

Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2019

Was beeinflusst die Weiterempfehlungsbereitschaft von Patienten?

Eine Auswertung und Analyse von mehr als 150.000 Patientenbewertungen, Arzt-Arzt-Bewertungen und weiteren Faktoren



Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2019:

Was beeinflusst die Weiterempfehlungsbereitschaft von Patienten?

Eine Auswertung und Analyse von mehr als 150.000 Patientenbewertungen, Arzt-Arzt-Bewertungen und weiteren Faktoren

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Dr. rer. pol. Konrad Obermann

Mannheimer Institut für Public Health MIPH

Universität Heidelberg

konrad.obermann@medma.uni-heidelberg.de

Analysen:

Prof. Dr. Axel Faix, Fachhochschule Dortmund

Weitere Autoren:

Stefanie Woerns, Stiftung Gesundheit

Dr. Peter Müller, Stiftung Gesundheit

Beiträge:

Die Idee zu dieser Auswertung entstand in der Stiftung Gesundheit. Seit 2005 veröffentlicht die Stiftung Gesundheit jährlich eine Analyse. Obermann, Müller und Woerns haben an dem Manuskript mitgewirkt.

Inhalt

1	Einführung.....	6
2	Hintergrund.....	7
2.1	<i>Die Stiftung Gesundheit</i>	7
2.2	<i>Die Entwicklung der Arztbewertungsportale</i>	7
2.3	<i>Hilfe bei der Suche nach dem „guten“ Arzt: Das Stärken-Profil.....</i>	8
2.3.1	<i>Patientenzufriedenheit</i>	8
2.3.2	<i>Medizinische Reputation (Arzt-Arzt-Bewertung)</i>	9
2.3.3	<i>Patientenservice</i>	9
2.3.4	<i>Qualitätsmanagement</i>	9
3	Material und Methoden	10
3.1	<i>Datenbasis</i>	10
3.1.1	<i>Datenbasis Arztbewertungen durch Patienten (Empfehlungspool)</i>	10
3.1.2	<i>Datenbasis Medizinische Reputation (Arzt-Arzt-Bewertung)</i>	11
3.1.3	<i>Datenbasis zu Patientenservices und Qualitätsmanagement.....</i>	12
3.1.4	<i>Datenbasis zur Weiterempfehlungsbereitschaft.....</i>	13
3.2	<i>Datenqualität</i>	14
3.3	<i>Aufbereitung</i>	14
4	Einflüsse auf die Weiterempfehlungsbereitschaft	15
4.1	<i>Soziodemographische Merkmale der Bewertenden.....</i>	15
4.1.1	<i>Einfluss des Geschlechts</i>	17
4.1.2	<i>Einfluss des Alters</i>	18
4.1.3	<i>Einfluss des Bildungsgrads.....</i>	19
4.1.4	<i>Einfluss der Art der Versicherung</i>	21
4.2	<i>Patientenzufriedenheit.....</i>	22
4.2.1	<i>Einfluss der Gesamtbewertung zur Patientenzufriedenheit.....</i>	22
4.2.2	<i>Einfluss der Einzelaspekte im Bereich Patientenzufriedenheit.....</i>	25
4.3	<i>Patientenservices.....</i>	27
4.4	<i>Medizinische Reputation</i>	28
4.5	<i>Qualitätsmanagement.....</i>	29

5	Ansätze zu einer Patiententypologie: Kombination von Merkmalen, um Gruppen mit unterschiedlicher Weiterempfehlungsbereitschaft zu identifizieren.....	30
5.1	<i>Privat krankenversicherte Personen Alter > 60</i>	32
5.2	<i>Privat krankenversicherte Personen männlichen Geschlechts in den Altersklassen 21–40 oder 41–60</i>	33
5.3	<i>Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Hauptschulabschluss oder Schüler/Berufsschüler, bis 20 Jahre alt</i>	34
5.4	<i>Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Mittlerer Reife im Alter zwischen 40 und 60 Jahren</i>	35
5.5	<i>Zusammenfassung</i>	35
6	Fazit und Ausblick.....	36

Allgemeine Anmerkungen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen in dieser Studie in der Regel die männliche Form verwendet. Diese gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

Da die zugrundeliegenden Daten die Kategorie „divers“ noch nicht abbilden, wird in dieser Auswertung noch die Dualität „Mann – Frau“ verwendet.

Ebenfalls aus Gründen der Praktikabilität und Lesbarkeit schließt der Oberbegriff „Arzt“ die Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten ein.

1 Einführung

Internet-Portale, auf denen Nutzer Hotels, Dienstleistungen oder das Restaurant um die Ecke bewerten können, gibt es seit rund zwei Jahrzehnten. Je mehr sich das öffentliche Bewerten im Internet etablierte, desto stärker wuchs auch bei Patienten der Wunsch, Mediziner auf diese Weise bewerten zu können, um bei der Suche nach dem passenden Arzt von den gesammelten Erfahrungen anderer – dem sogenannten Schwarmwissen – profitieren zu können.

In ihrem satzungsgemäßen Bestreben, Transparenz im Gesundheitswesen zu schaffen und Patienten Orientierung zu bieten, arbeitet die Stiftung Gesundheit bereits seit rund 20 Jahren daran, in dieser Frage für Patienten hilfreiche Kriterien zu definieren und diese wissenschaftlich fundiert zu erheben – anfangs in Zusammenarbeit mit der Universität Kiel und später mit weiteren renommierten Institutionen wie der Universität Hamburg, dem GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften und der Universität Heidelberg.

Heute sind Bewertungsportale allgegenwärtig, und Patienten stehen bei der Arztwahl deutlich mehr Informationen zur Verfügung als vor 20 Jahren. Dennoch ist weitere Forschung notwendig, um Instrumente entwickeln zu können, die ein passgenaues Matching von Arzt und Patient ermöglichen.

In der diesjährigen Studie untersuchen die Autoren die Weiterempfehlungsbereitschaft von Patienten als Indikator für ein gutes Arzt-Patient-Matching. Insbesondere steht dabei die Frage im Mittelpunkt, welche Faktoren die Weiterempfehlungsbereitschaft maßgeblich beeinflussen und inwiefern sich daraus Ansätze einer Patiententypologie ableiten lassen.

2 Hintergrund

2.1 Die Stiftung Gesundheit

Die Stiftung Gesundheit ist eine gemeinnützige, rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts mit Sitz in Hamburg. Sie betreibt und pflegt die Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung in Deutschland¹, die alle ambulant tätigen Ärzte, Zahnärzte und Psychologischen Psychotherapeuten abbildet – einschließlich Praxistyp und -größe, Fachrichtung, Subspezialisierungen, Fortbildungen sowie sozio- und geografischer Informationen zu den Leistungserbringern und Praxen bis hin zu Informationen zu Qualitätsmanagement, angebotenen Patientenservices und differenzierten Angaben zu Vorkehrungen der Barrierefreiheit.

Mit der Arzt-Auskunft (www.arzt-auskunft.de) betreibt die Stiftung Gesundheit das am längsten bestehende Portal in Deutschland, das Arztbewertungen ermöglicht. Sie hat mit verschiedenen innovativen Instrumenten die Diskussion um die Definition und Ermittlung „guter“ Ärzte maßgeblich vorangetrieben. Bereits seit dem Jahr 2001 – also schon lange vor der Entstehung der heutigen Arztbewertungsportale – erhebt die Stiftung Gesundheit die Patientenzufriedenheit². Das damalige Forschungsprojekt in Zusammenarbeit mit der Universität Kiel legte den Grundstein für die heutigen Arztbewertungsportale – damals noch gegen allerlei Widerstände. Im Jahr 2002 erwirkte die Stiftung Gesundheit das grundlegende, rechtskräftige Urteil, dass Arztbewertungen durch User im öffentlich einsehbaren Internet zulässig sind. Damit war Internet-Portalen fortan der Weg geebnet.

2.2 Die Entwicklung der Arztbewertungsportale

Im Jahre 2007, als die ersten der heutigen Arztbewertungsportale im Internet auftauchten, konstatierten noch rund 20 Prozent der Ärzte, dass dies ihrer Meinung nach verboten gehöre. Dies hat sich mittlerweile gewandelt.

Im Jahr 2008 gründete die Stiftung Gesundheit den Empfehlungspool – eine Kooperation zahlreicher Arztbewertungsportale (www.empfehlungspool.de). Die Kooperationspartner des Empfehlungspools halten definierte Qualitätsstandards ein, und verwenden einen gemeinsamen standardisierten Online-Fragebogen. Alle Mitgliedsportale nutzen die akkumulierten Bewertungen gemeinsam, was das Kernproblem vieler Anbieter – nämlich mangelnde Aussagekraft durch eine zu geringe Anzahl an abgegebenen Bewertungen – deutlich vermindert. Neben der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit zählen zu den Partnern des Empfehlungspools beispielsweise der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit seiner „Arztlotsen“-Familie, der Arztführer der Techniker Krankenkasse, die DAK sowie weitere Krankenversicherer.

Die Bewertungen, die bei den einzelnen Mitgliedsportalen abgegeben werden, durchlaufen zunächst ein umfangreiches Set von technischen Prüf- und Validierungsprozessen, um beispielsweise automatisierte, inkonsistente oder unvollständige Einträge auszufiltern. Zusätzlich erfolgt eine redaktionelle Sichtung durch qualifiziertes Personal, um Bewertungen mit beleidigenden oder angreifenden Freitextangaben zu eliminieren. Vor der Veröffentlichung wird der jeweilige Arzt über die Bewertung informiert, um Stellung nehmen oder nachweis-

¹ <https://www.stiftung-gesundheit.de/strukturdatenbank-der-aerztlichen-versorgung.htm>

² www.aerzteblatt.de/archiv/27286/Patienten-Zufriedenheit-Aerzte-werden-bewertet

lich falsche Angaben widerlegen zu können. Dabei wird unter anderem auch die Checkliste³ der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berücksichtigt.

Die validen Arztbewertungen aller Mitgliedsportale des Empfehlungspools werden anschließend zusammengeführt. Da die einzelnen Mitgliedsportale auf ihren User-Interfaces unterschiedliche Skalen verwenden – etwa das klassische Schulnotenprinzip, aber auch Punkte oder fünf Sterne – werden all diese Skalen zunächst auf eine Prozent-Skala umgerechnet und erst dann akkumuliert. Anschließend werden die Ergebnisse auf die jeweiligen Skalen und Darstellungsformen der kooperierenden Portale zurückprojiziert, um dort in der jeweils üblichen Darstellungsform und optischen Erscheinung dargeboten zu werden.

2.3 Hilfe bei der Suche nach dem „guten“ Arzt: Das Stärken-Profil

Jeder Patient hat eine individuelle Vorstellung von einem „guten“ Arzt: Der eine sucht einen Mediziner, der sich Zeit für das Gespräch nimmt und ausführlich berät. Dem nächsten ist wichtiger, dass sein Arzt modernste Untersuchungsverfahren anbietet und einen guten Ruf hat. Für manche sind kurze Wartezeiten und schnelle Behandlung wichtig, andere wiederum legen großen Wert auf jobverträgliche Sprechzeiten am Abend oder am Wochenende.

Es gibt daher nicht „den einen guten Arzt“, der den individuellen Ansprüchen und Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten Rechnung tragen kann, sondern eine Vielzahl von Ärzten ganz unterschiedlichen Typs, die den unterschiedlichen Präferenzen und Bedürfnissen einzelner Patienten und Patiententypen besonders gut entsprechen.

Die möglichen Konsequenzen eines „non-fit“ von Arzt und Patient sind vielfältig und reichen von häufigen Arztwechselln („Doctor-Hopping“) über mangelnde Adhärenz in der Therapie und höherer Beschwerdefrequenz bis hin zu einer Tendenz zu höherem Konsum von Leistungen. Somit erscheint es sinnvoll, Patienten hilfreiche Informationen an die Hand zu geben, um die Stärken eines Arztes und seiner Praxis schon im Vorfeld einschätzen zu können und somit eine höhere Passgenauigkeit zu ermöglichen. Hierzu erhebt die Stiftung Gesundheit die im Folgenden dargestellten Kriterien und stellt sie in Form eines Stärken-Profiles öffentlich dar.

2.3.1 Patientenzufriedenheit

Bereits seit dem Jahr 2001 erhebt die Stiftung Gesundheit unter dem Dach der Arzt-Auskunft als Vorläufer der heutigen Arztbewertungsportale die Patientenzufriedenheit⁴. Innerhalb dieses Kriteriums können Patienten neben der Abgabe einer Gesamtbewertung auch Einzelbewertungen in den folgenden vier Bereichen abgeben:

- Organisation der Praxis
- Erscheinungsbild der Praxis
- Personal
- Ärztin / Arzt

³ www.patienten-information.de/checklisten/arztbewertungsportale

⁴ www.aerzteblatt.de/archiv/27286/Patienten-Zufriedenheit-Aerzte-werden-bewertet

In der Arzt-Auskunft werden die Ergebnisse einfach erfassbar nach dem Gold-Silber-Bronze-Schema visualisiert: Bei mehr als 51 Prozent Patientenzufriedenheit erreicht der jeweilige Arzt die Stufe Bronze, ab 67 Prozent Silber und ab 84 Prozent Gold.

2.3.2 Medizinische Reputation (Arzt-Arzt-Bewertung)

Das Gegenstück zur Arztbewertung durch Patienten ist die Erhebung der Medizinischen Reputation – also der Wechsel der Perspektive von der Sicht der medizinischen Laien zur fachlich fundierten Einschätzung durch Fachkollegen (Arzt-Arzt-Bewertung). Kernstück der Medizinischen Reputation ist die jährliche bundesweite Befragung aller in der Patientenversorgung aktiven Ärzte, welchen Fachkollegen sie selbst im Bedarfsfall aufsuchen würden. Diese Befragung führt die Stiftung Gesundheit seit 2007 durch. Eine Eigen-Nennung ist dabei technisch ausgeschlossen, Absprachen und Manipulationsversuche sind durch eine Reihe von technischen Maßnahmen (zum Beispiel durch gestaffelte Abstimmungs-Zeitfenster) außerordentlich erschwert. Aus dieser Befragung resultiert der sogenannte Peergroup Score. Die absoluten Zahlen der von den Fachkollegen besonders häufig empfohlenen Ärzte sind dabei naturgemäß geringer als beim zahlenmäßig breiten Voting von Patientenseite.

Neben der Arzt-Arzt-Bewertung tragen noch weitere Faktoren zur Medizinischen Reputation bei, die wissenschaftliche Kompetenz belegen – so zum Beispiel Leitungsfunktionen in Fachgesellschaften sowie Publikationen in Fachmedien.

Die Visualisierung der Medizinischen Reputation erfolgt in der Arzt-Auskunft analog zur Patientenzufriedenheit nach dem vertrauten Medaillen-Schema: Bronze wird bei mindestens 51 Prozent auf der Basis-Skala des Empfehlungspools vergeben, Silber ab 67 Prozent und Gold ab 84 Prozent.

2.3.3 Patientenservice

Die Komponente „Patientenservice“ wird direkt aus den Angaben in der Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung in Deutschland ermittelt und bildet zwölf praktische Aspekte der Arztpraxen ab, die für Patienten von Bedeutung sind. Hierzu zählen beispielsweise Hausbesuche, die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkplätze, Erinnerungsservices für Vorsorgeuntersuchungen oder Sprechzeiten in den Abendstunden oder am Wochenende.

Die Bronze-Stufe wird in dieser Kategorie an Ärzte vergeben, die ein bis drei unterschiedliche Services anbieten, für Silber sind vier bis acht Services erforderlich, ab neun Services gibt es die Wertung in Gold.

2.3.4 Qualitätsmanagement

Ein Qualitäts-Management-System (QMS) ist seit 2011 Pflicht für Arzt- und Zahnarztpraxen. Vorgeschrieben ist dabei nur eine jährliche interne Überprüfung. Mediziner, die aus eigenem Antrieb mehr tun als vom Gesetzgeber gefordert, indem sie ihr QMS von unabhängiger Seite zertifizieren lassen, erhalten eine positive Bewertung im Bereich Qualitätsmanagement in Form des Status „Gold“. Silber- und Bronze-Wertungen werden angesichts des 0/1-Charakters des Kriteriums (nicht zertifiziert/zertifiziert) in dieser Kategorie nicht vergeben.

3 Material und Methoden

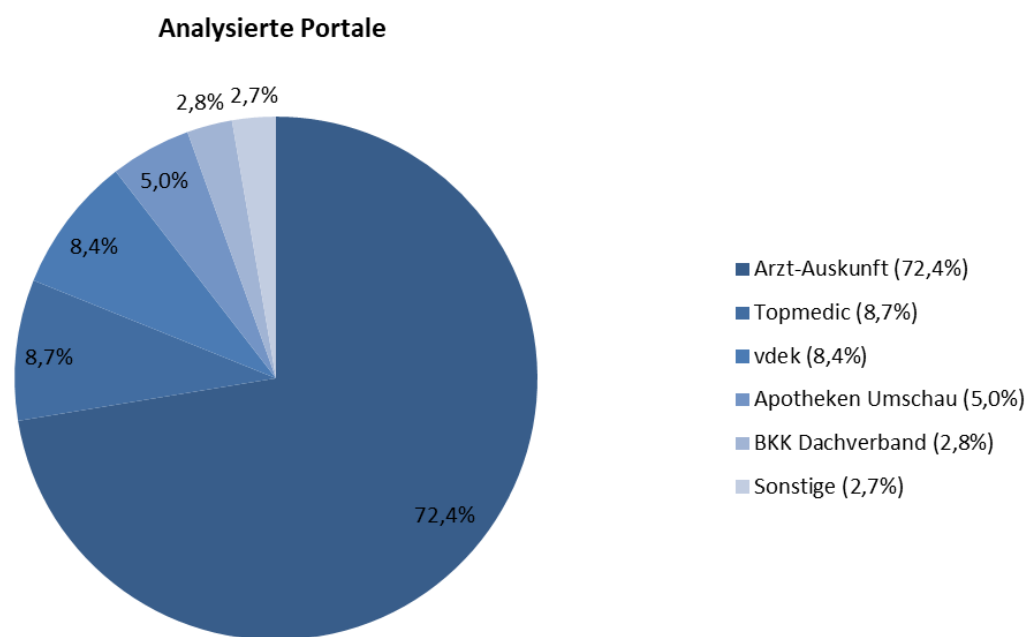
3.1 Datenbasis

Als Datenbasis für die vorliegende Studie wurden sowohl die Patientenbewertungen, die im Rahmen des Empfehlungspools⁵ erhoben wurden, als auch Angaben aus der Strukturdatenbank der ärztlichen Versorgung in Deutschland⁶ genutzt.

3.1.1 Datenbasis Arztbewertungen durch Patienten (Empfehlungspool)

Für die vorliegende Studie analysierten die Autoren die 158.442 validen Bewertungen von Humanmedizinern, die Patienten bis Ende 2017 auf den zum Empfehlungspool gehörigen Portalen abgegeben haben.

Abbildung 1: Übersicht der analysierten Portale (n=158.442)



Der überwiegende Teil der Patientenbewertungen wurde über die Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit abgegeben. Die zweitstärkste Quelle ist der ehemalige Empfehlungspool-Partner Topmedic, der den Betrieb im Jahr 2018 eingestellt hat und daher mittlerweile aus dem Empfehlungspool ausgeschieden ist. Unter den aktuellen Partnern ist der Verband der Ersatzkassen (vdek) mit 8,7 Prozent am stärksten vertreten, gefolgt von der Apotheken Umschau (5,0 Prozent).

⁵ Hintergrund siehe Kapitel 2.2

⁶ Hintergrund siehe Kapitel 2.1

3.1.2 Datenbasis Medizinische Reputation (Arzt-Arzt-Bewertung)

Parallel zu den Patientenbewertungen analysierten die Autoren die durch zyklische Arzt-Arzt-Bewertung erhobene Medizinische Reputation⁷, um zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen dieser und der Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten gibt. Berücksichtigt wurde der jüngste vorliegende Peergroup Score aus dem Jahr 2017.

Der Peergroup Score weist unter Berücksichtigung aller Bewertungen bis Ende 2017 in der Datenbasis die folgende Häufigkeitsverteilung auf:

Table 1: Verteilung des Peergroup Score 2017 (absolute und relative Häufigkeiten, n=158.442)

Häufigkeit Weiterempfehlung	Anzahl	Prozent
Keine	148.141	93,5
1	8351	5,3
2	1125	0,7
3	261	0,2
4	74	0,0
5	15	0,0
6	4	0,0
7	5	0,0
9	3	0,0
10 und mehr	463	0,3
Gesamt	158.442	100,0

Die Arzt-Arzt-Bewertung ist ein grundlegend anderes System als die Aggregation von Patientenzufriedenheit mittels Patient-Arzt-Bewertungen: Da im Kern jeweils nach den Koryphäen in den einzelnen Fachdisziplinen gefragt wird, erhält naturgemäß nur eine geringe Zahl der Ärzte aus der Grundgesamtheit Voting. Insgesamt erzielten 6,5 Prozent aller Ärzte bis 2017 eine oder mehrere Weiterempfehlungen von Kollegen. Die überwiegende Zahl der bewerteten Ärzte weist dagegen keine Weiterempfehlung aus der Kollegenschaft auf.

Um aktuellen Entwicklungen im Hinblick auf die kollegenbezogenen Weiterempfehlungen besser Rechnung zu tragen, untersuchten die Autoren den Peergroup Score 2017 ein weiteres Mal unter Einbeziehung ausschließlich der Fälle, die ab 2017 in den Bewertungsportalen erfasst wurden. Die Häufigkeitsverteilung vermittelt die folgende Tabelle:

⁷ Hintergrund siehe Kapitel 2.3.2

Tabelle 2: Verteilung des Peergroup Score 2017 auf Basis der Fälle ab 2017 (absolute und relative Häufigkeiten, n=15.076)

		Häufigkeit	Prozent
Gültig	0	13.968	92,7
	1	891	5,9
	2	161	1,1
	3	45	0,3
	4	7	0,0
	5	2	0,0
	6	2	0,0
	Gesamt	15.076	100,0

Vor der Verwendung der Peergroup-Bewertungen für qualifizierende Zusammenhänge prüften die Autoren, ob diese Messgröße grundsätzlich im Zeitablauf hinreichend stabil ist. Dabei zeigte sich eine hohe zeitliche Stabilität der Peergroup-Bewertungen im zeitlichen Verlauf.

3.1.3 Datenbasis zu Patientenservices und Qualitätsmanagement

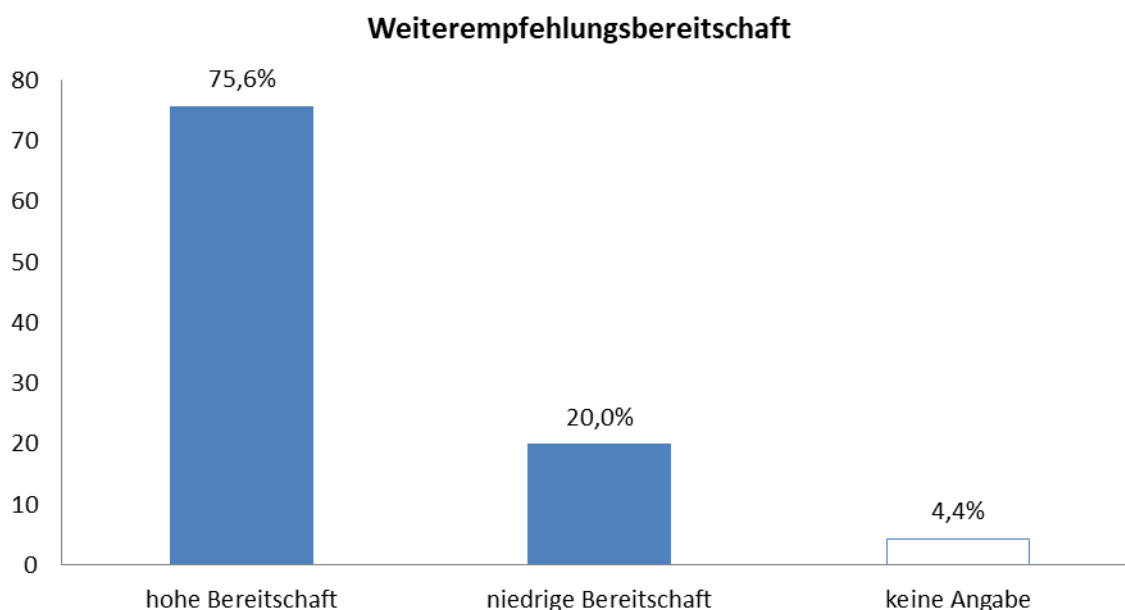
Für einige Fragestellungen wurden die Kriterien „Patientenservices“ und „Qualitätsmanagement“ herangezogen, die aus den Angaben in der Strukturdatenbank der Stiftung Gesundheit ermittelt wurden. Berücksichtigt wurde der Stand von Juni 2018.

3.1.4 Datenbasis zur Weiterempfehlungsbereitschaft

Für die Analyse der von den Patienten abgegebenen Bewertungen von Ärzten und ihren Leistungen und Arbeitsprozessen ist die Formulierung einer übergreifenden Messgröße wesentlich. Hierfür haben die Autoren die im Rahmen der Bewertung erfragte Bereitschaft zur Weiterempfehlung ausgewählt, die sich in vielen anderen Untersuchungen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors in hohem Maße bewährt hat.

Um die Grundhaltung der Patienten hinsichtlich der Weiterempfehlung zu ermitteln, wird aus den erfassten Weiterempfehlungsneigungen eine zusammenfassende Größe ermittelt. Hierzu wurde die Prozentangabe in eine abgestufte Zehner-Skala (100, 80, 60...) umgerechnet. Der Bereich 100 bis 80 wurde dabei als hohe Bereitschaft zur Weiterempfehlung gewertet; 60 und weniger als niedrige Bereitschaft zur Weiterempfehlung. Daraus ergibt sich eine kompakte Variable mit 0/1-Charakter (1 = hohe Bereitschaft / 0 = niedrige Bereitschaft). Die Verteilung dieser Variablen zeigt die folgende Grafik:

Abbildung 2: Verteilung der Bereitschaft zur Weiterempfehlung (n=158.442)



Die Grundhaltung der bewertenden Patienten ist – anders als in vielen anderen Untersuchungen, die sich auf Bewertungen von Dienstleistungen beziehen – überwiegend positiv: Drei Viertel der bewertenden Patienten bekunden eine hohe Weiterempfehlungsbereitschaft, lediglich jeder fünfte Patient würde den von ihm bewerteten Arzt nicht weiterempfehlen. 4,4 Prozent der Patienten beantworteten die Frage nicht.

3.2 Datenqualität

Es liegt eine formal hohe Datenqualität vor, d. h. es besteht eine interne Konsistenz der Antworten, und es sind keine systematischen Antwortmuster erkennbar. Die Auswertung der (relativ seltenen) Freitexte zeigt einen oftmals ungefilterten versprachlichten Ausdruck von Eindrücken und Gefühlen, was bei dieser Art von internetbasierter Befragung auch zu erwarten war. Die Freitexte wurden nicht weiter ausgewertet.

3.3 Aufbereitung

Die Grundlage der Auswertungen bilden deskriptive Auswertungen, auf die verschiedene höherrangige Analysen folgen – etwa Zusammenhangsanalysen, wie z. B. Regressionsanalysen zur Beurteilung der relativen Einflussstärken alternativer Variablen auf die Bewertung von Ärzten, sowie Interdependenzanalysen, wie etwa Clusteranalysen zur Entwicklung einer umfassenden Patiententypologie.

4 Einflüsse auf die Weiterempfehlungsbereitschaft

4.1 Soziodemographische Merkmale der Bewertenden

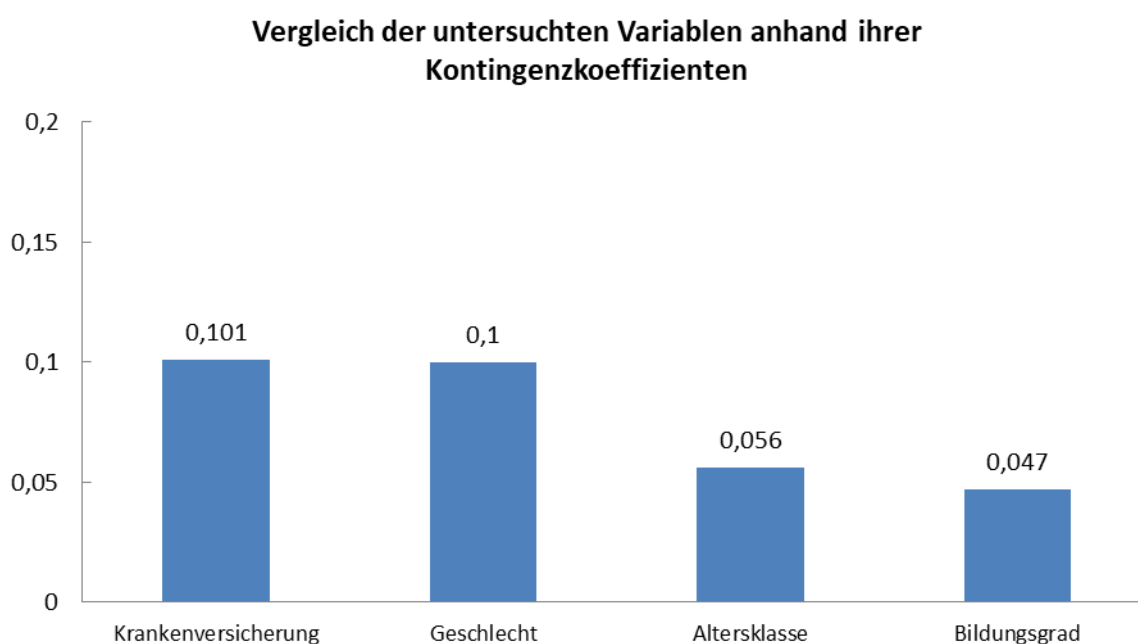
Bei der Bewertung von Ärzten im Rahmen des Empfehlungspools können Nutzer freiwillig Angaben zu folgenden soziodemographischen Merkmalen machen:

- a) Geschlecht
- b) Krankenversicherung
- c) Altersgruppe (in Clustern)
- d) Höchster Ausbildungsabschluss
- e) Monatliches Haushalts-Nettoeinkommen (in Clustern)

Die hieraus resultierende Charakterisierung der Datenbasis zeigt eine größtenteils recht ausgewogene Verteilung der betrachteten soziodemografischen Merkmale der Bewertenden (Geschlecht, Alter etc.). Allerdings liegt jeweils ein vergleichsweise hoher Anteil der Auskunftspersonen vor, die über diese Merkmale nicht informieren. Dies gilt insbesondere für das Einkommen, das für diese Analyse deshalb nicht ausgewertet wurde.

Um den Zusammenhang zwischen verschiedenen Gruppen von Patienten und ihrer jeweiligen Bereitschaft zur Weiterempfehlung zu analysieren, wurden zunächst die jeweiligen Kontingenzkoeffizienten berechnet. Eine Kontingenzanalyse dient dazu, Zusammenhänge zwischen nominal skalierten Variablen aufzudecken und zu untersuchen – in diesem Fall zwischen verschiedenen Patientenvariablen und der Weiterempfehlungsbereitschaft. Der Kontingenzkoeffizient ist ein Maß für den Zusammenhang zwischen den zwei analysierten Merkmalen, wobei ein Wert nahe 0 auf die Unabhängigkeit dieser Variablen hindeutet. Der Zusammenhang zwischen Weiterempfehlungsbereitschaft und den in dieser Studie untersuchten Variablen erwies sich als hochsignifikant:

Abbildung 3: Einfluss der untersuchten Variablen auf die Weiterempfehlung (Vergleich der Kontingenzkoeffizienten)



***Hinweis:** Es ist zu beachten, dass diese Art der Analyse nur eine erste Einschätzung über den Stellenwert der einzelnen Faktoren für die Erzielung einer hohen Bereitschaft zur Weiterempfehlung liefern kann.*

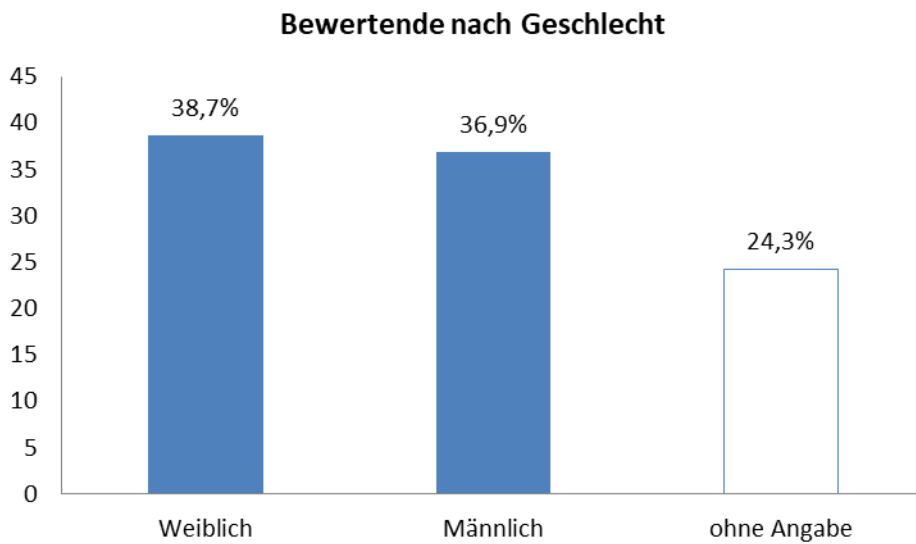
Zur Beurteilung der Einflüsse verschiedener (soziodemografischer) Merkmale von Patienten und Ärzten auf die Weiterempfehlung wurden Kontingenz- und Regressionsanalysen durchgeführt.

Aus den Analysen ergeben sich die in den folgenden Abschnitten dargestellten Erkenntnisse.

4.1.1 Einfluss des Geschlechts

Weibliche Bewertende sind mit 38,7 Prozent etwas stärker vertreten als männliche (36,9%). Rund ein Viertel der Bewertenden hat keine Angaben zum Geschlecht gemacht.

Abbildung 4: Verteilung der Bewertenden nach Geschlecht (n=158.442)



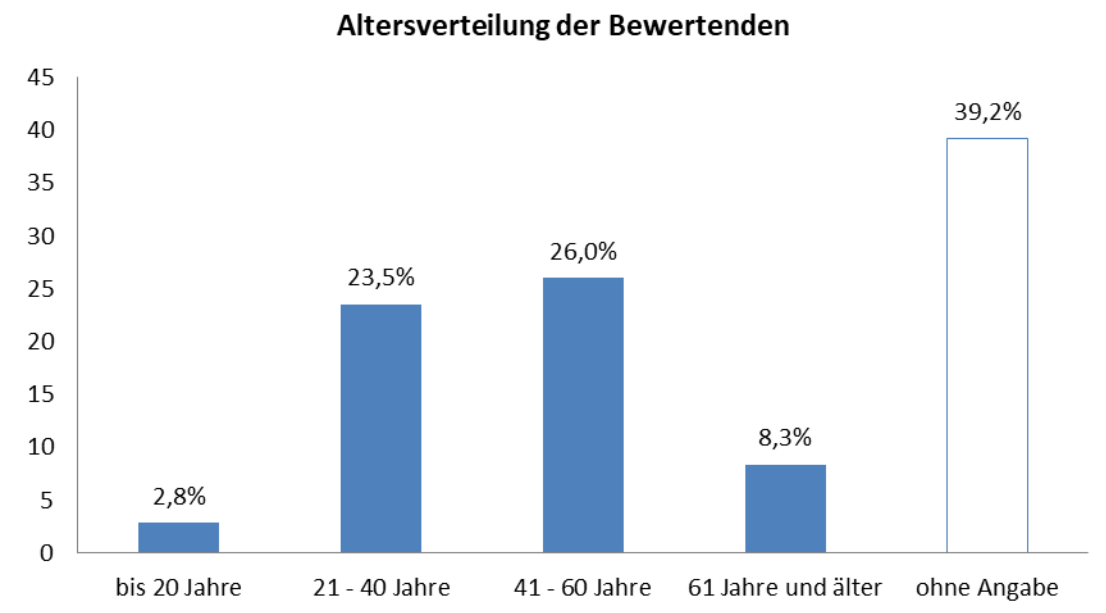
Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft:

Zwischen weiblichen und männlichen Patienten bestehen in Bezug auf die Einflüsse auf die Weiterempfehlung keine grundlegenden, qualitativen Unterschiede. Ein positiver Eindruck der Praxisorganisation wirkt sich bei Männern etwas stärker auf die Weiterempfehlung aus, bei Frauen spielt die Arztbewertung diesbezüglich eine etwas größere Rolle.

4.1.2 Einfluss des Alters

Rund die Hälfte der Bewertenden ist zwischen 21 und 60 Jahren alt, wobei die Gruppe der 41- bis 60-Jährigen ein wenig stärker vertreten ist als die der 21- bis 40-Jährigen. Vier von zehn Bewertenden machten keine Angaben zu ihrem Alter.

Abbildung 5: Verteilung der Bewertenden nach Alter (n=158.442)



Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft:

Das Alter der Patienten empfiehlt sich als Segmentierungsmerkmal im Sinne eines „Außenkriteriums“. Insbesondere waren bei der Analyse folgende Zusammenhänge zu beobachten:

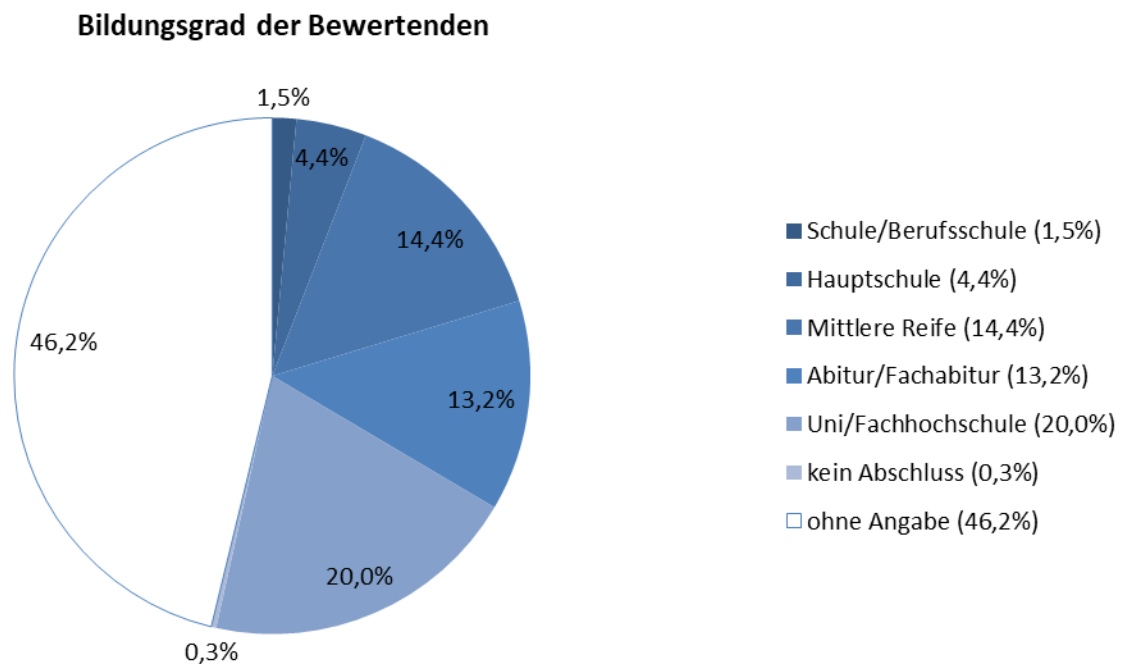
- Der positive Einfluss der Bewertung der Organisation der Praxis auf die Weiterempfehlungsbereitschaft nimmt mit steigendem Alter zu.
- Der negative Einfluss des Erscheinungsbildes der Praxis auf die Weiterempfehlung verstärkt sich mit zunehmendem Alter deutlich.
- Der positive Einfluss der Bewertung des Personals auf die Weiterempfehlung nimmt mit steigendem Alter ab.
- Der Einfluss der Arztbewertung ist bei Patienten über 21 Jahren relativ stärker als bei jüngeren Patienten.

Zu beobachten ist, dass mit zunehmendem Alter externe Faktoren weniger bis gar keinen Einfluss beim Zustandekommen der Weiterempfehlung nehmen. Ein hohes Maß an Lebenserfahrung scheint also Patienten gelassener und nüchterner beurteilen zu lassen.

4.1.3 Einfluss des Bildungsgrads

Nur etwas mehr als die Hälfte der Bewertenden stellte Angaben zum Ausbildungsabschluss zur Verfügung. Die Gruppe der Teilnehmer mit Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss hat hierbei den stärksten Anteil mit 20 Prozent, gefolgt von den Absolventen der Mittleren Reife (14,4 Prozent). 13,2 Prozent der Bewertenden sind (Fach-)Abiturienten, 4,4 Prozent haben einen Hauptschulabschluss. 1,5 Prozent der Bewertenden gehen noch zur Schule bzw. Berufsschule. 0,3 Prozent haben keinen Schulabschluss. 0,3 Prozent haben keinen Schulabschluss.

Abbildung 6: Verteilung der Bewertenden nach Bildungsgrad (n=158.442)



Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft:

Auch der Bildungsstand der Patienten eignet sich als ergänzendes Segmentierungsmerkmal. Insbesondere zeigen sich nennenswerte Unterschiede zwischen folgenden zusammengefasst betrachteten Gruppen:

- Der positive Einfluss der Bewertung der Organisation der Praxis auf die Weiterempfehlung ist in der Gruppe der (Berufs-)Schüler am geringsten ausgeprägt.
- Der negative Einfluss des Erscheinungsbildes der Praxis auf die Weiterempfehlung ist bei Uni-/Fachhochschul-Absolventen sowie Patienten ohne Abschluss am stärksten vorhanden.

- In der Gruppe der Patienten ohne Bildungsabschluss ist der positive Einfluss der Bewertung des Personals auf die Weiterempfehlung am stärksten ausgeprägt.
- Der Einfluss der Bewertung des Arztes auf die Weiterempfehlung ist bei den Uni-/Fachhochschul-Absolventen am größten.

Patienten ohne formalen Schulabschluss bewerten Ärzte insgesamt deutlich kritischer. Die Ursachen dafür sind unklar und können sowohl auf der Arzt- wie auch auf der Patientenseite liegen.

Patienten mit höherem Bildungsgrad sind hingegen im Durchschnitt zufriedener mit ihren Ärzten. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Patienten mit höherem Bildungsniveau sich im Vorfeld mehr über Ärzte informieren und damit einen Arzt auswählen, der besser zu ihnen und ihren Vorstellungen von einem „guten Arzt“ passt.

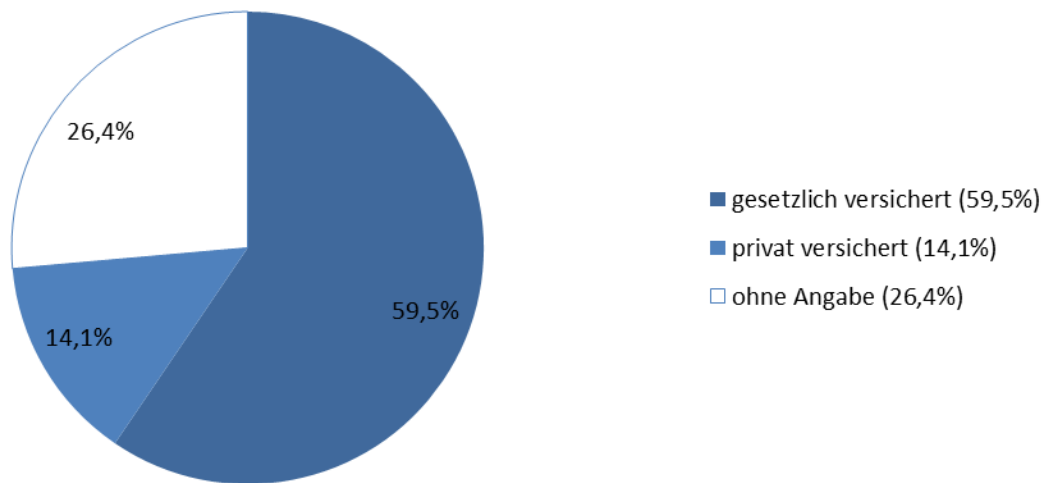
Die Variable „Bildung“ wirkt zudem vielfach als Mediator auf andere Variablen und hat damit auch indirekte Einflüsse.

4.1.4 Einfluss der Art der Versicherung

Rund drei Viertel der Nutzer haben Angaben zu ihrer Krankenversicherung gemacht. Mit 59,5 Prozent ist der überwiegende Teil gesetzlich krankenversichert, 14,1 Prozent der Befragten sind privat krankenversichert. Verglichen mit dem Verhältnis zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung in der Bevölkerung insgesamt stellen sich die privat versicherten Nutzer leicht überrepräsentiert dar.

Abbildung 7: Verteilung der Bewertenden nach Krankenversicherung (n=158.442)

Versichertenstatus der Bewertenden



Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft:

Zwischen den Gruppen der gesetzlich bzw. privat Krankenversicherten treten keine grundlegenden Unterschiede bezüglich der untersuchten Beta-Faktoren auf. Mit anderen Worten: Die Wirkungen der Einflussfaktoren auf die Bereitschaft zur Weitempfehlung sind weitgehend unabhängig davon, ob ein Patient gesetzlich oder privat versichert ist.

4.2 Patientenzufriedenheit

4.2.1 Einfluss der Gesamtbewertung zur Patientenzufriedenheit

Bei der Arztbewertung im Rahmen des Empfehlungspools wird von den bewertenden Patienten auch eine Gesamtbewertung zu ihrer Zufriedenheit mit dem jeweiligen Arzt erfragt (und nicht etwa aus den Bewertungen der Einzelbereiche errechnet). Diese Gesamtbewertung korreliert hochsignifikant und stark positiv mit der Bereitschaft zur Weiterempfehlung:

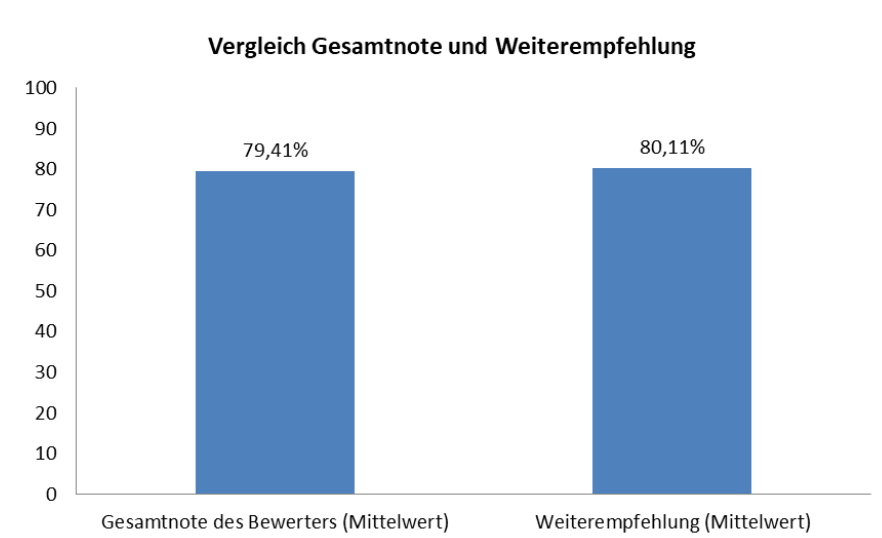
Tabelle 3: Korrelationsmatrix zu Weiterempfehlung und Gesamtnote des Bewerbers (n=151.430 bzw. 158.442)

		Gesamtnote des Bewerbers	Weiterempfehlung
Gesamtnote des Bewerbers	Korrelation nach Pearson	1	0,901***
	Signifikanz (2-seitig)		0,000
	N	158.442	151.430
Weiterempfehlung	Korrelation nach Pearson	0,901***	1
	Signifikanz (2-seitig)	0,000	
	N	151.430	151.430

*** hochsignifikant

Wie die folgende Abbildung zeigt, ähneln sich zudem die Mittelwerte beider Variablen stark:

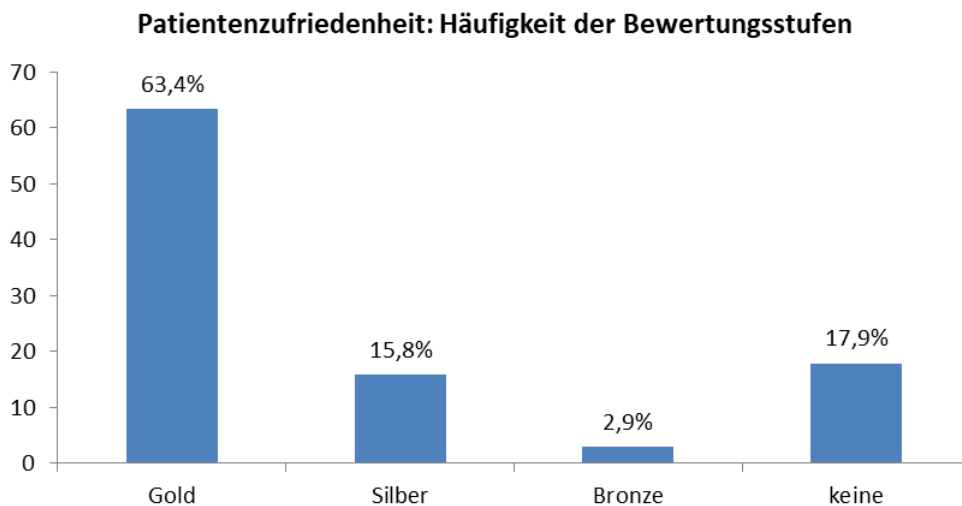
Abbildung 8: Vergleich der Mittelwerte der Gesamtnote des Bewerbers und der Weiterempfehlung



Angesichts der gezeigten hohen positiven Korrelation können beide Variablen praktisch als austauschbar betrachtet werden.

Die Häufigkeitsverteilung der drei Stufen Bronze, Silber und Gold in der Grundgesamtheit der Bewertungen stellt sich wie folgt dar:

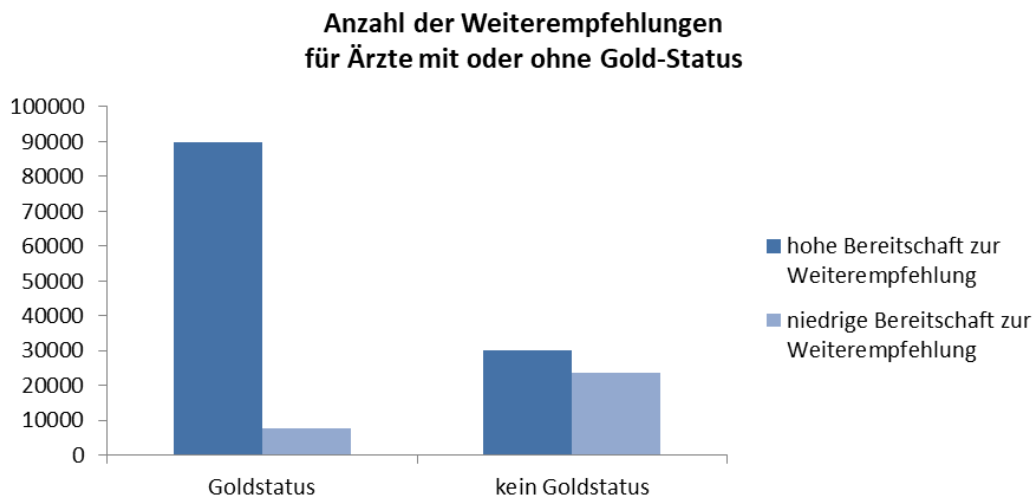
Abbildung 9: Häufigkeit der Bewertungsstufen im Bereich Patientenzufriedenheit (n=158.442)



Die mit Abstand am häufigsten vergebene Bewertungsstufe im Bereich Patientenzufriedenheit ist Gold: Fast zwei Drittel der Ärzte (63,4 Prozent) erreichen diese Stufe. Silber und Bronze wurden mit 15,8 Prozent resp. 2,9 Prozent deutlich seltener vergeben.

Angesichts dieser Häufigkeitsverteilung konzentrierten sich die Autoren bei den weiteren Berechnungen auf den Zusammenhang zwischen Weiterempfehlung und der Stufe Gold im Bereich Patientenzufriedenheit. Dieser stellt sich wie folgt dar:

Abbildung 10: Anzahl der Weiterempfehlungen für Ärzte mit bzw. ohne Gold-Status (absolute Häufigkeit, n=151.424)



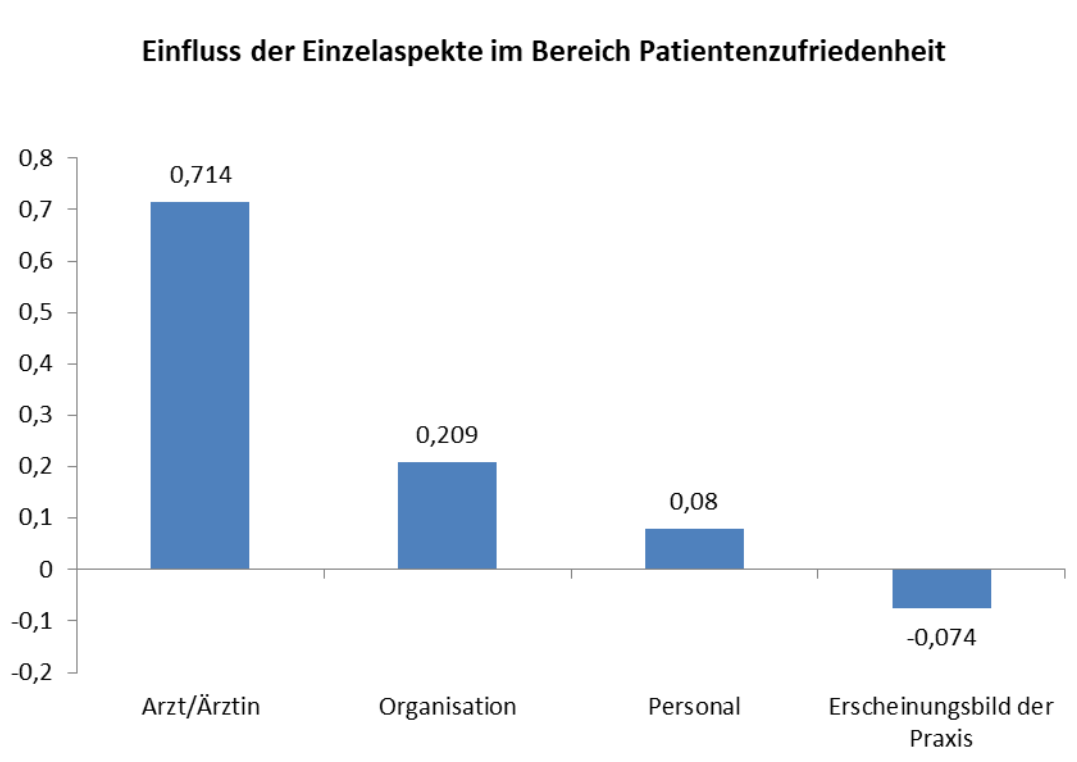
Wie in Abbildung 10 ersichtlich korrespondieren eine Gold-Wertung im Bereich Patientenzufriedenheit und die Bereitschaft zur Weiterempfehlung relativ stark miteinander: Bei den Ärzten, die bei der Patientenzufriedenheit den Goldstatus tragen, ist der Anteil der Bewertungsfälle mit hoher Weiterempfehlungsbereitschaft überproportional hoch.

4.2.2 Einfluss der Einzelaspekte im Bereich Patientenzufriedenheit

Im Bereich Patientenzufriedenheit können Patienten zusätzlich zur Abgabe der Gesamtbewertung auch Einzelbewertungen in den Bereichen Organisation der Praxis, Erscheinungsbild der Praxis, Personal sowie Ärztin/Arzt vergeben⁸. In diesem Kapitel untersuchten die Autoren, welche Korrelationen und Einflüsse zwischen diesen Faktoren untereinander sowie hinsichtlich der Bereitschaft zur Weiterempfehlung existieren.

Methodisch wurde dazu zunächst eine Korrelationsmatrix (Korrelation nach Pearson) dieser Variablen aufgestellt. Zur Überprüfung der möglichen Einflüsse der verschiedenen Einzelbewertungen der Patienten auf die Weiterempfehlungsbereitschaft wurde anschließend eine Regressionsanalyse durchgeführt. Alle erfassten Einflussgrößen wirken hochsignifikant auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung. Die Stärke und Richtung der Einflüsse (Betakoeffizienten) der vier Einzelbewertungen können der folgenden Abbildung entnommen werden:

Abbildung 11: Einfluss der Einzelaspekte im Bereich Patientenzufriedenheit (Darstellung der Betakoeffizienten)



⁸ siehe auch Abschnitt 2.2.1

Aus der zugrundeliegenden Korrelationsmatrix resultieren folgende Erkenntnisse:

4.2.2.1 Der Arzt als Person hat den größten Einfluss auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung seiner Praxis

Der zentrale Effekt auf die Weiterempfehlung geht von der Bewertung der Ärztin oder des Arztes aus: Der fragliche Betakoeffizient liegt mit 0,714 deutlich über den anderen Faktoren Organisation, Erscheinungsbild der Praxis sowie Personal.

4.2.2.2 Gute Organisation und gutes Personal gehen Hand in Hand

Dieser Zusammenhang geht aus der Korrelationsmatrix hervor und ist Ausdruck einer Wechselbeziehung: Gutes Personal führt in der Regel zu guter Organisation – und eine gute Organisationsstruktur erleichtert es dem Personal, einen guten Eindruck bei Patienten zu hinterlassen.

4.2.2.3 Piekfeine Praxen machen Patienten skeptisch

Während sich eine gute Organisation, ein gutes Erscheinungsbild und gutes Personal wie zu erwarten positiv auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung auswirken, zeigt sich beim Erscheinungsbild der Praxis ein überraschendes Bild: Hier ist die Wirkung negativ gerichtet (Betakoeffizient -0,074). Das heißt im Klartext: Je besser die spezifische Bewertung des Erscheinungsbilds ausfällt, desto niedriger ist die Weiterempfehlungsbereitschaft.

Möglicherweise spielen hier Elemente des sozialen Unbehagens, des Neids oder auch einer Skepsis gegenüber Äußerlichem eine Rolle. Denkbar ist auch, dass sich hierbei Ausstrahlungseffekte zwischen einzelnen Bewertungskomponenten zeigen: So könnten Patienten beispielsweise einen Zusammenhang zwischen einer „opulent“ gestalteten Praxis und einem „kaufmännischen“ (und damit eventuell für den Patienten kostspieligen) Verhalten von Ärzten (z.B. Unterbreiten von IGeL-Angeboten etc.) vermuten.

4.3 Patientenservices

Zwischen verschiedenen Graden des Patientenservice und der Weiterempfehlung der Ärzte lässt sich kein Zusammenhang herstellen.

- Bei Ärzten mit der Bewertung „Gold“ im Bereich Patientenservice zeigte sich eine weitgehende Unabhängigkeit der beiden Größen. Der Gold-Status wirkt sich also nicht signifikant auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung aus (Kontingenzkoeffizient 0,02).
- Bei Ärzten mit der Bewertung „Silber“ ist der Einfluss auf die Weiterempfehlung noch schwächer (Kontingenzkoeffizient = 0,011).
- Bei Ärzten mit der Bewertung „Bronze“ im ist der Einfluss mit der Stufe Silber vergleichbar (Kontingenzkoeffizient = 0,012). Allerdings ist die Bronze-Bewertung mit einer leicht unterproportionalen Bereitschaft zur Weiterempfehlung verbunden.

Für Patientenservices gilt also: Viel hilft nicht unbedingt viel – aber keine Services anzubieten, ist die schlechteste Option. Daraus lässt sich für Ärzte eine Handlungsempfehlung ableiten: Ein Grundmaß an Patientenservices ist ratsam, um negative Auswirkungen auf die Bereitschaft zur Weiterempfehlung zu vermeiden. Allzu viel Zeit und Energie in zusätzliche Services zu investieren lohnt sich jedoch zumindest im Hinblick auf die Weiterempfehlungsbereitschaft nicht.

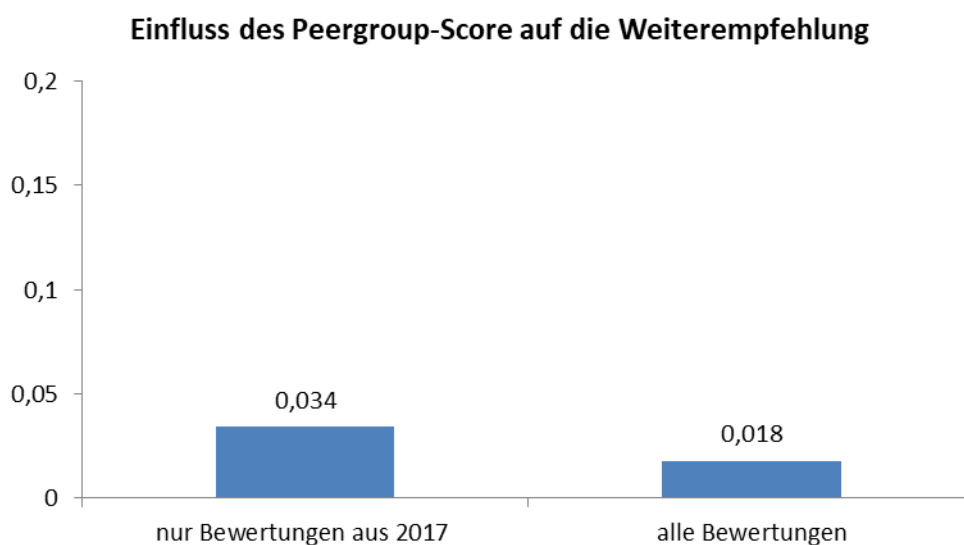
4.4 Medizinische Reputation

Als Erweiterung und Ergänzung der bisherigen Analysen analysierten die Autoren Aspekte der fachlichen Reputation von Ärzten und Arztpraxen deskriptiv. Untersucht wurde hierbei vor allem die Fragestellung, ob eine positive Peergroup-Bewertung einen Beitrag zur Erklärung einer hohen Weiterempfehlungsabsicht leistet.

Zur Beantwortung wurde eine Kontingenzanalyse unter Bezugnahme auf die aktuellen Fälle (ab Anfang 2017) durchgeführt. Der Kontingenzkoeffizient der resultierenden Kreuztabelle ist mit 0,034 sehr gering, aber gleichwohl statistisch signifikant (Signifikanzniveau: 0,012). Hiernach ist der Beitrag der Peergroup-Bewertung zur Erklärung der Weiterempfehlung durch Patienten unbeachtlich.

Betrachtet man den Peergroup-Score unter Einbeziehung sämtlicher vorliegenden Fälle (also auch aus der Zeit vor 2017), ist der Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten noch schwächer: Der Kontingenzkoeffizient beträgt bei Berücksichtigung aller Fallbewertungen nur noch 0,018, das Signifikanzniveau liegt bei 0,000.

Abbildung 12: Einfluss des Peergroup-Score auf die Weiterempfehlung (Vergleich der Kontingenzkoeffizienten)



Dies lässt nur den Schluss zu, dass die Weiterempfehlung von Ärzten durch Patienten andere Begründungen findet als eine positive Bewertung innerhalb der Peergroup Ärzte. Mit anderen Worten: Ein Arzt muss keine Koryphäe sein, um von Patienten gut bewertet zu werden – und auch ein hohes Maß an Fachkompetenz kann durchaus mit schlechten Patientenbewertungen einhergehen.

4.5 Qualitätsmanagement

Nach den Analysen ist klar festzustellen, dass ein zertifiziertes Qualitätsmanagement keinen Einfluss auf die Weiterempfehlungsbereitschaft der Patienten hat. Der Kontingenzkoeffizient zwischen einem zertifizierten Qualitätsmanagement und der Weiterempfehlungsabsicht beträgt lediglich 0,001 bei einer hohen Irrtumswahrscheinlichkeit (Sig. = 0,793). Dies spricht klar für eine Unabhängigkeit der beiden betrachteten Variablen.

5 Ansätze zu einer Patiententypologie: Kombination von Merkmalen, um Gruppen mit unterschiedlicher Weiterempfehlungsbereitschaft zu identifizieren

In diesem Kapitel gingen die Autoren der Frage nach, ob sich Patientengruppen anhand von soziodemographischen Merkmalen identifizieren lassen, die Ärzte auf eine bestimmte Weise bewerten. Sie nutzten dafür zunächst den Einsatz von CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector) als leistungsstarke Variante der Kontrastgruppenanalyse. Im Kern geht es beim Einsatz einer Kontrastgruppenanalyse um die Beantwortung der Frage: Welche Merkmale sind geeignet, sukzessive für eine immer weiterreichende Zerlegung einer Gesamtheit von Merkmalsträgern zu sorgen? Durch die schrittweise Teilung der Ausgangsgesamtheit wird versucht, Gruppen von Merkmalsträgern zu bilden, die sich durch bestimmte Kombinationen von Merkmalsausprägungen auszeichnen. Da als Trennkriterium bei diesen Schritten jeweils diejenige unabhängige Variable fungiert, die ein Maximum an Erklärungskraft in Bezug auf die abhängige Größe aufweist, lassen sich Aussagen über die relative Leistungsfähigkeit alternativer Kriterien zur Differenzierung der Ausgangsmenge ableiten.

Schlüsselkriterium zur Beurteilung der Qualität der auf Basis von CHAID gebildeten Segmente ist der in Tabelle 4 (siehe Seite 32) dargestellte Index, der den Anteil des interessierenden Merkmals im Segment (hier: Personen mit hoher Weiterempfehlungsabsicht) in Bezug auf die Relation in der gesamten Stichprobe darstellt. Ein Indexwert von beispielsweise 107 sagt aus, dass diese Relation 7 Prozent über der entsprechenden Relation in der Stichprobe liegt.

Aus diesen Analysen ergeben sich – wenn auch mit im Vergleich zu anderen Studien sehr niedrigen Indexwerten – vier Segmente (sogenannte „Knoten“), die einen Index von mindestens 105 aufweisen. Diese entsprechen vier relativ unabhängigen Teilgruppen von Patienten:

Knoten 9: Privat krankenversicherte, ältere Personen (Alter > 60)
(= 2,1% der Grundgesamtheit dieser Analyse (133.929))

Knoten 26: Privat krankenversicherte Personen männlichen Geschlechts in den mittleren Altersklassen (21–40, 41–60)
(5,8% der Grundgesamtheit)

Knoten 21: Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Hauptschulabschluss oder Schüler/Berufsschüler, Alter bis 20 Jahre
(15,2% der Grundgesamtheit)

Knoten 14: Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Mittlerer Reife im Alter zwischen 40 und 60 Jahren
(1,8% der Grundgesamtheit)

Tabelle 4: Leistungsfähigkeit der auf Basis von CHAID gebildeten Segmente

Knoten	Knoten		Gewinn		Treffer	Index
	N	Prozent	N	Prozent		
9	2.782	2,1%	2.407	2,2%	86,5%	108,1%
26	7.834	5,8%	6.625	6,2%	84,6%	105,7%
21	20.420	15,2%	17.266	16,1%	84,6%	105,6%
14	2.369	1,8%	1.991	1,9%	84,0%	105,0%
23	9.947	7,4%	8.273	7,7%	83,2%	103,9%
30	925	0,7%	766	0,7%	82,8%	103,5%
19	3.654	2,7%	3.025	2,8%	82,8%	103,4%
27	4.692	3,5%	3.858	3,6%	82,2%	102,7%
13	16.787	12,5%	13.664	12,7%	81,4%	101,7%
25	3.626	2,7%	2.945	2,7%	81,2%	101,5%
31	479	0,4%	389	0,4%	81,2%	101,5%
22	5.403	4,0%	4.355	4,1%	80,6%	100,7%
16	1.262	0,9%	1.012	0,9%	80,2%	100,2%
18	14.418	10,8%	11.476	10,7%	79,6%	99,4%
17	16.813	12,6%	12.954	12,1%	77,0%	96,3%
28	163	0,1%	125	0,1%	76,7%	95,8%
24	2.495	1,9%	1.887	1,8%	75,6%	94,5%
29	1.246	0,9%	927	0,9%	74,4%	93,0%
32	1.342	1,0%	958	0,9%	71,4%	89,2%
12	17.025	12,7%	12.124	11,3%	71,2%	89,0%
15	82	0,1%	58	0,1%	70,7%	88,4%
20	165	0,1%	111	0,1%	67,3%	84,0%

Erläuterungen zu Tabelle 4:

Die Spalte „Knoten“ bildet absolut (N) und relativ (Prozent) die Besetzung eines Segments ab (Beispiel: Knoten 21 hat mit 20.420 Fällen einen Anteil von 15,2 Prozent an allen einbezogenen Fällen der Stichprobe (133.929)).

Die Spalte „Gewinn“ zeigt absolut (N) und relativ (Prozent) zu allen Fällen mit der interessierenden Eigenschaft (hohe Bereitschaft zur Weiterempfehlung) die Leistungsstärke eines Knotens (Beispiel: Knoten 21 hat mit 17.266 Fällen mit hoher Empfehlungsbereitschaft einen Anteil von 16,1 Prozent an allen Fällen des Samples.)

Die Spalte „Treffer“ bildet ab, in welchem relativen Ausmaß ein Knoten Fälle mit der interessierenden Eigenschaft aufweist. (Beispiel: Für Knoten 21 bilden die 17.266 Fälle mit hoher Empfehlungsbereitschaft einen Anteil von 84,6 Prozent an Fällen des Knotens.)

Der „Index“ beinhaltet die Relation des interessierenden Anteils im Segment (Beispiel: Die Relation zwischen Knoten 21 (84,6 Prozent Treffer) im Verhältnis zur Stichprobe (80 Prozent Treffer) beträgt 105,6 Prozent).

Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die so gebildeten Teilgruppen nicht alle auf der gleichen konzeptionellen Ebene liegen: Während die Elemente des Knoten 9 anhand von zwei Kriterien definiert werden, basieren die übrigen drei Knoten auf jeweils drei Kriterien.

Die entstandenen Segmente werden nachfolgend unter Berücksichtigung ihrer Bewertungen zu den verschiedenen Einzelmerkmalen von Ärzten und Arztpraxen näher beschrieben.

5.1 Privat krankenversicherte Personen Alter > 60

Tabelle 5: Bewertungen im Rahmen von Knoten 9 (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Mittelwert	Std.-Abweichung
Erscheinungsbild der Praxis	83,37	23,765
Personal	83,42	25,294
Organisation der Praxis	81,79	27,327
Arzt oder Ärztin	88,09	27,330
Weiterempfehlung	86,25	30,301

Es fällt auf, dass in diesem Segment die Ärzte relativ gut bewertet werden: Die mittlere Bewertung von 88,09 liegt hochsignifikant über der durchschnittlichen Bewertung von Ärzten in der gesamten Stichprobe (82,13) und streut auch weniger stark.

5.2 Privat krankenversicherte Personen männlichen Geschlechts in den Altersklassen 21–40 oder 41–60

Innerhalb dieses Segments können zwei Teilgruppen betrachtet werden:

Teilgruppe 1: Privat krankenversicherte männliche Personen in der Altersklasse 21–40

Tabelle 6: Bewertungen im Rahmen von Knoten 26, jüngere Teilgruppe (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Mittelwert	Std.-Abweichung
Erscheinungsbild der Praxis	81,5	28,6
Personal	79,6	30,9
Organisation der Praxis	78,1	32,7
Arzt oder Ärztin	82,3	33,8
Weiterempfehlung	79,0	37,1

Teilgruppe 2: Privat krankenversicherte männliche Personen in der Altersklasse 41–60

Tabelle 7: Bewertungen im Rahmen von Knoten 26, ältere Teilgruppe (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Mittelwert	Std.-Abweichung
Erscheinungsbild der Praxis	83,3	25,6
Personal	82,9	27,3
Organisation der Praxis	81,3	29,1
Arzt oder Ärztin	86,3	29,9
Weiterempfehlung	84,3	33,1

Ein Vergleich der beiden Teilgruppen dieses Segments zeigt, dass die ältere Gruppe (Altersklasse 41–60) gegenüber der jüngeren Altersklasse (21–40) bei allen angeführten Bewertungskriterien eine positivere Haltung aufweist. Mehr Lebenserfahrung lässt Patienten also offenbar gelassener bewerten. Die positivere Haltung der älteren Gruppe äußert sich auch in einem deutlich höheren Wert für die Weiterempfehlung, der möglicherweise durch die oftmals längere „Historie“ zwischen den Patienten und ihren Ärzten begründet sein könnte.

In die zusammenfassende Tabelle 11 (Abschnitt 5.5) wurde die Gesamtsicht für dieses Segment integriert.

5.3 Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Hauptschulabschluss oder Schüler/Berufsschüler, bis 20 Jahre alt

Auch in diesem Segment ergeben sich zwei Teilgruppen:

Teilgruppe 1: Gesetzlich krankenversicherte Schüler/Berufsschüler, bis 20 Jahre alt

Tabelle 8: Bewertungen im Rahmen von Knoten 21, Teilgruppe Schüler/Berufsschüler (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Mittelwert	Std.-Abweichung
Erscheinungsbild der Praxis	84,2	25,4
Personal	80,8	27,4
Organisation der Praxis	80,1	26,9
Arzt oder Ärztin	85,1	29,2
Weiterempfehlung	84,3	31,3

Teilgruppe 2: Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Hauptschulabschluss, bis 20 Jahre alt

Tabelle 9: Bewertungen im Rahmen von Knoten 21, Teilgruppe Hauptschulabsolventen (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Mittelwert	Std.-Abweichung
Erscheinungsbild der Praxis	84,5	26,7
Personal	81,4	31,7
Organisation der Praxis	79,9	28,7
Arzt oder Ärztin	87,0	28,3
Weiterempfehlung	86,6	29,4

Ein Vergleich dieser beiden Teilgruppen des Segments zeigt, dass die Teilgruppe mit Hauptschulabschluss meistens positiver wertet. Bei dieser Teilgruppe fällt zudem auf, dass die Ärzte von ihnen gegenüber der durchschnittlichen Bewertung von Ärzten in der gesamten Stichprobe (82,13) mit 87,00 massiv besser bewertet werden.

In die zusammenfassende Tabelle 11 (Abschnitt 5.5) wurde die Gesamtsicht für dieses Segment integriert.

5.4 Gesetzlich krankenversicherte Personen mit Mittlerer Reife im Alter zwischen 40 und 60 Jahren

Tabelle 10: Bewertungen im Rahmen von Knoten 14 (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	Mittelwert	Std.-Abweichung
Erscheinungsbild der Praxis	81,9	24,8
Personal	81,3	27,1
Organisation der Praxis	79,3	28,5
Arzt oder Ärztin	84,2	30,3
Weiterempfehlung	82,6	33,4

Die Bewertungsfälle in diesem Knoten entsprechen dem in der Regel in allen vorher dargestellten Segmenten gefundenen Muster, nach dem die verschiedenen Bewertungssachverhalte in einer „konsistenten“ Reihe beurteilt werden (in aufsteigender Reihenfolge: Organisation der Praxis; Personal; Erscheinungsbild der Praxis; Arzt oder Ärztin).

5.5 Zusammenfassung

Abgesehen von der Bewertung des Erscheinungsbildes einer Praxis stammen die positivsten Bewertungen jeweils von den privat krankenversicherten Personen im Alter > 60 (Knoten 9). Die negativsten Bewertungen – abgesehen von den Einschätzungen zum Praxispersonal – finden sich jeweils im Knoten 14 (gesetzlich krankenversicherte Personen mit Mittlerer Reife im Alter zwischen 40 und 60 Jahren).

Tabelle 11: Zusammenfassende Darstellung der Mittelwerte der Bewertungen der leistungsstärksten Knoten auf Basis von CHAID

Zusammenfassung Mittelwerte	Knoten 9	Knoten 26	Knoten 21	Knoten 14
Erscheinungsbild der Praxis	83,4	82,7	84,3	81,9
Personal	83,4	81,8	81,0	81,3
Organisation der Praxis	81,8	80,6	80,1	79,3
Arzt oder Ärztin	88,1	85,0	85,4	84,2
Weiterempfehlung	86,3	82,5	84,6	82,6

6 Fazit und Ausblick

Eines bleibt gewiss: Es gibt nicht den einen „guten Arzt“, der den individuellen Erwartungen, Ansprüchen und Bedürfnissen aller Patienten gerecht werden kann. Wünschenswert wäre es daher, Patienten die Möglichkeit zu geben, die für sie wichtigen Kernfähigkeiten und Kompetenzen von Ärzten schon vor einem Besuch einschätzen zu können, um ein möglichst passgenaues Matching zu erreichen. Dies ist derzeit durch eine hohe Informationsasymmetrie in vielen Fällen noch nicht möglich. Hier ist zu hoffen, dass die Arztbewertungsportale ihre Datenbasis weiter ausbauen können. Neben einem legitimen Informationsbedürfnis der Patienten geht es dabei auch um ihr Empowerment, also die Stärkung ihrer Kompetenzen und Rechte im Gesundheitssystem.

Für die Zukunft wäre es wünschenswert, eine Patiententypologie zu entwickeln, um diese mit einer Ärztypologie zu verknüpfen und damit Ansätze für ein passgenaues Matching zu finden. Durch das Übereinanderlegen von Arzt- und Patienten-Typologien könnten strategische Elemente zur Schaffung einer besseren Übereinstimmung von Persönlichkeitsmerkmalen und Interessen entwickelt werden. Dies könnte zu einer größeren Adhärenz und einer dadurch verbesserten Therapiewirksamkeit beitragen, die durch häufige Arztwechsel und Mehrfachkonsultationen entstehenden Kosten senken und damit insgesamt zu einer Qualitätssteigerung der medizinischen Versorgung beitragen.

Auch die potenziell positiven Effekte für den Arzt sollten nicht unterschätzt werden: Kämen mehr Patienten mit einem besseren „Fit“ in die Praxis, könnte dies zu einem harmonischeren Praxisablauf führen, den Zeitbedarf für Diskussionen mit unzufriedenen Patienten senken und eventuell sogar die Bereitschaft für die Inanspruchnahme von zielgruppengerechten und adäquaten Zusatzleistungen erhöhen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist seit jeher in einem besonders hohen Maße von Zutrauen und wechselseitigem Verständnis geprägt. Sollte es durch Bewertungsportale und mehr Transparenz möglich sein, diese besondere Beziehung durch eine gezieltere Zusammenführung von Patient und Arzt weiter zu verbessern, wäre dies sicherlich im Sinne von Patienten, Ärzten und auch dem Gesundheitssystem insgesamt.



Stiftung Gesundheit

Behringstraße 28 a, 22765 Hamburg

Tel: 040 / 80 90 87 - 0, Fax. 040 / 80 90 87 - 555

info@stiftung-gesundheit.de, www.stiftung-gesundheit.de