



FORSCHUNGSBERICHTE DES  
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND KLINI-  
SCHE EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



## **STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT**

NR. 05/ 2011 VOM 16.11.2011 \*\*\* ISSN 1862-7412 \*\*\* WWW.IGKE.DE/SGMG

---

# **Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung.**

## **Eine empirische Abschätzung für Deutschland**

---

Autoren:

Prof. Dr. Markus Lungen (Korrespondenz)\*

Martin Siegel

\* E-Mail: [luengen@wi.hs-osnabrueck.de](mailto:luengen@wi.hs-osnabrueck.de)

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter

<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

*Längen M, Siegel M. Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. Eine empirische Abschätzung für Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2011; Köln: Ausgabe 05/2011 vom 16.11.2011.*

# 1 Hintergrund

In einem zunehmend mit Wettbewerbselementen ausgestatteten Handlungsrahmen nimmt die Patientenzufriedenheit eine zentrale Position für Ärzte und Krankenhäuser ein [7]. Aus Sicht der Krankenkassen kann Patientenzufriedenheit neben anderen Determinanten zudem wesentlich für die Wahl selektiv kontrahierter Leistungserbringer sein. Aus Sicht der Ärzte kann Patientenzufriedenheit ein Parameter zur Ausrichtung und Verbesserung der Praxisorganisation, im Rahmen eines Qualitätsmanagements und der darauf aufbauenden verbesserten Akquise von Patienten, sein.

Diese unterschiedlichen Ansprüche an Konzepte der Patientenzufriedenheit lassen bereits vermuten, dass es keine eindimensionale Definition von Patientenzufriedenheit in der Literatur gibt. Einen umfassenden Überblick über das Konstrukt Patientenzufriedenheit geben beispielsweise Neugebauer & Porst (2001) mit einem Schwerpunkt auf Befragungen in Krankenhäusern [5]. Die Einordnung in die dort ebenfalls diskutierten theoretischen Modelle der Patientenzufriedenheit zeigt, dass insbesondere die Übereinstimmung von Erwartungen mit einem Referenzwert (etwa den Erfahrungen anderer Patienten oder Erfahrungen zu einem früheren Zeitpunkt etc.) und tatsächlichem, subjektiven Erleben zentral für die Patientenzufriedenheit ist. Damit nähert sich Patientenzufriedenheit dem vielschichtigen Konstrukt der Qualitätsmessung an.

Einen Überblick über konkrete Instrumente zur Messung von Patientenzufriedenheit im ambulanten Bereich geben Berger et al (2008) und auch Gericke et al (2004) [1,4]. Berger et al (2008) kommen zu dem Schluss, dass die in der Literatur dokumentierten Systeme zur Messung der Patientenzufriedenheit keinen Rückschluss auf die extern und objektiv gemessene Versorgungsqualität zulassen [1]. Damit begrenzt sich Patientenzufriedenheit als Möglichkeit einer expliziten, externen Steuerung von Versorgungsstrukturen, behält jedoch den Stellenwert als mögliche interne Maßnahme der Qualitätsverbesserung.

In der Literatur findet sich, wie bereits erwähnt, keine abschließende konsentrierte Definition von Patientenzufriedenheit [4]. Vielmehr behelfen sich die Autoren mit Vorschlägen konkreter Messvorschriften beziehungsweise deren Umsetzung in Fragebögen oder anderen Erhebungsformen. Die dabei einbezogenen Dimensionen konzentrieren sich (für das Krankenhaus) vorwiegend auf die Bewertung von Personalgruppen, Serviceleistungen, Organisation (Prozesse) und Ergebnisse der Behandlung [5, 2].

Die bisher empirisch gefundenen Determinanten für Patientenzufriedenheit beschränken sich insbesondere auf sozioökonomische Variablen (mit einer höheren Zufriedenheit bei älteren Patienten und Personen mit unteren Bildungsabschlüssen) und dem durch die Behandlung erreichten (subjektiv wahrgenommenen) Erfolg, wobei Erfolg wenig überraschend zu höherer Zufriedenheit beiträgt. Ältere Untersuchungen existieren zum Einfluss der Eigenschaften des Arztes (jüngere Ärzte und weibliches Geschlecht führen zu weniger Zufriedenheit). Einen Überblick geben Neugebauer & Porst (2001) [5].

Intensiv diskutiert werden in der Literatur methodische Probleme und Umsetzungen. Dies sind insbesondere die soziale Erwünschtheit von Antworten bei Patientenbefragungen, die in enger zeitlicher oder gar räumlicher Nähe zur Behandlung stehen und sich daraus ergebende Probleme der Validität und Reliabilität von Zufriedenheitserhebungen, sowie die Stratifizierung nach sozio-ökonomischen Merkmalen und dem Gesundheitszustand der Patienten [1, 3].

Vor diesem Hintergrund kann unsere Studie, basierend auf einer großen, für die deutsche Bevölkerung repräsentativen Stichprobe und einem unabhängig von einem konkreten Anlass gewählten Zeitpunkt der Befragung, mehrere grundlegende Fragen angehen. Dies ist die konkurrierende Bedeutung der erklärenden Variablen aus den Bereichen Soziodemografie des Patienten, Gesundheitszustand des Patienten, Struktur seiner Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie schließlich Arzt- beziehungsweise Praxismerkmale. Patientenzufriedenheit wird dabei definiert als Konstrukt aus den drei Dimensionen Vertrauen bzw. Verhältnis zum behandelnden Arzt, (subjektive) Verbesserung des Gesundheitszustandes und Zufriedenheit mit der Arztpraxis.

## 2 Methode

Für die empirische Analyse standen 27.049 Beobachtungen auf Individualebene aus der Querschnittsstichprobe des TNS Health Care Access Panel (HCAP) aus dem Jahr 2007 von TNS Infratest Health Care, München, zur Verfügung [s. bspw. auch 8]. Die Datenbank umfasst insgesamt 78.064 Haushalte (178.855 Personen). Davon wurden ca. 55.000 Haushalte ausgewählt und postalisch befragt. Der Erhebungszeitraum reichte vom 27.08.2007 bis zum 06.11.2007, die Antwortrate betrug ca. 51 Prozent. Es wurde bereits für frühere Erhebungen des TNS Health Care Access Panel gezeigt, dass die Stichproben für Deutschland repräsentativ sind (vgl. zum HCAP 6, 8].

Für die Befragten liegen aufgrund der Struktur der Datenbank umfassende Angaben zu Soziodemografie und Inanspruchnahmeverhalten vor. Das Alter der Befragten wurde in Jahren, die Wartezeit auf einen Termin in Tagen gemessen und die Wartezeit in der Praxis sowie die Gesprächsdauer mit dem Arzt waren in Minuten angegeben. Der subjektive Gesundheitszustand der Befragten (zum Zeitpunkt der Befragung) wurde anhand einer fünfstufigen Skala ermittelt (ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht). Für die Auswertung wurden Personen in eine Gruppe zusammen gefasst, die einen weniger guten oder schlechten subjektiven Gesundheitszustand angaben. Bei der Klassifizierung von Erkrankungen wurde zusätzlich unterschieden, ob der Befragte in ein Disease-Management Programm (DMP) eingeschrieben war. Dies erscheint sinnvoll, da die Teilnahme an einem DMP die Zufriedenheit mit dem Arzt ändern kann, bzw. das DMP dem Arzt Behandlungsabläufe vorgeben kann. Somit sind in der Gruppe der Diabetiker lediglich Befragte zusammen gefasst, die zwar an der Erkrankung leiden, jedoch nicht in ein entsprechendes Programm eingeschrieben wurden. Hingegen enthält die Gruppe der Diabetiker-DMP entsprechend Erkrankte, die zugleich auch eingeschrieben sind. Die Prävalenz der jeweiligen Erkrankungen (erfasst wurden Diabetes, Bluthochdruck/ Koronare Herzerkrankung, COPD/ Asthma) ergibt sich somit aus der Summe der Anteile an eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Befragten. Eine (subjektiv) schnelle Terminver-

gabe wurde als eine zustimmende Antwort der Befragten mit mindestens dem Wert 4 auf einer Skala von 1 „stimme nicht zu“ bis 6 „stimme voll zu“ definiert. Als häufiger Alkoholkonsum wird die Antwort „(fast) täglich“ erachtet.

Zur Beschreibung der drei zu erklärenden Größen – Zufriedenheit mit der Praxis, mit dem Arzt und mit der Behandlung – wurden aus verschiedenen Fragen gewichtete Indizes gebildet. Für die einzelnen Indizes wurde die Zustimmung zu den folgenden Fragen zu einem gewichteten Index zusammen gefasst:

- Zufriedenheit mit der Praxis insgesamt:
  - Zufrieden mit dem Personal
  - Zufrieden mit der Hygiene
  - Zufrieden mit der Praxis
- Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt
  - Vertrauen zum behandelnden Arzt
  - Korrektes Verhalten des Arztes gegenüber dem Patienten
  - Patient fühlt sich durch den Arzt ausreichend informiert
  - Patient würde den Arzt nicht wechseln
  - Patient würde den Arzt weiter empfehlen
- Zufriedenheit mit der Behandlung
  - Patient wurde an Entscheidungen beteiligt
  - Entscheidung entsprach den Bedürfnissen des Patienten
  - Behandlung verbessert das persönliche Befinden
  - Das Anliegen wurde durch den Besuch erfüllt

Zur Ermittlung der optimalen Gewichtung innerhalb des Index wurde die Hauptkomponentenanalyse (Principal Component Analysis) herangezogen, ein rein mathematisches Verfahren, das auf Matrix-Algebra beruht. Dabei werden die optimalen Gewichtungen der einzelnen Faktoren anhand der Datenstruktur mithilfe der Kovarianzmatrix der Daten ermittelt. Das Verfahren hat den Vorteil, dass die Gewichtung der einzelnen Größen innerhalb eines Index immer so gewählt wird, dass Variationen der einzelnen Komponenten möglichst genau abgebildet werden. Das bedeutet, dass der gebildete Index sehr stark mit den einzelnen Komponenten korreliert, also für alle enthaltenen Größen eine gute Näherung darstellt.

Die Indizes für die Zufriedenheit mit Praxis, Arzt und Behandlung werden anhand eines simultanen Mehrgleichungsmodells mithilfe eines dreistufigen KQ-Schätzers (3SLS) untersucht. Da die Größen gegenseitig voneinander abhängen, musste mit einem solchen Modell gearbeitet werden, um Verzerrungen bzw. inkonsistente Schätzungen zu vermeiden. Das Besondere an solchen Modellen ist, dass Größen, die von der Zielgröße abhängen – also endogen sind – trotzdem adäquat einbezogen werden können.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Datengrundlage

In den weiteren Analysen wurden nur Personen ausgewählt, für die alle benötigten Informationen vorlagen (N=17.515). Das Alter der einbezogenen Befragten lag im Mittelwert bei 46,7 Jahren, die Wartezeit auf einen Termin bei 6,8 Tagen und die Wartezeit in der Praxis bei rund 32 Minuten. Das Gespräch mit dem Arzt dauerte fast 14 Minuten (Tab. 1).

Die Befragten wiesen zu 18,3% einen schlechten (subjektiv geschätzten) Gesundheitszustand auf. Rund 20% nahmen an einem Hausarztmodell teil und 28% besuchten eine Gruppenpraxis. Insgesamt dürften die Befragten jünger gewesen sein als der Durchschnitt der Patienten in deutschen Arztpraxen, ebenso ist der Anteil privat Versicherter leicht überrepräsentiert. (

Tab. 2)

Tab. 1: Beschreibung der numerischen Variablen

	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	46.70	15.64
Wartezeit auf Termin in Tagen	6.77	13.48
Wartezeit in der Praxis in Minuten	32.65	31.13
Gesprächsdauer in Minuten	13.79	8.57

Tab. 2: Beschreibung der kategoriellen Variablen

	Anteil
Geschlecht männlich	50.18%



Schlechter subjektiver Gesundheitszustand	18.34%
Bluthochdruck	21.40%
Diabetes (ohne Teilnehmer DMP)	3.27%
COPD	6.08%
Demenz	0.91%
Gelenkverschleiß	20.78%
BKK	20.76%
AOK	19.45%
PKV	14.48%
DMP Diabetes	4.93%
DMP Asthma	0.96%
DMP Herz-Kreislauf-Erkrankungen	1.84%
DMP Brustkrebs	0.40%
Teilnahme am Hausarztmodell durch Befragten	19.27%
Besuch einer Gruppenpraxis	28.24%
Besuch eines MVZ	1.63%
Besuch einer Ambulanz im Krankenhaus	3.34%
Schnelle Terminvergabe für Besuch	71.27%
Schneller Aufruf in Praxis	35.36%
Behandelnder Arzt war Facharzt	44.81%
Behandelnder Arzt war weiblich	26.54%
Befragter ist Raucher	23.17%
Befragter zeigt häufigen Alkoholkonsum	6.26%
Befragter hat Adipositas	21.89%

DMP: Disease Management Programm, MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum

### 3.2 Erklärung von Patientenzufriedenheit

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalyse für die Indizes für Zufriedenheit. Positive Koeffizienten stehen dabei für einen zufriedenheitssteigernden Effekt, negative für einen senkenden Effekt. Die Gesprächsdauer in Minuten wurde als wahrscheinlich endogene Variable ebenfalls als abhängige Variable aufgenommen, die Ergebnisse stehen hier jedoch nicht im Vordergrund.

Tab. 3: Ergebnisse der Multivariaten Regression

	Zufriedenheit mit der Praxis		Zufriedenheit mit dem Arzt		Zufriedenheit mit der Behandlung		Gesprächsdauer in Minuten	
	Koeffizient	p-Wert	Koeffizient	p-Wert	Koeffizient	p-Wert	Koeffizient	p-Wert
Alter	0.003	0.001	0.001	0.42	-0.001	0.122	-0.022	< 0.001
Geschlecht schlechter subjektiver Gesundheitszustand	-0.007	0.639	0.002	0.919	-0.005	0.773	-0.132	0.315
Bluthochdruck	0.054	0.04	0.291	< 0.001	-0.234	< 0.001	1.144	< 0.001
Diabetes	0.018	0.407	-0.045	0.07	0.036	0.096	-0.178	0.317
COPD	-0.002	0.959	-0.026	0.618	0.063	0.172	1.821	< 0.001
Demenz	-0.014	0.672	-0.019	0.608	0.029	0.378	0.539	0.048
Gelenkverschleiß	0.306	< 0.001	0.127	0.181	-0.114	0.166	-0.080	0.906
BKK	0.031	0.144	0.141	< 0.001	-0.123	< 0.001	0.086	0.626
AOK	0.044	0.033	-0.027	0.251	0.022	0.286	-0.098	0.569
PKV	0.061	0.004	0.009	0.708	0.000	0.997	0.361	0.039
DMP Diabetes	-0.100	< 0.001	0.018	0.561	0.024	0.361	1.807	< 0.001
DMP Asthma	0.025	0.535	-0.058	0.188	0.065	0.087	0.627	0.046
DMP Herz-Kreislauf-Erkrankungen	-0.059	0.492	0.004	0.969	-0.011	0.893	-0.385	0.562
DMP Brustkrebs	-0.159	0.008	-0.072	0.3	0.103	0.091	1.780	< 0.001
Teilnahme am Hausarztmodell	-0.176	0.147	-0.139	0.327	0.140	0.257	0.752	0.462
Zufriedenheit mit	0.025	0.262	0.038	0.114	-0.020	0.333	0.603	< 0.001
	0.690	<			0.884	<		

dem Arzt		0.001			0.001			
Gruppenpraxis	-0.077	<					-0.079	0.165
MVZ	0.054	0.001					0.040	0.824
Ambulanz	-0.077	0.067					0.499	0.002
schnelle Termin- vergabe	0.238	0.019						
schneller Aufruf	0.187	0.002						
Wartezeit auf Termin in Tagen	0.002	<						
Wartezeit in der Praxis in Minuten	-0.002	0.001						
Behandelnder Arzt war Facharzt			0.020	< 0.001			0.810	<
Behandelnder Arzt war weiblich			0.013	0.002			0.523	<
Zufriedenheit mit der Behandlung			1.128	< 0.001				0.001
Gesprächsdauer in Minuten			-0.030	< 0.001	0.005	0.475		
Raucher					-0.002	0.257		
häufiger Alkohol- konsum					0.001	0.576		
Adipositas					0.001	0.598		
Konstante	1.475	0.021	0.622	< 0.001	-0.233	0.01	13.621	<
								0.001

Die Tabelle zeigt die Ergebnisse der multivariaten simultanen Regression mit *p*-Werten. Positive Koeffizienten bedeuten eine Steigerung der Zufriedenheit in der jeweiligen Kategorie, negative Koeffizienten eine Verringerung.

Es zeigt sich, dass Personen mit einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand im Durchschnitt zufriedener mit Arzt und Praxis sind, jedoch weniger zufrieden mit dem Behandlungsergebnis. Diabetiker unterscheiden sich bezüglich ihrer Zufriedenheit nicht von Gesunden, auch die Teilnahme an einem DMP hat hier keinen signifikanten Einfluss. Insbesondere scheint der Einfluss der Teilnahme an einem DMP schwankend nach Grunderkrankung und gewählter Zielgröße wie Zufriedenheit mit Arzt, Praxis oder Behandlung.

Während der Versicherungsstatus keinen messbaren Einfluss auf die Wahrnehmung des Arztes und der Behandlung hat, zeigen sich BKK- und AOK-Mitglieder insgesamt zufriedener als Angehörige von Ersatzkassen. Privat Krankenversicherte sind messbar unzufriedener als gesetzlich Versicherte.

Der subjektive Eindruck, schnell einen Termin zu erhalten und – einmal dort – schnell aufgerufen zu werden, erhöht wenig überraschend die Zufriedenheit mit der Praxis. Während eine längere Wartezeit in der Praxis zu geringerer Zufriedenheit führt, zeigt sich umgekehrt, dass Personen, die länger auf einen Termin warten, zufriedener sind. Hier kann sich auswirken, dass Arztpraxen mit einem guten Ruf auch längere Wartezeiten auf einen Termin aufweisen können oder dies gar als ein Qualitätskriterium wahrgenommen wird.

Unsere Ergebnisse zeigen weiter, dass Patienten mit Ärztinnen und Fachärzten durchschnittlich zufriedener waren als mit Ärzten und Allgemeinmediziner. Die Zufriedenheit mit der Praxis ist wesentlich von der Organisation innerhalb der Praxis (Terminvergabe, Wartezeit in der Praxis) und dem Verhalten des Arztes abhängig. Letzteres wiederum hängt wesentlich von der fachlichen Ausrichtung (Fach- oder Hausarzt), seinem Geschlecht und dem Behandlungserfolg ab. Interessant ist hier, dass Konsultationen der Patienten, wenn diese mit dem behandelnden Arzt weniger zufrieden sind, im Durchschnitt länger dauern (ein längeres Gespräch wirkt sich signifikant negativ auf die Zufriedenheit mit dem Arzt aus). Möglich ist natürlich auch, dass umgekehrt gilt, dass lange Gespräche mit dem Arzt erst die Unzufriedenheit auslösen.

Der wahrgenommene Behandlungserfolg wiederum hängt statistisch nur vom Gesundheitszustand (schlechter subjektiver Gesundheitszustand und Gelenkverschleiß) ab. Auch hier findet sich eine deutliche gegenseitige Abhängigkeit zwischen der Wahrnehmung des Arzt-Patienten-Verhältnisses und der Zufriedenheit mit der Behandlung.

## 4 Diskussion

Patientenzufriedenheit nimmt eine zunehmend wichtige Bedeutung in der wettbewerblichen Steuerung von Arztpraxen und Krankenhäusern ein. Anhand von Befragungsdaten analysierten wir die Determinanten für die Zufriedenheit mit der besuchten Arztpraxis, mit dem behandelnden Arzt und der Behandlung.

Zentral ist die Abhängigkeit der Zufriedenheiten untereinander. Dies hilft jedoch kaum, um strategisch entscheiden zu können, welche Determinanten im Einflussbereich des Arztes angegangen werden müssen, um die Patientenzufriedenheit insgesamt anheben oder auch halten zu können. Hierfür entscheidend scheint die Organisation der Praxis zu sein (Wartezeit bis zum Aufruf etc.), nicht jedoch die Organisationsform (Gemeinschaftspraxis, MVZ etc.). Auch die Teilnahme an strukturierten Behandlungsformen außerhalb des Einflussbereiches des Arztes (etwa DMP, Hausarztverträge etc.) scheinen nicht durchgehend positiven (oder negativen) Einfluss zu haben. Überraschend gegenüber früheren Untersuchungen ist, dass eine lange Gesprächsdauer zwischen Arzt und Patienten die Zufriedenheit nicht erhöht. Offenbar kommt es hier auf die wahrgenommene Qualität des Gesprächs an und nicht nur auf seine Länge.

Erstaunlich, und für die Steuerung einer Arztpraxis nicht erleichternd, ist der große Einfluss von nicht beeinflussbaren Arzt- und Praxismerkmalen bzw. Patientenstrukturen. Junge Patienten, privat Versicherte und Männer sind tendenziell weniger zufrieden. Die Behandlung durch weibliche Ärzte und Fachärzte bewirken eher Zufriedenheit beim Patienten.

Unsere Auswertung weist auch Einschränkungen auf. So sind Befragungen von Patienten immer mit der möglichen Verzerrung in Richtung erwünschter Antworten verbunden [5]. Durch die Befragung der Allgemeinbevölkerung, verbunden mit einem auch zeitlichen Abstand zur Behandlung, konnten einige dieser Verzerrungen in dem von uns eingesetzten Datensatz vermieden werden.

Zweitens handelt es sich um subjektive Einschätzungen. Zwangsläufig sind Befragungen der Patientenzufriedenheit Abfragen subjektiver Urteile. Ausnahmen könnten sich ergeben, indem beispielsweise Wahlhandlungen untersucht werden (Wiederaufsuchen des gleichen Krankenhauses) oder aus objektiven Messungen der Ergebnisqualität auf die erwartbare subjektive Zufriedenheit der Patienten rückgeschlossen wird. Mit diesen Versuchen der Objektivierbarkeit werden jedoch neue Probleme der Kausalitäten aufgeworfen, so dass aus unserer Sicht das eigentliche Ziel der Messung, die Verbesserung der Versorgung, mit Befragungen zu subjektiven Einschätzungen besser erreicht werden kann.

Die Stärken der Studie liegen in der vergleichsweise hohen Zahl an Befragten, die als repräsentativ für Deutschland gelten kann. Zudem wurden mögliche Einflussvariablen (confounder) umfassend berücksichtigt, so dass die Ergebnisse auch Bestand haben, obgleich sie nicht die typische Struktur der Patienten einer Arztpraxis aufweisen mögen.

Die Rückschlüsse der Studie für die Ausrichtung von Arztpraxen im Hinblick auf Patientenzufriedenheit sind vielschichtig. Während einige Variablen nicht oder kaum beeinflusst werden können, kann insbesondere die interne Organisation, weniger die institutionelle Organisationsform, ausschlaggebend für die Zufriedenheit sein. Hilfreich für eine weitere Differenzierung scheinen Analysen über das Kommunikationsverhalten des Arztes und Details der Praxisorganisation zu sein. Parallel dazu muss diskutiert werden, inwieweit wettbewerbliche Ansätze mit der Zuweisung der Kundenrolle an Patienten überhaupt eine tragende Rolle in einem Gesundheitssystem erhalten sollten.

## 5 Literatur

- 1 Berger B, Lenz M, Mühlhauser I. Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? Eine systematische Übersichtsarbeit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswesen (ZEFQ)* 2008;102: 299–306.
- 2 Brinkmann A, Steffen P, Pfaff H. Patientenbefragungen als Bestandteil des Qualitätsmanagements in Arztpraxen: Entwicklung und Erprobung eines Instrumentes. *Das Gesundheitswesen* 2007;69: 585-592.
- 3 Crow R, Gage G, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002;6(32): 1–244.
- 4 Gericke CA, Schiffhorst G, Busse R, Haussler B. Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiskop-A. *Das Gesundheitswesen* 2004;66(11): 723–731.
- 5 Neugebauer B, Porst R. Patientenzufriedenheit. Ein Literaturbericht. *ZUMA Methodenbericht Nr. 7/2001*. Mannheim.
- 6 Potthoff P, Heinemann L, Güther B. A household panel as a tool for cost-effective health-related population surveys: Validity of the “Healthcare Access Panel”. *German Medical Science* 2004;2 DOC 05.
- 7 Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Soc Sci Med* 1997;45(12): 1829–1843.

- 8 Vonnelich N, Altenhöner T, Böcken J, von dem Knesebeck O. Soziale Ungleichheit in der wahrgenommenen Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung bei chronisch Kranken. *Das Gesundheitswesen* 2011;73:211-216.