

# Patientenbefragungen in der Arztpraxis

Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten

Marie-Luise Dierks, Eva Maria Bitzer und Friedrich Wilhelm Schwartz

Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

## Zusammenfassung

Patientenbefragungen sind zu einem wichtigen Element im Qualitätsmanagement geworden. Voraussetzungen für den Transfer der Ergebnisse in das Praxismanagement sind eine adäquate Durchführung und eine angemessene Rückmeldung der Ergebnisse. Im Rahmen einer Studie zur Validierung eines Erhebungsinstrumentes zur Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis wurde das im Rahmen dieser Studie entwickelte *Procedere* (Verteilung und Rücksendung der Fragebögen, Aufbereitung der Ergebnisse, vergleichende Rückmeldung) hinsichtlich der Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten (N = 60) evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, daß Patientenbefragungen, eine adäquate Rückmeldung vorausgesetzt, den Praxisinhabern in erheblichem Umfang Informationen über die Qualität der Versorgung aus Patientensicht liefern. Zwei Drittel der befragten Ärzte (65%) haben Anregungen für das Qualitätsmanagement gewonnen und diese mehrheitlich bereits umgesetzt. Auf der Basis der vorgestellten Studie werden Empfehlungen für die Organisation und Durchführung von Patientenbefragungen sowie für die Rückmeldung der Ergebnisse an die teilnehmenden Ärzte vorgestellt.

**Sachwörter:** Patientenbefragungen, Arztpraxis, Allgemeinmedizin, Qualitätsmanagement

Patientenbefragungen sind zu einem wichtigen Element im internen und externen Qualitätsmanagement geworden (6). Voraussetzung für die Akzeptanz dieser Befragungen durch die Ärzte und für den Transfer der Befragungsergebnisse in patientenbezogene Veränderungen der Praxisorganisation ist, insbesondere im externen Qualitätsmanagement, eine adäquate Durchführung der Erhebung und eine angemessene Rückmeldung der Ergebnisse (4, 5). In Deutschland wird diese Frage vornehmlich für den stationären Sektor thematisiert (2, 7, 8), vergleichbare Studien für die ambulante Versorgung liegen bislang nicht vor. Erste Ansatzpunkte liefert eine Untersuchung, die im Rahmen des Projektes zu „Patientenerwartungen und Zufriedenheit

als Indikatoren der Prozeßqualität in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ durchgeführt wurde.<sup>1</sup> Gegenstand des Projektes war die Entwicklung eines standardisierten quantitativen Instrumentes zur Messung der prozeßbezogenen Patientenzufriedenheit in der Arztpraxis. Das Instrument wurde an ca. 2300 Patienten aus 114 Arztpraxen in einer Vor- und Hauptuntersuchung validiert (1). Die Hauptuntersuchung in 60 Arztpraxen<sup>2</sup> fand im

<sup>1</sup> Teilprojekt 3 im Verbundprojekt „Qualitätsmanagement in der Arztpraxis“, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit.

<sup>2</sup> Die insgesamt 60 niedergelassenen Ärzte (Allgemein- und Fachärzte), die nicht an der Voruntersuchung teilgenommen hatten, waren in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zu Beginn des Jahres 1997 rekrutiert worden.

Frühjahr 1997 statt. Jede teilnehmende Praxis erhielt einen Satz von 50 Befragungssets (Anschreiben, Fragebogen, adressierter und frankierter Briefumschlag) mit der Bitte, die Unterlagen an drei aufeinanderfolgenden Tagen an alle Patienten der Zielgruppe<sup>3</sup> fortlaufend zu verteilen. Der Fragebogen sollte **nach** dem Arztbesuch, wenn möglich zu Hause, ausgefüllt werden und anonym an die Medizinische Hochschule Hannover geschickt werden.

Alle teilnehmenden Ärzte erhielten im Juli 1997 eine fünfseitige, schriftliche Ergebnismitteilung, die eine tabellarische Zusammenstellung der Patientencharakteristika sowie eine grafische Darstellung (Balkendiagramm) der Ergebnisse zur Zufriedenheit der Patienten in den aus der psychometrischen Prüfung identifizierten Skalen – Praxisorganisation (4 Items), Information/Wirksamkeit (8 Items), Interaktion (8 Items) – und das Gesamturteil der Patienten umfaßte (1). Die Darstellung beinhaltete auch einen Vergleich der Ergebnisse der Einzelpraxis mit den jeweiligen Mittelwerten über alle teilnehmenden Praxen.

<sup>3</sup> An der Patientenbefragung konnten alle erwachsenen Patienten (18 Jahre und älter) teilnehmen, die während des Befragungszeitraumes die Praxis der teilnehmenden Ärzte besuchten. Darüber hinaus waren keine weiteren Einschlusskriterien (z.B. bestimmte Altersgruppen, bestimmte Erkrankungen) vorgesehen.



## Material und Methoden

Die Akzeptanz und Relevanz der Patientenbefragung durch die Ärzte sowie Aspekte der Umsetzung von Patientenpräferenzen in das Qualitätsmanagement wurden im Rahmen einer standardisierten Befragung im November 1997<sup>4</sup> bei allen an der Hauptuntersuchung teilnehmenden Ärzten erhoben (n = 60, 61,7% Allgemeinärzte bzw. Internisten ohne Zusatzbezeichnung, 39,3% verschiedene Fachgebiete, z.B. Chirurgie, Gynäkologie, Dermatologie). Der Fragebogenrücklauf (nach einer Erinnerung) betrug 85% (n = 51), wobei hausärztliche und fachärztliche Praxen entsprechend ihres Anteils an der Grundgesamtheit antworteten (63,3% Allgemeinärzte und Internisten ohne Zusatzbezeichnung, 35,3% Fachärzte). Die an der Befragung teilnehmenden Ärzte waren überwiegend männlich (84%), im Durchschnitt 50 Jahre alt (37–62), zu 54% in einer Einzelpraxis tätig, zu 32% in Gemeinschaftspraxis. Die Niederlassungsdauer lag im Durchschnitt bei 12,4 Jahren, mit einer durchschnittlichen Patientenversorgung von 275 Patienten pro Woche und 1000 Krankenscheinen im Quartal (Median).

Die Auswertungen erfolgten deskriptiv auf der Basis von Häufigkeitsverteilungen und Kreuztabellen. Multivariate Analysen wurden aufgrund der geringen Fallzahl nicht durchgeführt.

## Erwartungen an Patientenbefragungen und Organisation der Befragung

Die teilnehmenden Ärzte erhofften sich von der Patientenbefragung am häufigsten Aufschlüsse über mögliche Schwachstellen in der Praxisorganisation (90%), in der Arzt-Patient-Interaktion (82%) und im Informationsverhalten (59%). In deutlich geringerem Umfang haben Gründe wie „Marketing“ (33%), „Argumentationshilfe in gesundheitspolitischen Diskussionen“ (22%) oder „wissenschaftliches Interesse“ (18%) die Ärzte zur Teil-

nahme an der Patientenbefragung bewogen.

In 80% der Praxen wurden die Befragungsunterlagen durch das Praxispersonal ausgegeben, 20% der Ärzte haben persönlich das Material an die Patienten überreicht. Die Anzahl der Befragungsunterlagen (50 Sets) und die Dauer der Befragung (3 Tage) wird von ca. zwei Drittel der Ärzte als angemessen bezeichnet, wobei sich tendenziell zeigt, daß Ärzte, aus deren Praxen überdurchschnittlich viele Patienten geantwortet haben, die Anzahl der Befragungsunterlagen häufiger als angemessen bezeichnen. Ein Drittel der Ärzte ist der Meinung, daß mehr Befragungsunterlagen (zwischen 100 und 600) ausgeteilt werden sollten, die Mehrheit dieser Gruppe befürwortet eine Ausgabe von 100 Fragebögen.

Auf die Durchführung der Patientenbefragung hat das Personal in den beteiligten Praxen im wesentlichen positiv reagiert: 37% äußerten sich „sehr zustimmend“, 57% zumindest „eher zustimmend“, explizit ablehnend 6%.

Unerwartet zurückhaltend reagierten die Patienten selbst auf die Durchführung der Befragung, so jedenfalls die Wahrnehmung der Ärzte. Nur 20% der teilnehmenden Ärzte gaben an, die Patienten hätten „sehr zustimmend“ reagiert (71% „eher zustimmend“), während bei knapp 10% der Ärzte die Patienten „eher ablehnend“ oder sogar „sehr ablehnend“ reagiert haben.

Den Aufwand für die Durchführung der Patientenbefragung insgesamt beurteilen 6% der beteiligten Ärzte als „sehr gering“ und weitere 77% als „eher gering“.

## Einfluß auf den Antwortrücklauf von Patientenbefragungen

In bivariaten Analysen wurden Einflußfaktoren auf die Bereitschaft der Patienten, einen schriftlichen Fragebogen auszufüllen, unter-

sucht. Dabei zeigte sich, daß der Antwortrücklauf tendenziell höher ist, wenn

- die Befragungsunterlagen durch den Arzt ausgeteilt werden (Ausgabe durch den Arzt: 60% der Praxen überdurchschnittlicher<sup>5</sup> Rücklauf; Ausgabe durch Praxispersonal: 49% überdurchschnittlicher Rücklauf, p = n.s.)
- das Praxispersonal positiv gegenüber der Befragung eingestellt ist („sehr zustimmendes Personal“: 63% der Praxen überdurchschnittlicher Rücklauf, „ablehnendes Personal“: 44% der Praxen überdurchschnittlicher Rücklauf, p = n.s.)
- die Patienten positiv gegenüber der Befragung eingestellt sind („sehr zustimmende Patienten“: 80% der Praxen überdurchschnittlicher Rücklauf, „ablehnende“ Patienten: 44% der Praxen überdurchschnittlicher Rücklauf, p < 0.05)
- die Ärzte mehr Zeit pro Patient zur Verfügung haben (p < 0.05).

## Beurteilung der Rückmeldung

Die Einschätzung der formalen Gestaltung der Rückmeldung durch die Ärzte erfolgt nicht unabhängig vom Inhalt der Rückmeldung. So zeigt sich, daß nahezu alle formalen Aspekte der Rückmeldung eher positiv bewertet werden, wenn die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit wie erwartet oder besser als erwartet sind bzw. wenn die Patienten „zufriedener“ sind. Tab. 1 zeigt exemplarisch die Abhängigkeit der Bewertung des „Informationsgehaltes der Rückmeldung“ von den Ergebnissen der Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Interaktion sowie mit dem Informationsverhalten des Arztes. Weitere Subgruppenanalysen belegen, daß Anregungen für Veränderungen der täglichen Arbeit bzw. für das Qua-

<sup>5</sup> „Überdurchschnittlicher“ Rücklauf: Rücklaufquote höher als der mittlere Rücklauf, d.h. größer als 48%.

<sup>4</sup> Ca. 4 Monate nach dem Versand der Ergebnisse der Patientenzufriedenheitserhebung.



litätsmanagement von niedergelassenen Ärzten tendenziell eher gewonnen werden, wenn die formale Gestaltung der Rückmeldung positiv eingeschätzt wird.

## Implikationen für das Qualitätsmanagement

Die in Abbildung 1 dargestellten Ergebnisse belegen, daß zwischen 41% und 63% der Ärzte die Ergebnisse zu den einzelnen Dimensionen der Patientenzufriedenheit erwartet haben. Besser als erwartet fielen vor allem das Gesamturteil der Patienten und die Bewertung der Praxisorganisation aus. Schlechter als erwartet wurden dagegen die Ergebnisse zum Informationsverhalten eingeschätzt. Zwei Drittel der befragten Ärzte (65%) haben Anregungen für das Praxismanagement gewonnen und diese mehrheitlich umgesetzt (mehr Zeit für Patienten, mehr Information, Praxisorganisation, Terminvergabe). Die von den Ärzten gewonnenen Anregungen beziehen sich ebenso wie die geplanten bzw.

durchgeführten Veränderungen direkt auf die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit bzw. der -unzufriedenheit. Am stärksten ausgeprägt und selbst bei der geringen Fallzahl statistisch signifikant ist dabei die Beziehung zwischen der (Un-)Zufriedenheit der Patienten mit der Interaktion und den Aussagen der Ärzte, Anregungen für eine veränderte Interaktion erhalten zu haben.

## Einstellung der niedergelassenen Ärzte zu Patientenbefragungen als Instrument für ein Qualitätsmanagement

Nach ihren bisherigen Erfahrungen halten mehr als die Hälfte der Ärzte schriftliche Patientenbefragungen „auf jeden Fall“ für ein geeignetes Instrument des Qualitätsmanagements, mehr als ein Drittel sind der Meinung, daß solche Befragungen unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll in Qualitätsmanagementaktivitäten einfließen können. 10% der befragten Ärzte dagegen halten Patientenbefragungen für (eher) un-

geeignet. Die Einschätzung der Eignung von Patientenbefragungen generell wirkt sich dabei erwartungsgemäß auch auf die Bereitschaft der Ärzte aus, an einer erneuten Patientenbefragung teilzunehmen ( $p < 0.001$ ).

In Subgruppenanalysen wurde untersucht, welche Faktoren die Einstellung der niedergelassenen Ärzte in bezug auf Patientenbefragungen beeinflussen. Dabei zeigt sich erwartungsgemäß, daß die Bereitschaft zu einer erneuten Durchführung der Patientenbefragung höher ist und Patientenbefragungen eher als geeignetes Instrument für Qualitätsmanagement angesehen werden, wenn die Reaktion der Patienten zustimmend ist ( $p < 0.05$ ); der Aufwand zur Durchführung gering eingeschätzt wird ( $p < 0.001$ ); der Informationsgehalt ( $p < 0.05$ ), die Verständlichkeit ( $p < 0.05$ ) und die grafische Aufbereitung ( $p = 0.08$ ) der Rückmeldung positiv beurteilt werden; und wenn Anregungen für Veränderungen gewonnen wurden ( $p < 0.05$ ).

## Künftige Patientenbefragungen – Ansichten der teilnehmenden Ärzte

Ein wesentliches Element von Patientenbefragungen im Qualitätsmanagement ist die Rückmeldung der praxisspezifischen Ergebnisse im Vergleich zu den Werten anderer Praxen. Im vorliegenden Projekt wurden den Einzelergebnissen die Durchschnittswerte aller teilnehmenden Praxen gegenübergestellt. Die in Abbildung 2 dargestellten Daten belegen, daß unter den Ärzten eine klare Präferenz für facharztspezifische Vergleichswerte (einer repräsentativen Stichprobe) besteht. Dabei wird Durchschnittswerten der eindeutige Vorzug vor „dem besten Wert“ einer Praxis gegeben. Bei der Frage, wie vergleichende Daten aus unterschiedlichen Praxen erhoben werden sollen, ist das Votum der teilnehmenden Ärzte

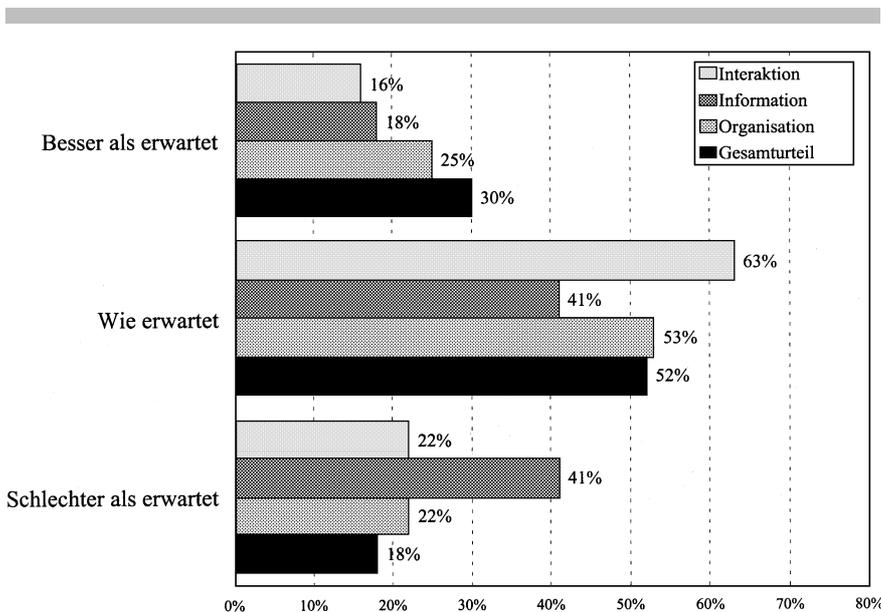
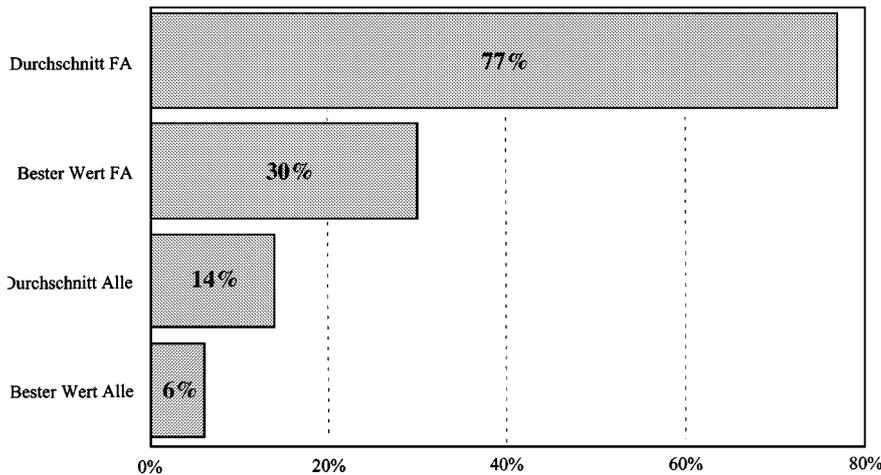


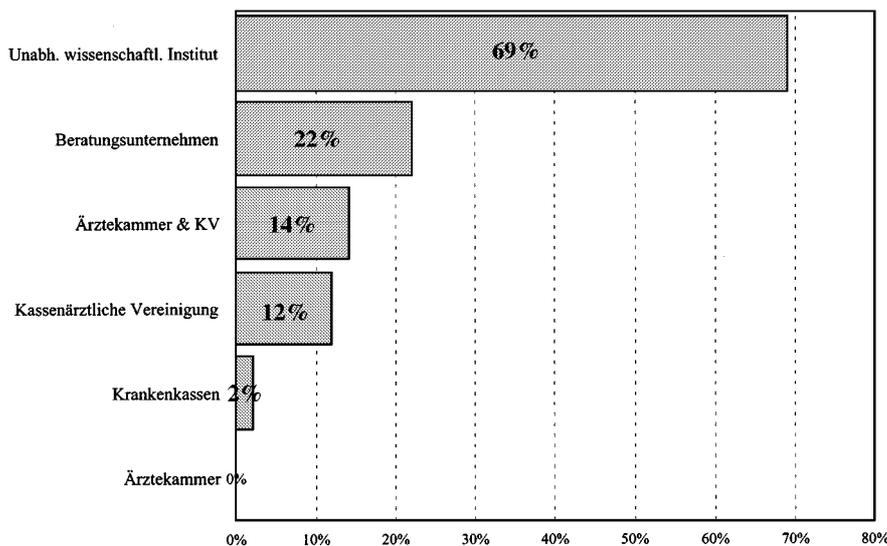
Abb. 1. Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit im Vergleich zur Erwartung der Ärzte ( $n = 51$ ).



**Abb. 2.** Vergleichswerte für Patientenzufriedenheit (Mehrfachnennungen möglich). (FA: Wert einer Facharztgruppe, Alle: Wert über alle Arztgruppen)

eindeutig: 69% sind der Ansicht, daß Referenzwerte am ehesten von einem unabhängigen wissenschaftlichen (Hochschul-)Institut erhoben, ausgewertet und verwaltet werden sollten. Privatwirtschaftliche Beratungsunternehmen, gemeinsame Einrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und

der Ärztekammer oder die Kassenärztliche Vereinigung wurden dagegen deutlich seltener genannt (zwischen 22% und 12%). Die Ärzte wurden um weitere Anregungen zum Thema Patientenbefragungen gebeten. Häufig angesprochen wurde in diesem Zusammenhang das Thema Repräsentativität



**Abb. 3.** Die aus der Sicht der teilnehmenden Ärzte geeigneten Institutionen, um Referenzwerte zur Patientenzufriedenheit zu erheben (Mehrfachnennungen waren möglich).

der Befragung und die Befürchtung, daß die antwortenden Patienten nicht die „typischen Patienten der Praxis“ repräsentieren.

## Diskussion

Um aussagekräftige Ergebnisse aus Patientenbefragungen zu erhalten, sollte ein möglichst hoher Antwortrücklauf angestrebt werden (3).

Dabei ist der Rücklauf nicht nur abhängig vom eingesetzten Erhebungsinstrument<sup>6</sup>, sondern auch vom Verteilungsmodus innerhalb der Praxis und von der Akzeptanz einer Patientenbefragung bei den Praxismitarbeitern. Es hat sich gezeigt, daß das in der vorliegenden Untersuchung gewählte Procedere praktikabel ist und daß der positiven Einstellung von Praxisinhaber und Praxispersonal zur Durchführung einer Patientenbefragung eine zentrale Bedeutung zukommt. Wenn also Patientenbefragungen erfolgreich in der Arztpraxis durchgeführt werden sollen, müssen Anstrengungen unternommen werden, einerseits die Akzeptanz der Patienten zu fördern, andererseits auch die Akzeptanz seitens der Praxisinhaber und des Praxispersonals zu erhöhen.

Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Qualität der Rückmeldungen und der Zufriedenheit der Patienten einerseits macht deutlich, daß die Beurteilung formaler Parameter auch durch das Ergebnis, das durch diese Parameter transportiert wird, beeinflusst wird. Für künftige Untersuchungen sollten verschiedene Formen der Rückmeldung systematisch auf ihre Akzeptanz und die Interdependenz mit den Ergebnissen untersucht

<sup>6</sup> Beispielsweise betrug der Rücklauf in der Voruntersuchung, in der ein 6-seitiger Fragebogen eingesetzt wurde, 35,8%, während in der Hauptuntersuchung, die mit einem 3-seitigen Fragebogen erfolgte, 46,2% der Patienten antworteten.



**Table 1.** Einschätzung des Informationsgehaltes der Rückmeldung in Abhängigkeit vom Inhalt der rückgemeldeten Ergebnisse (Patientenzufriedenheit).

Informationsgehalt der Rückmeldung	Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patient-Interaktion		
	Unzufrieden	Eingeschränkt zufrieden	Zufrieden
Zuviel Information	6%	5%	8%
Genau richtig	68%	79%	81%
Zuwenig Information	27%	17%	12%
p < 0.001			
Patientenzufriedenheit mit dem Informationsverhalten			
Zuviel Information	5%	5%	8%
Genau richtig	75%	78%	81%
Zuwenig Information	20%	16%	11%
p < 0.01			

**Table 2.** Anregungen für Veränderungen in Abhängigkeit von der Zufriedenheit mit der formalen Gestaltung der Rückmeldung (n = 51).

Anregungen für Veränderungen	Zufriedenheit mit der Rückmeldung insgesamt		
	zufrieden	eingeschr. zufrieden	unzufrieden
Ja	21%	37%	80%
Nein	79%	63%	20%
p < 0.05			

werden. Eine weitere Forschungsfrage ergibt sich im Hinblick darauf, welche formalen Aspekte die positive Einschätzung der Rückmeldung am stärksten beeinflussen. Dies konnte aufgrund der geringen Fallzahlen in der vorliegenden Studie nicht tiefgehend analysiert werden, hier konnte lediglich gezeigt werden, daß Anregungen für Veränderungen der täglichen Arbeit bzw. für ein Qualitätsmanagement von niedergelassenen Ärzten tendenziell eher gewonnen werden, wenn die formale Gestaltung der Rückmeldung positiv eingeschätzt wird. Ungeachtet möglicher Optimierungspotentiale bei der formalen Gestaltung der Rückmeldung haben die befragten Ärzte neben einer Be-

stätigung der eigenen Einschätzung ihrer Arbeit auch in erheblichem Umfang neue Informationen erhalten und konkrete Anregungen für die tägliche Arbeit gewonnen. Positiv einzuschätzen ist der Umstand, daß in den teilnehmenden Praxen mehrheitlich Anstrengungen unternommen wurden, die durch die Patientenbefragung gewonnenen Erkenntnisse in die tägliche Arbeit einfließen zu lassen. Für künftige vergleichende Patientenbefragungen sind unterschiedliche Referenzwerte vorstellbar. Das eindeutige Votum der niedergelassenen Ärzte für facharztspezifische Durchschnittswerte ist nachvollziehbar. Solche Referenzwerte sind vor allem dann sinnvoll, wenn sich substantielle Unterschiede im Ni-

veau der Patientenzufriedenheit je nach Spezialisierung des Arztes ergeben oder wenn sich zeigt, daß die einzelnen Dimensionen der Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit von der fachärztlichen Ausrichtung einen unterschiedlichen Stellenwert besitzen<sup>7</sup>.

Denkbar wäre auch, in Anlehnung an das in der industriellen Qualitätssicherung durchgeführte Benchmarking den jeweils besten Wert, den eine Praxis erreicht, als Vergleich anzugeben.

Die Erhebung und Verwaltung von Referenzwerten sollte nach Ansicht der niedergelassenen Ärzte durch ein wissenschaftliches Institut erfolgen, wobei diese Präferenz vornehmlich aus der gebotenen Neutralität und Vertraulichkeit, mit den Daten zur Patientenzufriedenheit aus der Sicht der Ärzte behandelt werden sollten, resultieren dürfte. Sollen Patientenbefragungen als kontinuierliches Instrument des externen Qualitätsmanagements eingesetzt werden, müssen daher Wege gefunden werden, die von den niedergelassenen Ärzten auf hinreichende Akzeptanz stoßen.

Die in den Klartextangaben von den Ärzten geäußerten Bedenken hinsichtlich der Repräsentativität der erhobenen Daten haben ihre Berechtigung, betrachtet man die große Variabilität des Rücklaufs in der Patientenbefragung zwischen 2% bis 72% in den einzelnen Praxen (1). Aus dieser Variabilität in Verbindung mit den zuvor dargestellten Ergebnissen zur Akzeptanz des Procederes lassen sich aber auch Hinweise darauf ableiten, daß der in der Hauptuntersuchung erzielte durchschnittliche Antwortrücklauf von knapp 50% weiter erhöht werden kann. Insgesamt kann das Problem der Repräsentativität jedoch nicht völlig gelöst werden,

<sup>7</sup> In der vorliegenden Untersuchung wurden aufgrund der geringen Anzahl von Praxen jeweils gleicher fachärztlicher Ausrichtung keine facharztspezifischen Vergleichswerte berechnet.

da auch bei einem höheren Antwortrücklauf (z.B. 70%) systematische Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden können. Auf der Basis der vorliegenden Untersuchung kann das Vorhandensein solcher Verzerrungen nur ansatzweise analysiert werden, wobei sich jedoch keine Hinweise für Unterschiede in der Patientenzufriedenheit in Praxen mit überdurchschnittlichem bzw. unterdurchschnittlichem Rücklauf ergeben haben. Zudem kann die facharzt-spezifische Analyse der Patientencharakteristika vorsichtig dahingehend interpretiert werden, daß es mit dem gewählten Procedere möglich ist, ein arzt-spezifisches Patienten-klientel zu erreichen (1).

In zukünftigen Befragungen sollten jedoch zusätzlich detaillierte Informationen zum Praxisklientel der Praxen erhoben werden, um diese Informationen mit den Angaben der Patienten, die an der Befragung tatsächlich teilnehmen, zu vergleichen.

Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument im Qualitätsmanagement. Für den zukünftigen, evtl. routinemäßigen Einsatz von Patientenbefragungen in der ambulanten Versorgung können abschließend folgende Empfehlungen ausgesprochen werden:

- Es sollten mindestens 50 Befragungsunterlagen in einer Praxis ausgeteilt werden, eine höhere Anzahl kann individuell mit dem Arzt vereinbart werden.
- Die positive Einstellung des Arztes und des Praxispersonals zu einer Patientenbefragung sollte gefördert werden.
- Der persönliche Einsatz des Arztes bei der Weitergabe der Fragebögen an die Patienten verbessert den Antwortrücklauf.
- Der Stellenwert von Patientenbefragungen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung muß den Patienten vermittelt werden.
- Der Gestaltung der Rückmeldung der Ergebnisse an den Arzt (Verständlichkeit, grafische Aufberei-

tung) sollte ein hoher Stellenwert beigemessen werden.

- Repräsentative facharzt-spezifische Werte zur Patientenzufriedenheit sollten als Vergleichs- bzw. Referenzwerte erhoben werden.
- Die Referenzwerte sollten von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut erhoben, ausgewertet und verwaltet werden.

## Schlußfolgerungen

*Patientenbefragungen sind ein wichtiges Instrument im Qualitätsmanagement. Für den Einsatz in der ambulanten Versorgung können folgende Empfehlungen ausgesprochen werden:*

*Es sollten mindestens 50 Befragungsunterlagen in einer Praxis ausgeteilt werden, eine höhere Anzahl kann individuell mit dem Arzt vereinbart werden.*

*Die Verteilung der Fragebögen an die Patienten durch den Arzt/die Ärztin persönlich verbessert den Antwortrücklauf.*

*Der Gestaltung der Rückmeldung der Ergebnisse an den Arzt (Verständlichkeit, grafische Aufbereitung) sollte ein hoher Stellenwert beigemessen werden.*

*Repräsentative facharzt-spezifische Werte zur Patientenzufriedenheit sollten als Vergleichs- bzw. Referenzwerte erhoben werden.*

*Die Referenzwerte sollten von einem unabhängigen wissenschaftlichen Institut erhoben, ausgewertet und verwaltet werden.*

## Abstract

### Surveys on patient satisfaction in ambulatory care – Practicability, acceptance and relevance from the physician perspective

Surveys on patient satisfaction have become an integral part in quality management. Adequate survey conduction and appropriate feed back of survey results are essential prerequisites for a successful transfer of survey results into prac-

tice. During the validation of a new instrument to assess patient satisfaction in ambulatory care, we assessed the practicability, acceptance and relevance of the procedure used in this study (distribution and return of questionnaires, preparation of results and comparative feed back) from the perspective of the participating physicians (N=60). Our results confirm, that physicians gain a considerable amount of information on quality of care from the patient's perspective, provided that results are fed back appropriately. Two thirds of the participating physicians (65%) obtained ideas and suggestions for quality management and improvement. Most of the ideas were realised at the time the physician survey took place. Recommendations for conducting patient surveys in ambulatory care and feed back of survey results for participating physicians are presented.

**Key words:** patient surveys, ambulatory care, general practice, quality management

## Literatur

1. Bitzer EM, Dierks ML, Dörning H, Schwartz FW (1999) Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstruments. *Z f Gesundheitswiss* 3:196–209
2. Blum K (1998) Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen: Einflußfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Weinheim, München
3. Fitzpatrick R (1991) Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations. *BMJ* 302: 887–889
4. Freemantle N, Grilli R., Grimshaw J, Oxman A (1995) Implementing findings of medical research. The Cochrane Collaboration on Effective Professional Practice. *Quality in Health Care* 4: 45–47
5. Potthoff P (1997) Monitoring health outcomes in ambulatory treatment of headache patients. In: Long AF, Bitzer EM (eds) *Health Outcomes and evaluation: context, concepts and successful applications*. Leeds, 1997: 113–119
6. Ruprecht Th (Hrsg.) (1998) Experten fragen – Patienten antworten. *Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. Sankt Augustin, Asgard
7. Sturm H, Trojan A, Hildebrandt H (1998) Wie reagieren Krankenhäuser auf ihre Beurteilung durch vergleichende Patientenbefragungen – Ergebnisse einer Befragung



von Krankenhausleitungen zum Nutzen und zu den Effekten der DAK-Versicherungsbefragung in Hamburg. In: Rupprecht Th. (Hrsg.) Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. St. Augustin: 139–150

8. Trojan A (1998) Warum sollen Patienten gefragt werden? In: Rupprecht Th. (Hrsg.) Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. St. Augustin: 15–30

#### Korrespondenzadresse:

Frau Dr. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover  
Tel.: 0511 532 4458, Fax: 0511 532 5347

### Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente? – Perspektiven für die Rehabilitation

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über eine angemessene Vorgehensweise bei speziellen Problemen. Sie sollen bei der Beantwortung der jeweiligen Fragestellung Handlungs- und Entscheidungskorridore markieren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann. In der Medizin können Leitlinien bei ärztlichen Entscheidungsprozessen im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung der Patienten helfen. Sie sind Bestandteil von Programmen zur Qualitätssicherung und -verbesserung. Leitlinien können Einfluss nehmen auf Aus-, Weiter- und Fortbildung, auf Wissen, Einstellung und Verhalten von Ärzten, von Mitgliedern anderer Berufe im Gesundheitswesen und medizinischen Laien. Sie sollen Versorgungsergebnisse verbessern, Risiken minimieren sowie Behandlungssicherheit und Wirtschaftlichkeit erhöhen. Leitlinien stellen auch ein Instrument dar zur Vermeidung medizinisch nicht indizierter Diagnose- und Behandlungsverfahren und unterstützen die informierte Entscheidung von Patienten bei der Wahl von Therapiealternativen.

Für die Rentenversicherung haben die indikationsspezifischen Rahmenkonzepte der Reha-Kommission von 1991 als Expertenergebnis bereits Leitliniencharakter. Die Definition von Qualitätsstandards als Bestandteil des von der BfA entwickelten Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung muss ebenfalls in diesem Zusammenhang genannt werden. 1999 war die BfA mit der Veröffentlichung der Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit „Vorreiter“ auf dem Gebiet der sozialmedizinischen Beurteilung. Darüber hinaus fördert die BfA ein Forschungsprojekt zum Thema Leitlinien zur kardialen Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und engagiert sich bei rehabilitationswissenschaftlichen Fragestellungen und der Versorgungssystemforschung.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Veranstaltung „**Leitlinien als medizinische und ökonomische Steuerungsinstrumente? – Perspektiven für die Rehabilitation**“<sup>1</sup> zu sehen, die am

28. und 29.2.2000 in Berlin stattfand. Die Tagung wurde von der BfA im Zusammenhang mit dem Institut für Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsmanagement (IGM) und in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) veranstaltet und von über 200 Reha-Medizinern, anderen Reha-Experten und Vertretern von Reha-Einrichtungen sowie Leistungsträgern besucht.

In dem von **Prof. em. Dr. Arnold** stammenden Einleitungsvortrag wurde angesichts des veränderten Morbiditätsspektrums mit Zunahme chronischer Krankheiten eine Neuorientierung in der Medizin gefordert. Statt der im Vordergrund stehenden Heilung müssten andere Ziele verfolgt werden, wie z. B. Beschwerden lindern, Krankheitsfortschreitung verlangsamen, Alltagsfähigkeit gewährleisten, Krankheitsbewältigung ermöglichen, Berufstauglichkeit wiederherstellen, Behinderungen kompensieren. Entsprechend müssen in der Krankheitsversorgung multiprofessionell präventive, kurative, rehabilitative und palliative Elemente enthalten sein.

**Prof. Dr. Schwartz**, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, hat in seinem Beitrag Leitlinien als mögliche Steuerungsinstrumente beleuchtet. Als Voraussetzung für die erfolgreiche Anwendung erläutert Schwartz, dass Leitlinien auf einem umfassenden Konsens beruhen müssen zwischen Wissenschaft und Politik einerseits, Experten und Anwendern andererseits. Zugleich seien sie mit den Interessen der betroffenen Gruppen abzustimmen.

Der Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesministerium für Gesundheit, **Dr. Schulte-Sasse**, referierte über Leitlinien als Steuerungsinstrument aus Sicht der Gesundheitspolitik. Neben Fachärzten sollten verstärkt Allgemeinärzte und Patientenvertreter in die Leitlinienentwicklung einbezogen werden, der wirkungsvolle Einsatz könne aber nur durch komplementäre ökonomische Anreize erreicht werden. Schulte-Sasse kündigte an, rehabilitative Kompetenzen verstärkt in seiner Abteilung bündeln zu wollen.

**Prof. Dr. Ollenschläger** von der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) bezog sich in seinem Vortrag auf die Implementierung von Leitlinien. Darin setzte er sich u. a. mit Informationsmanagement, Einbeziehung von Anreizsystemen, einem Leitlinien-Informations- und -Fortbildungsprogramm für Fachberufe im Gesundheitswesen, leitlinienge-

<sup>1</sup> Ein ausführlicher Bericht über die Tagung erscheint in der DAngVers/Hefte April 2000. Die Veröffentlichung der gesamten Beiträge einschließlich wichtiger Diskussionsbeiträge wird vorbereitet.



stützten Dokumentationsmodulen sowie einem Patienteninformationssystem auseinander. Durch die seit dem 1.1.2000 gültigen Vorgaben zur Berücksichtigung leitliniengestützter Kriterien für zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung (§ 137 e SGB V) erwartet Ollenschläger eine Forcierung der Leitlinien-Implementation im Gesundheitswesen.

Die ökonomische Dimension medizinischer Leitlinien erörterte **Prof. Dr. Neubauer** von der Universität der Bundeswehr in Neubiberg, indem er die komplementäre Wirkungsweise von Vergütung und Leitlinien beschrieb. In der Diskussion zu diesem Beitrag wurden Kosten-Nutzen-Analysen medizinischer Interventionen angesprochen.

Die Leitende Ärztin der BfA Frau **Dr. Korsukéwitz** erläuterte unter dem übergeordneten Gesichtspunkt der wechselseitigen Beziehung zwischen Leitlinien und Qualitätssicherung grundsätzliche Themenbereiche der Leitliniendiskussion in der Rentenversicherung. Darüber hinaus wurde die Ermittlung verschiedener Therapieprofile bei gleicher Reha-Indikation auf der Basis einer Suche von Gruppengemeinsamkeiten (Clusteranalysen von empirischen KTL-Daten) diskutiert. Unterschiedliche Fallgruppen und Behandlungscluster sind aus der systematischen Analyse von Entlassungsberichtsdaten direkt ableitbar und werden in die weitere Konzept- und Qualitätsdiskussion einfließen.

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung berichtete **Dr. Straub** vom Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. (VdAK). Er betrachtete Leitlinien als Reflektion medizinischer, ökonomischer und sozialer Wirkungen von Versorgungsentscheidungen. Die Problematik einer möglichen Leistungsausweitung durch die Einführung von Leitlinien und damit Kostensteigerung im Gesundheitswesen verwies Straub an die Politik als zuständigen Entscheidungsträger in der Frage, wie viel Geld eine Gesellschaft für ihre Gesundheit auszugeben bereit sei.

Herr **Clausing**, Mitglied des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) referierte aus Sicht der Leistungserbringer zum Thema Umsetzung von Leitlinien in die Praxis der medizinischen Rehabilitation.

Da die Implementierung von Leitlinien Auswirkungen auf die strukturelle Ausstattung inklusive Leistungsausweitungen nach sich ziehen könnte, wird die Frage gestellt, ob der Leistungsnachfrager die Behandlung nach Leitlinien fordern und ob er dies auch durch entsprechend angepasste Pflegesätze honorieren wird. Diese Ausführungen zogen in der folgenden Diskussion Widerspruch nach sich. Konträre Gesichtspunkte wurden durch den zum Ausdruck gebrachten Willen der Leistungsträger zu einem partnerschaftlichen Vorgehen mit den Leistungserbringern angenähert und schließlich aufgelöst durch die Empfehlung, den Beginn der Leitliniendiskussion als Signal für das Bemühen um weitere Qualitätsverbesserung zu sehen.

Über das von der BfA geförderte Projekt zur Erstellung von Leitlinien in der Rehabilitation berichtete **Dr. Helou** von der Medizinischen Hochschule Hannover. Vorgestellt wurden Ergebnisse zur Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit und nach Schlaganfall. Zentrale Aspekte dabei waren Alltagsbezogenheit, Patientenorientierung und kontinuierliche Überarbeitung der Leitlinien unter Einbeziehung der Mitarbeiter vor Ort.

**Prof. Dr. Müller-Farnow**, Humboldt-Universität zu Berlin, stellte den Beitrag der Reha-Forschung zur Leitliniendiskussion vor. Dabei wurde der Bedarf an Leitlinien bei Diskrepanzen zwischen Ist- und Soll-Behandlungsstandards besprochen. Des Weiteren wurden Forschungsergebnisse präsentiert, denen zufolge z. B. eine unzureichende Information der Rehabilitanden über Nachsorgemöglichkeiten besteht und Verbesserungen abzuleiten seien.

Das Ziel der Tagung, die Leitliniendiskussion im Bereich der Rehabilitation zu fördern, ist in Zusammenarbeit mit namhaften Experten aus Politik, Hochschule und Gesundheitswesen erreicht worden.

Tim Köhler  
BfA, 10704 Berlin  
Tel.: 030/86527332

## Ankündigung

### 3. Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin „Palliativmedizin“ Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung

Vom 28. bis 30. September 2000

Ort: Göttingen/Hörsaal Universität

#### Themen:

- Palliativmedizin in Europa
- Schmerztherapie und Symptomkontrolle
- Psychosoziale Aspekte
- Kooperation und Hospizarbeit

Auskunft: Medizinische Congressorganisation, Zerzabelshofstr. 29, 90478 Nürnberg,  
Tel.: 0911/39 31 60, Fax: 0911/33 12 04  
e-mail: men@men-nuernberg.de

