet
Die nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit) sind....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Organisation (Terminvergabe, Sprechzeiten) im UniKiD ist....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ärzte und Ärztinnen im UniKiD sind....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal im UniKiD ist....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medizinische Behandlung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Information während meiner Behandlung im UniKiD ist....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Einbeziehung meines Partners in die Behandlung im UniKiD ist...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung insgesamt ist bisher....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wie zufrieden sind Sie...

	 unzufrieden	 Eher unzufrieden	 Weder noch	 Eher zufrieden	 zufrieden
... mit den nichtmedizinischen Leistungen (Ambiente, Einrichtung, Sauberkeit)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Organisation (Terminvergabe, Sprechzeiten, etc.) im UniKiD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit den Ärzten und Ärztinnen im UniKiD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit dem Praxispersonal im UniKiD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der medizinischen Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Information während Ihrer Behandlung im UniKiD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Einbeziehung in die Behandlung im UniKiD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der Einbeziehung Ihres Partners in die Behandlung im UniKiD?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mit der bisherigen Behandlung insgesamt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abschnitt C: Praxis

11. Bitte teilen Sie Ihren Eindruck zu folgenden Punkten mit:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Das Praxispersonal ist freundlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal ist sehr kompetent.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal vergisst schon mal ein Anliegen, das man hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Praxis ist perfekt organisiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Praxis ist sauber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medizinisch-technischen Geräte wirken modern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ausstattung der Praxis wirkt modern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im UniKiD wird man als Kunde umsorgt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal hat mehr Arbeit als es bewältigen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Im UniKiD geht es hektisch zu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal steht unter Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Praxispersonal wirkt angespannt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Wartezeiten sind angemessen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Öffnungszeiten/Sprechstunden sind für mich passend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Atmosphäre der Praxis ist angenehm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ärzte sind stets zu sprechen, wenn ich anrufe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Website des UniKiD ist ansprechend gestaltet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf der Website des UniKiD finde ich ausreichend Informationen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Praxis ist telefonisch gut zu erreichen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Welche Punkte sind für Sie besonders wichtig?

Mir ist es wichtig, dass...

	Komplett unwichtig	Eher unwichtig	Teils, teils	Eher wichtig	Sehr wichtig
ich mich in der Praxis wohlfühle.	<input type="radio"/>				
die Ärzte im Notfall telefonisch erreichbar sind.	<input type="radio"/>				
meine Emails von den Ärzten schnell beantwortet werden.	<input type="radio"/>				
die Behandlungsmethoden auf dem neuesten Stand der Forschung sind.	<input type="radio"/>				
die Praxis einen guten Ruf hat.	<input type="radio"/>				
mein Arbeitgeber nichts von der Behandlung mitbekommt.	<input type="radio"/>				
die Behandlung diskret abläuft.	<input type="radio"/>				
ich schnell einen Termin bekomme.	<input type="radio"/>				
die Ärzte genügend Zeit für mich haben.	<input type="radio"/>				
mir genau erklärt wird, wie die Behandlung abläuft.	<input type="radio"/>				
meine Ärzte mit Spezialisten anderer Bereiche (Urologie, Genetik, etc.) zusammenarbeiten.	<input type="radio"/>				
es Parkplätze direkt vor der Praxis gibt.	<input type="radio"/>				
das Ambiente der Praxis angenehm ist.	<input type="radio"/>				
Behandlungen auch am Wochenende stattfinden.	<input type="radio"/>				
eine psychologische Betreuung angeboten wird.	<input type="radio"/>				
es eine Selbsthilfegruppe gibt.	<input type="radio"/>				

Abschnitt D: Behandlung

13. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich gründlich untersucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt Spezialist auf seinem Gebiet ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt auf dem neuesten Stand ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt das medizinisch Mögliche tut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt mich nur auf Anfrage informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt schon mal ein Anliegen vergisst, das ich habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe nach dem Termin oft nicht alles gefragt, was ich eigentlich fragen wollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt manchmal zu wenig Zeit für mich hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt ist offen und ehrlich zu mir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem behandelnden Arzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt lässt mich ausreden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe den Eindruck, dass der Arzt fachlich sehr kompetent ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei diesem Arzt ist man in guten Händen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann mich auf den Arzt verlassen, wenn ich Probleme mit meinen Beschwerden habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt unterstützt mich so, dass mir der Umgang mit meinen Beschwerden leichter fällt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt ist bereit, sich meine Probleme im Zusammenhang mit meinen Beschwerden anzuhören.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt fragt mich, ob ich mit seinen Entscheidungen einverstanden bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt ermutigt mich, über meine persönlichen Sorgen im Zusammen-				

hang mit meinen Beschwerden zu sprechen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Arzt ermutigt mich, meine Meinung über die medizinische Behandlung zu äußern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Partner wird in die Behandlung mit einbezogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Zeit Fragen zu stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde in Entscheidungen miteinbezogen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich merke manchmal, dass mein Arzt in Eile ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Bitte bewerten Sie, wie Sie durch den Arzt informiert werden:

	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Der Arzt gab mir eine vollständige Erklärung meiner Behandlung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erklärungen des Arztes sind verständlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, wann ich während der Behandlung Medikamente nehmen muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, wie die Medikamente, die ich nehmen muss, wirken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich weiß, worauf ich im Verlauf der Behandlung achten muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hätte mir mehr Informationen über Medikamente (Nutzen/ Nebenwirkungen) gewünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hätte mir mehr Informationen über die medizinische Behandlung gewünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hätte mir mehr Informationen über Behandlungsrisiken gewünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hätte mir mehr Informationen über den Umgang mit meinen Beschwerden gewünscht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abschnitt E: Belastungsgrad

15. Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils, teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Ich habe große Angst, dass die Behandlung nicht erfolgreich ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung ist für unsere Partnerschaft eine Belastung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung ist für mich körperlich belastend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung ist für mich psychisch/emotional belastend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung ist für uns eine finanzielle Belastung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Zuzahlungspflicht seit 2004 ist für mich eine Belastung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Komplettübernahme der Kosten nach dem 3. Versuch ist eine Belastung für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung ist schmerzhaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist mir peinlich, mich einer Fertilitätsbehandlung unterziehen zu müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Fertilitätsbehandlung ist meinem Partner peinlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte nicht, dass mein Arbeitgeber von der Behandlung erfährt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor einer Mehrlingschwangerschaft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe Angst vor einer Fehlgeburt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abschnitt F: Patientinnengeschichte

16. Ist dies Ihre erste Kinderwunschbehandlung?

- ja (=> bitte weiter mit Frage 19 auf der nächsten Seite)
- nein, dies ist unsere/meine Behandlung.

17. Wenn Sie bereits in Kinderwunschbehandlung waren, wo wurde diese durchgeführt?
(Mehrfachnennung möglich)

- im UniKiD (-> bitte weiter mit Frage 19 auf der nächsten Seite)
- in einer gynäkologischen Praxis
- im Kinderwunschzentrum einer anderen Uniklinik
- in einem privaten Kinderwunschzentrum
- sonstiges, und zwar:

17. Was war ausschlaggebend für Ihre Entscheidung, die Praxis zu wechseln?

	Trifft nicht zu	Teils, teils	Trifft zu
Ich wurde nicht schwanger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wollte eine weitere Meinung hören	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Behandlung war teurer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Atmosphäre gefiel mir nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich denke, die Behandlung in einer Praxis der Uniklinik ist wissenschaftlich auf dem neueren Stand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich mit meinen Problemen nicht verstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte keinen festen Ansprechpartner unter den Ärzten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde nicht ausreichend über die Behandlung informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Praxis war nicht gut organisiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Gibt es Gründe für Ihren Wechsel - weg von Ihrer vorherigen Praxis zu uns - die nicht aufgelistet sind?

.....

.....

.....

.....

.....

Abschnitt G: Sonstiges

19. Durch die genetische Untersuchung der Eizelle (Polkörperdiagnostik) kann man die Hälfte des genetischen Materials auf bestimmte Auffälligkeiten, wie Chromosomenanomalien, prüfen. Kommt eine solche Untersuchung für Sie in Frage?

- ja
- vielleicht
- nein

20. Die Untersuchung des Embryos vor der Einpflanzung (Präimplantationsdiagnostik) ist in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern verboten. Käme eine solche Untersuchung – wenn Sie erlaubt wäre – für Sie in Frage?

- ja
- vielleicht
- nein

21. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

	Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils, teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Eine Fertilitätsbehandlung im Ausland käme für mich in Frage.	<input type="radio"/>				
Eine Behandlung im Ausland birgt mehr Risiken.	<input type="radio"/>				
Behandlungen im Ausland haben höhere Erfolgsraten.	<input type="radio"/>				
In Deutschland sollten die Vorschriften zur Embryonenforschung gelockert werden.	<input type="radio"/>				

22. Würden Sie UniKid befreundeten Paaren weiterempfehlen?

- ja
- vielleicht
- nein

23. Womit sind/waren Sie besonders unzufrieden? Haben Sie Kritik oder Anregungen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

24. Womit sind/waren Sie besonders zufrieden? Gibt es Dinge, die Sie loben möchten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Abschnitt H: Statistik

Um die statistische Auswertung zu ermöglichen, bitten wir Sie um die Angabe der folgenden Daten. Selbstverständlich werden auch diese anonym verarbeitet. Die Angabe ist freiwillig.

25. Ihre Nationalität:

26. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein Schulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss
- Fachhochschulreife
- Hochschulreife/Abitur
- keine Angabe

27. Was ist Ihr höchster Ausbildungsabschluss?

- kein Abschluss
- abgeschlossene Berufsausbildung
- höherer Berufsabschluß (Meister, Fachwirt, Techniker)
- abgeschlossenes Fachhochschulstudium
- abgeschlossenes Hochschulstudium
- keine Angabe

28. Was ist Ihre momentane berufliche Position/Situation?

- Beamtin im höheren oder gehobenen Dienst
- Beamtin im mittleren oder einfachen Dienst
- Angestellte in leitender Position
- Angestellte in einfacher oder mittlerer Position
- Arbeiterin
- Minijobber auf 400 Euro-Basis
- selbstständig
- Schülerin
- Azubi
- Hausfrau
- Studentin
- derzeit keine (arbeitsuchend)
- sonstiges
- keine Angabe

29. Wie hoch sind schätzungsweise die gesamten monatlichen Netto-Einkünfte Ihres Haushaltes?

- bis 500 EUR
- 501 – 750 EUR
- 751 – 1000 EUR
- 1001 – 1250 EUR
- 1251 – 1500 EUR
- 1501 – 1750 EUR
- 1751 – 2000 EUR
- 2001 – 2500 EUR
- 2501 EUR und mehr
- keine Angabe

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Mithilfe!

VI.III Pretest-Bewertungsbogen



Sehr geehrte Patientin,

in den folgenden Monaten wird in unserer Praxis im Rahmen einer Doktorarbeit eine Patientinnenbefragung durchgeführt.

Um den Fragebogen zu optimieren, bitten wir Sie, sich als Fragebogentesterin zur Verfügung zu stellen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und beantworten anschließend kurz die Fragen auf dieser Seite.

Diesen Bewertungsbogen und den ausgefüllten Fragebogen stecken Sie dann bitte in den beiliegenden Umschlag und geben diesen verschlossen an der Anmeldung ab.

Die Auswertung erfolgt anonym und unabhängig vom UniKiD.

a. Die Fragebogenbeantwortung dauerte Minuten.

b. Die Länge des Fragebogens war:

- genau richtig
- es ging gerade noch
- zu lang
- viel zu lang

c. Wie fanden Sie die Beantwortung der Fragen?

- sehr interessant
- interessant
- teils, teils
- nicht so interessant
- gar nicht interessant

d. Haben Sie Kommentare oder Anregungen bezüglich des Fragebogens?

.....

.....

.....

.....

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mithilfe!

VII. Erklärung an Eides statt

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass die Dissertation von mir selbst und ohne die Hilfe Dritter verfasst wurde, auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten darstellt, und die benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur vollständig angegeben sind.

Ort, Datum

Unterschrift