

Zufriedenheit mit der ambulant-ärztlichen Versorgung: Unterschiede nach Schulbildung in Görlitz

Andreas Mielck¹, Walter Satzinger¹, Peter Apelt²

¹ GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit GmbH, Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS), München-Neuherberg

² Lehrstuhl Soziologie III, Universität Düsseldorf

In der Diskussion über Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung wird seit einigen Jahren mit wachsender Resonanz gefordert, vergleichende Bewertungen von Versorgungseinrichtungen oder -massnahmen nicht nur anhand medizinischer und ökonomischer Kriterien vorzunehmen, sondern dabei auch Patientenurteile zu berücksichtigen. Zwar gab es vor allem in den USA schon ab den 60er Jahren Untersuchungen über "patient satisfaction", aber diese waren meist eng verknüpft mit der "Compliance"-Forschung und daher thematisch sehr eingeschränkt: Im Mittelpunkt standen damals die kommunikativen Interaktionen zwischen Arzt und Patient und deren Einflüsse auf die Befolgung ärztlicher Therapieanweisungen durch die Patienten; später wurde dann auch untersucht, ob sich durch Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses die Welle der Schadenersatzprozesse gegen die Ärzteschaft eindämmen lässt^{1,2}.

Heute hingegen wird der Patientenzufriedenheit eine deutlich erweiterte Bedeutung zugeschrieben: Sie gilt als elementare Dimension des Behandlungsergebnisses und somit als ein zentraler Bewertungsmaßstab für die Qualität gesundheitlicher Versorgung. Diese Entwicklung hatte mehrere Gründe:

- medizinpsychologisch: die keineswegs neue, aber neuerdings revitalisierte Erkenntnis der psychischen Bedingungen physischer Krankheit;
- gesundheitspolitisch: die allmähliche Durchsetzung des vor allem seit der Erklärung von Alma Ata (1978) proklamierten Prinzips, im Versorgungsprozess der „Partizipation der Betroffenen“ einen gewichtigen Platz einzuräumen;
- gesundheitsökonomisch: die wachsende Konkurrenz unter den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen und deren dadurch ausgelöstes Bemühen, durch stärkere „Kundenorientierung“ ihres Versorgungsangebots Wettbewerbsvorteile zu erzielen.

Vor allem aber durch den inzwischen weitgehend akzeptierten Auftrag an die Akteure im Gesundheitswesen, die Qualität ihrer Leistungen systematisch zu überprüfen und zu „sichern“, haben Untersuchungen über Patientenzufriedenheit einen besonderen Stellenwert erhalten. Sie gehören mittlerweile zum Standardrepertoire von methodisch fort-

geschrittenen Qualitätssicherungsprogrammen^{3,4}. Die meisten Publikationen über das Thema Patientenzufriedenheit sind neueren Datums und entstanden im Rahmen dieser Versuche qualitätsorientierter Bewertung der Gesundheitsversorgung^{5–8}.

Bei Literaturrecherchen zum Thema Patientenzufriedenheit werden heute von den einschlägigen Datenbanken an die 300 Bücher oder Zeitschriftenartikel genannt, die das Stichwort „patient (oder consumer) satisfaction (in health care)“ bereits in ihrem Titel tragen, gar nicht zu reden von den zahllosen Arbeiten, in denen es wenigstens als Schlagwort aufgeführt wird. Eine Meta-Analyse der Publikationen zur Patientenzufriedenheit konnte sich 1990 bereits auf 221 englischsprachige Untersuchungen beziehen⁹. Eine weitere Übersicht über die Literatur bis 1987, die sich speziell mit Patientenurteilen über die stationäre Versorgung befasst, fand immerhin 112 entsprechende Veröffentlichungen¹⁰.

Die thematischen Schwerpunkte dieser Arbeiten lassen sich grob in folgende Kategorien unterteilen: (1) generelle Begründung des Stellenwertes von Patientenurteilen bei Evaluationen des Versorgungssystems; (2) Verwendung von Patientenurteilen bei Vergleichen zwischen verschiedenen Versorgungsinstitutionen oder -methoden; (3) Entwicklung von Erhebungsverfahren zur Ermittlung von Patientenurteilen; (4) Analyse der Validität von Patientenurteilen. Regional gesehen wird dieses Forschungsfeld quantitativ und qualitativ noch immer dominiert von Arbeiten nordamerikanischen Ursprungs. Auf europäischer Seite kommen dem dortigen Niveau noch am ehesten britische Untersuchungen nahe¹¹. Relativ weit entwickelt ist der Forschungsstand in den Niederlanden¹²; einzelne Veröffentlichungen liegen auch aus Irland, Schweden und Norwegen vor.

Vergleichsweise dürftig ist hingegen der Forschungsstand in West-Deutschland. Obwohl nun auch hier – wie schon seit längerem in den USA, in Grossbritannien und in den Niederlanden – Qualitätssicherung zu einem Schlüsselbegriff der gesundheitspolitischen Debatte geworden ist^{13–15}, gibt es, von einem frühen Grundsatzartikel abgesehen¹⁶, u. W. bislang nur sehr wenige Arbeiten zum Thema Patientenzufriedenheit (e. g.¹⁷). Auch der Um-

stand, dass in medizinsoziologischen Lehrbüchern dieses Thema entweder gar nicht oder nur peripher aufgegriffen wird^{18,19}, belegt seine Vernachlässigung.

In der wissenschaftlichen Literatur Ost-Deutschlands jedoch wurde der Funktion von Patientenzufriedenheit bei der Beurteilung des Gesundheitswesens größere Aufmerksamkeit gewidmet^{1,20}. So ist es vielleicht auch kein Zufall, dass die Daten der folgenden Analyse in Ost-Deutschland erhoben wurden.

Unterschiede in der Patientenzufriedenheit nach sozialen und sozioökonomischen Faktoren wurden bereits in mehreren Arbeiten untersucht. Eine Meta-Analyse dieser Forschungsergebnisse zeigt, dass die Zufriedenheit mit steigendem Alter und besserem Gesundheitszustand zumeist zunimmt und dass kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen bestehen⁹. Die Ergebnisse in bezug auf die Indikatoren des sozioökonomischen Status (Schulbildung, Einkommen etc.) sind jedoch sehr uneinheitlich; so ergibt sich z. B. eine grössere Zufriedenheit sowohl mit geringerer Schulbildung als auch mit höherem beruflichen Status; eine Erklärung dieses widersprüchlichen Ergebnisses ist bisher noch nicht erfolgt. Aus Ost- und West-Deutschland wurden bisher u. W. keine Angaben über die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung in verschiedenen sozioökonomischen Gruppen publiziert²¹.

In der vorliegenden Analyse wird als allgemeine Arbeitshypothese angenommen, dass mit abnehmender Schulbildung die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung geringer und die Wartezeit beim Arzt länger wird. Wie oben angedeutet, lässt sich diese Hypothese kaum durch vorhandene empirische Ergebnisse aus anderen Staaten stützen. Sie leitet sich vielmehr aus der allgemeinen Erkenntnis ab, dass auch in Ost-Deutschland Personen mit geringerer Schulbildung in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung benachteiligt waren^{22,23}.

Methoden

Die hier vorgestellte Untersuchung basiert auf Daten aus einer vom Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens der DDR (ISOG) durchgeführten Studie über die ambulante medizinische Versorgung im Stadt- und Landkreis Görlitz²². Zwischen November 1986 und März 1987 wurde ein standardisierter Fragebogen mit 101 Fragen an alle dort wohnhaften Personen ab 18 Jahren verschickt, deren Nachname mit dem Buchstaben „B“ begann. Die Brutto-Stichprobe umfasste insgesamt 6233 Personen (ca. 6% der Gesamtbevölkerung). Nach einmaliger Erinnerung lagen Antworten von 4007 Personen vor (Ausschöpfung 64,3%); 1% hatte schriftlich ihre Verweigerung mitgeteilt, bei 8% war eine Teilnahme an der Studie nicht möglich gewesen (Empfänger unbekannt ver-

zogen etc.), von den restlichen 27% lagen keine weiteren Angaben über die Gründe der Nicht-Teilnahme vor.

Zur Überprüfung der Repräsentativität wurde die Alters- und Geschlechtsstruktur der Netto-Stichprobe mit Angaben über die Gesamtbevölkerung in der untersuchten Region verglichen. Zur Bereinigung von kleineren Abweichungen wurden insgesamt 88 Fälle aus der Netto-Stichprobe herausgenommen (Verfahren der gezielten zufälligen Reduktion), so dass die Repräsentativität der endgültigen Stichprobe (N = 3919) als gut eingeschätzt werden kann.

Die acht Fragen nach der Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung bezogen sich jeweils auf den Arzt, von dem sich die Befragten seit längerer Zeit hauptsächlich behandeln liessen; sie lauteten wie folgt: (1) Sind Sie mit Ihrem Arzt zufrieden? (2) Können Sie Ihrem Arzt Sorgen und Probleme mitteilen, die Sie beschäftigen, abgesehen von den Sorgen um Ihre gegenwärtige Krankheit? (3) Wenn Ihnen der Arzt ein Medikament verordnet, erklärt er Ihnen dann auch, worauf dessen Heilwirkung beruht? (4) Haben Sie bei Ihrem behandelnden Arzt den Eindruck, dass er Sie gewissenhaft untersucht? (5) Machen Sie Ihrem Arzt Vorschläge zu Ihrer Behandlung? (6) Geht Ihr Arzt auf solche Vorschläge ein? (7) Informiert Sie der Arzt über die Entstehung und den Verlauf Ihrer Krankheit? (8) Wie lange müssen Sie im Durchschnitt bei ihrem Arzt warten? Von der Vielzahl möglicher Dimensionen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit^{9,11} werden somit vier zentrale angesprochen: Allgemeine Zufriedenheit (Frage 1), Arzt-Patient-Verhältnis (Fragen 2, 3, 5, 6), professionelle Fähigkeiten (Fragen 4, 7) und Zugänglichkeit (Frage 8).

Bei den ersten sieben Fragen werden vier Antwortkategorien angeboten (Ja, mehr Ja als Nein, mehr Nein als Ja, Nein); als Ausdruck von Zufriedenheit wird in der folgenden Analyse nur die erste Kategorie („Ja“) verwendet. Für die achte Frage sind sechs Antwortkategorien vorhanden (von „brauche nicht zu warten“ bis zu „2 Stunden und mehr“); für die Analysen wird eine Wartezeit bis zu einer halben Stunde als kurz angesehen. Zusätzlich gehen in die Analyse die drei folgenden Variablen ein: Schulabschluss (bis 8., bis 10. oder bis 12. Klasse), Geschlecht, Altersgruppe in Jahren (20–34, 35–49, 50–64, 65 und älter). Da die 12. Klasse mit 18 oder 19 Jahren möglicherweise noch nicht abgeschlossen ist, werden diese beiden Altersstufen aus der Analyse ausgeschlossen.

Die Auswertung erfolgt mit Hilfe von Häufigkeitstabellen und logistischen Regressionsanalysen (SAS, release 6.07). Bei letzteren wird wie folgt vorgegangen: Zunächst werden alle Variablen dichotomisiert. Dann werden zur Prüfung der Multikollinearität der „Variance Inflation Factor“ und die „Eigenvalues“ in einer linearen Regression unter Einbeziehung aller unabhängigen Variablen

betrachtet. Interaktionen werden anschliessend mit dem „likelihood ratio test“ und der „backward elimination“²⁴ getestet, indem alle Interaktionen der Variablen „Schulbildung“ mit den anderen unabhängigen Variablen aufgenommen werden und nur dann im Modell verbleiben, wenn dadurch die Erklärungskraft des Modells signifikant (5% Niveau) gesteigert wird. In einem ersten Schritt werden dabei alle Interaktionen „en bloc“ (chunk test) getestet; falls der „chunk test“ das Vorliegen von signifikanten Interaktionen signalisiert, werden sie in einem zweiten Schritt der Reihe nach überprüft.

Ergebnisse

Insgesamt sind 3849 Personen über 20 Jahren in der Stichprobe enthalten. Angaben zur Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung fehlen bei ca. 1100 Personen, vermutlich vor allem deshalb, weil diese Fragen nur beantwortet werden sollten, wenn der/die Befragte seit längerer Zeit durch einen bestimmten Arzt betreut wurde. Ca. 900 Personen gaben zudem an, gegenüber ihrem Arzt keine Behandlungsvorschläge gemacht zu haben (Frage 5); folglich fehlt bei ihnen auch die Antwort auf Frage 6.

Eine erste Analyse (hier nicht gezeigt) ergab, dass bei ca. 80% der Befragten die allgemeine Zufriedenheit (Frage 1) übereinstimmt mit der Zufriedenheit bei den vier spezielleren Fragen 2, 3, 4 und 7. Unterschiede treten dagegen vor allem in den folgenden Konstellationen auf: Von den allgemein

Zufriedenen machen 62% keine eigenen Behandlungsvorschläge, geht der Arzt bei 45% nicht auf die Behandlungsvorschläge ein, müssen 41% relativ lang beim Arzt warten. Die drei zuletzt angesprochenen Variablen (Fragen 5, 6, 8) drücken also offenbar andere Dimensionen der Zufriedenheit aus, als mit der ersten allgemeinen Frage erfasst werden. In Tabelle 1 sind die prozentualen Häufigkeiten der Zufriedenheit nach Geschlecht, Alter und Schulbildung wiedergegeben. Um die Fallzahl zu erhöhen, werden dabei die beiden unteren und die beiden oberen Altersgruppen zusammengefasst. Die Ergebnisse zeigen, dass von insgesamt 32 Vergleichen (8 Zufriedenheits-Variablen, je zwei Geschlechts- und Altersgruppen) bei 27 Vergleichen die grösste Zufriedenheit in der Gruppe mit dem höchsten Schulabschluss vorhanden ist; erhebliche Unterschiede sind dabei vor allem für die Variable „Arzt geht auf Vorschläge ein“ vorhanden. Weitere Auswertungen (hier nicht gezeigt) weisen auf eine positive Beziehung sowohl zwischen Gesundheitszustand und Zufriedenheit als auch zwischen Schulbildung und Gesundheitszustand hin; der Gesundheitszustand sollte daher in der logistischen Regression als potentieller Confounder berücksichtigt werden.

Die logistische Regressionsanalyse erfolgte getrennt für Männer und Frauen. Die Prüfung der Multikollinearität ergab, dass kein „Variance Inflation Factor“ grösser als 5,5 und kein „Eigenvalue“ grösser als 12,1 ist; es wird daher davon ausgegangen, dass die vorhandene geringe Multikollinearität für die folgenden Analysen kein Problem darstellt. Die

Tab. 1. Unterschiede in der Zufriedenheit nach Schulbildung, Alter und Geschlecht (in Prozent).

Alter ¹	Männer						Frauen					
	jünger			älter			jünger			älter		
	HS	MR	AB	HS	MR	AB	HS	MR	AB	HS	MR	AB
Schulabschluss ²												
Anzahl absolut	238	314	60	327	54	28	313	502	71	673	87	20
bin mit Arzt zufrieden	65,6	60,8	75,0	83,8	75,9	82,1	67,7	63,0	71,8	85,1	82,8	95,0
kann Arzt Sorgen mitteilen	55,8	47,1	60,3	72,1	67,9	78,6	56,0	51,3	57,1	74,5	69,8	88,9
Medikamente werden erklärt	56,1	47,1	60,0	77,1	68,5	85,7	64,6	56,7	65,7	80,4	72,1	79,0
werde gewissenhaft untersucht	61,5	57,3	75,0	80,1	76,4	92,9	65,8	58,5	70,0	83,2	73,6	90,0
mache eigene Behandlungsvorschläge	22,7	17,6	23,3	29,5	20,0	42,9	19,8	16,4	20,0	24,3	31,0	26,3
Arzt geht auf Vorschläge ein	36,2	31,5	52,8	54,2	51,4	94,7	43,0	36,1	51,2	55,2	61,4	84,6
werde gut über Krankheit informiert	55,3	50,3	67,8	70,6	72,7	81,5	57,7	50,9	57,4	66,7	64,7	70,6
muß beim Arzt nur kurz warten	30,7	22,1	44,3	43,5	41,1	57,1	34,3	31,0	42,9	45,7	50,6	44,4

¹ jünger: 20–49 Jahre; älter: 50 Jahre und älter.

² HS: bis 8. Klasse; MR: bis 10. Klasse; AB: bis 12. Klasse.

Tab. 2. Allgemeine Zufriedenheit mit dem Arzt¹ (logistische Regression).

	Odds-Ratios und 95 % Konfidenz-Intervalle	
	Männer	Frauen
Schulbildung ²		
bis 8. Klasse	0,80 (0,45–1,41)	0,78 (0,45–1,36)
bis 10. Klasse	0,64 (0,36–1,13)	0,71 (0,42–1,22)
Altergruppe ³		
35–49 Jahre	1,35 (0,92–1,97)	1,85 (1,32–2,59)
50–64 Jahre	2,49 (1,59–3,89)	4,64 (3,05–7,04)
65 Jahre und älter	7,44 (3,99–13,88)	6,23 (3,99–9,74)
Gesundheitszustand ⁴		
mehr gut als schlecht	0,48 (0,35–0,69)	0,41 (0,30–0,56)
mehr schlecht als gut	0,29 (0,19–0,44)	0,35 (0,24–0,49)
schlecht	0,74 (0,30–1,81)	0,27 (0,15–0,49)

¹ Frage: „Sind Sie mit Ihrem Arzt zufrieden?“ / Antwort: „Ja“.

² Vergleichsgruppe: bis 12. Klasse.

³ Vergleichsgruppe: 20–34 Jahre.

⁴ Vergleichsgruppe: guter Gesundheitszustand.

„chunk tests“ zeigten, dass in allen Modellen die Interaktionen unberücksichtigt bleiben können. Von den insgesamt 16 Modellen (8 Zufriedenheits-Variablen bei Männern und bei Frauen) werden zunächst die beiden Modelle in bezug auf die allgemeine Zufriedenheit wiedergegeben (Tabelle 2). Etwas unscharf formuliert zeigen sie das folgende Ergebnis: Die Zufriedenheit nimmt mit geringerer Schulbildung und schlechterem Gesundheitszustand ab und mit steigendem Alter zu. Die Ergebnisse der vorausgegangenen Analysen werden somit bestätigt, auch wenn in der logistischen Regression die Effekte der Schulbildung nicht signifikant sind. In den Modellen mit den anderen Zufriedenheits-Variablen zeigen sich ähnliche Effekte für die Altersgruppen und den Gesundheitszustand, in der nachfolgenden Tabelle sind diese Odds Ratios daher nicht mehr enthalten. Wie in Tabelle 2 sind auch in den weiteren Modellen die Ergebnisse für Männer und Frauen einander sehr ähnlich; um stabilere Ergebnisse zu erhalten, wird daher auf diese Differenzierung verzichtet. In Tabelle 3 weisen 13 der insgesamt 16 Odds Ratios darauf hin, dass Personen mit der höchsten Schulbildung signifikant oder nahezu signifikant zufriedener sind als Personen mit geringerer Schulbildung. Wie schon in Tabelle 1 sind die stärksten Unterschiede für die Variable „Arzt geht auf Vorschläge ein“ vorhanden.

Diskussion

Die methodische Diskussion konzentriert sich auf Fragen der Validität und Repräsentativität. Einschränkungen der Repräsentativität können vor allem aus zwei Gründen auftreten. Zum einen bildet die Stichproben-Auswahl nach dem Kriterium „der Nachname beginnt mit dem Buchstaben B“ keine reine Zufallsauswahl, da Familienhäufungen auftreten können; diese Verzerrung ist jedoch vermut-

Tab. 3. Zufriedenheit und Schulbildung (logistische Regression).

	Odds-Ratios ¹ und 95 % Konfidenz-Intervalle
bin mit Arzt zufrieden	
bis 8. Klasse	0,81 (0,54–1,20)
bis 10. Klasse	0,69 (0,47–1,01)
kann Arzt Sorgen mitteilen	
bis 8. Klasse	0,81 (0,57–1,15)
bis 10. Klasse	0,75 (0,53–1,06)
Medikamente werden erklärt	
bis 8. Klasse	0,90 (0,63–1,28)
bis 10. Klasse	0,72 (0,51–1,03)
werde gewissenhaft untersucht	
bis 8. Klasse	0,65 (0,44–0,96)
bis 10. Klasse	0,55 (0,37–0,81)
mache eigene Behandlungsvorschläge	
bis 8. Klasse	0,62 (0,41–0,94)
bis 10. Klasse	0,69 (0,45–1,07)
Arzt geht auf Vorschläge ein	
bis 8. Klasse	0,43 (0,28–0,65)
bis 10. Klasse	0,52 (0,33–0,80)
werde gut über Krankheit informiert	
bis 8. Klasse	0,76 (0,53–1,08)
bis 10. Klasse	0,70 (0,49–0,99)
muß beim Arzt nicht lange warten	
bis 8. Klasse	0,62 (0,45–0,87)
bis 10. Klasse	0,59 (0,42–0,83)

¹ Männer und Frauen.

Kontroll-Variablen: Altersverteilung, Gesundheitszustand. Vergleichsgruppe: Personen mit Schulabschluß nach der 12. Klasse.

lich gering. Ein grösseres Problem stellt die Stichproben-Ausschöpfung von 64,3 % dar, obwohl versucht wurde, durch Eliminierung einiger ausgefüllter Fragebögen die Repräsentativität zu erhöhen. Informationen über systematische Verzerrungen durch Verweigerer sind nicht vorhanden.

Da die Angaben im Fragebogen nicht überprüft wurden, stellt sich zudem die Frage nach ihrer Validität. Angaben zur Schulbildung und zum Alter weisen vermutlich eine hohe Validität auf. In bezug auf den Gesundheitszustand und die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung ist die Unsicherheit erheblich grösser; wichtig ist jedoch, dass die subjektive Einschätzung zumindest ebenso von Bedeutung ist wie eine objektivere Messung. Unklar bleibt zudem, wie gut das Konstrukt „Patientenzufriedenheit“ durch die acht ausgewerteten Fragen erfasst wird, da eine inhaltliche Überprüfung dieses Instrumentes nicht erfolgte; die relativ gute Übereinstimmung der Antworten zu Frage 1 mit den Antworten zu den Fragen 2, 3, 4 und 7 (siehe oben) deutet jedoch an, dass zumindest diese spezielleren Variablen Teilbereiche des Konstrukts erfassen.

Bei der inhaltlichen Diskussion ist zunächst hervorzuheben, dass ähnlich wie in anderen Studien auch die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Patientenzufriedenheit bei Männern und Frauen grösser ist, je älter und je gesünder sie sind. Vor allem ist jedoch zu betonen, dass die Arbeitshypothese bestätigt wurde: Die Ergebnisse weisen auf eine geringere Zufriedenheit der Patienten mit kürzerer Schulbildung hin, und zwar unabhängig von Geschlecht, Alter und Gesundheitszustand. Die Stabilität dieser Beziehung zeigt sich dadurch, dass sie für alle vorhandenen Indikatoren der Zufriedenheit gefunden wurde. Die Odds Ratios liegen zwischen 0,90 und 0,43; umgedreht formuliert folgt daraus, dass Personen mit kürzerer Schulbildung 1,11- bis 2,33mal häufiger unzufrieden mit der ambulanten Versorgung sind als Personen mit längerer Schulbildung. Relativ geringe Unterschiede treten dabei vor allem bei der Erklärung von Medikamenten auf, die grössten Unterschiede zeigen sich beim Eingehen des Arztes auf die Behandlungsvorschläge des Patienten. Hervorzuheben ist auch, dass kein klarer Trend abnehmender Zufriedenheit mit geringerer Schulbildung vorhanden ist. Die geringste Zufriedenheit ist häufig nicht bei den Personen mit der kürzesten, sondern bei denen mit der mittleren Schulbildung vorhanden, entscheidend ist offenbar der Unterschied dieser beiden Gruppen zu den Personen mit der längsten Schulbildung.

Bei der Ableitung von Forschungsbedarf lassen sich zwei Aufgaben hervorheben. Zum einen sollten die hier vorgestellten Ergebnisse durch vergleichbare Studien in Ost- und West-Deutschland überprüft werden. Zum anderen wäre es wichtig, die möglichen Konsequenzen unterschiedlicher Patientenzufriedenheit zu untersuchen. Allgemein lassen sich bei einer Problematisierung der Patientenzufriedenheit drei Ebenen unterscheiden³: Patientenzufriedenheit ist sowohl ein angestrebtes Ziel als auch ein Qualitätsmassstab der medizinischen Versorgung; zudem kann sie das Patientenverhalten (Compliance, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen etc.) beeinflussen. Die Beziehung zwischen Schulbil-

dung und Patientenzufriedenheit kann auf allen drei Ebenen diskutiert werden: Auf der ersten Ebene stellt sich die Frage, ob es ein sinnvolles und erreichbares Ziel ist, dass Patienten mit unterschiedlicher Schulbildung die gleiche Zufriedenheit aufweisen; auf der zweiten Ebene, durch welche Qualitätsmerkmale (e. g. professionelle und kommunikative Fähigkeiten des Arztes) die Zufriedenheitsunterschiede hervorgerufen werden, und wie in Qualitätssicherungs-Programmen sozioökonomische Unterschiede untersucht werden können; auf der dritten Ebene, ob eine geringere Zufriedenheit bei Personen mit kürzerer Schulausbildung z. B. dazu führt, dass sie bei gesundheitlichen Problemen nicht so schnell ärztlichen Rat suchen wie andere Personen. Bedingt durch die vorhandenen Variablen konzentriert sich die vorliegende Studie auf die ersten beiden Ebenen, diese Einschränkung sollte in späteren Studien nach Möglichkeit vermieden werden.

Zusammenfassung

Während in Ost-Deutschland die Patientenzufriedenheit schon seit einigen Jahren Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen ist, sind vergleichbare Studien aus West-Deutschland bisher kaum vorhanden. Durch die gegenwärtige Diskussion über Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird die Patientenzufriedenheit jedoch auch hier stärker thematisiert. Die vorhandenen, vorwiegend anglo-amerikanischen Publikationen über den Zusammenhang zwischen Patientenzufriedenheit und sozioökonomischen Faktoren zeigen unklare Ergebnisse, Studien aus Deutschland fehlen hierzu ganz. In der vorliegenden Arbeit werden 1986/1987 erhobene Befragungsdaten aus einer Stadt in Ost-Deutschland analysiert. Die Auswertungen ergeben, dass unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung bei den Patienten mit der längsten Schulausbildung am grössten war.

Résumé

Satisfaction à l'égard des soins ambulatoires: Différences en fonction de l'éducation scolaire à Görlitz
Tandis qu'en Allemagne de l'Est, la satisfaction des patients fait déjà depuis quelques années l'objet d'études scientifiques, en Allemagne de l'ouest des études comparables existent à peine jusqu'à présent. La satisfaction des patients est à nouveau thématisée grâce à la discussion actuelle sur l'assurance de la qualité dans le domaine de la santé. Les publications existantes, en majeure partie anglo-américaines, sur la relation entre la satisfaction des patients et les facteurs socioéconomiques montrent des résultats incertains; en Allemagne il n'existe aucune

publication sur ce sujet. Dans cette étude, des données provenant d'un sondage entre 1986 et 1987 dans une ville de l'Allemagne de l'Est sont analysées. Les évaluations démontrent qu'indépendamment de l'âge, du sexe et de l'état de santé, les huit indicateurs de satisfaction des patients intégrés dans l'enquête indiquent une satisfaction diminuante selon que le niveau d'éducation scolaire baisse.

Summary

Patient satisfaction with ambulatory care: Differences by educational status in Görlitz

Whereas in East Germany patient satisfaction has been the subject of scientific research already for some years, there are hardly any comparable studies from West Germany. But today, based on the present discussion on quality assurance, interest in patient satisfaction increases in West Germany, too. Studies dealing with socioeconomic differences in patient satisfaction (most studies are from the USA and Great Britain, none from Germany) show very inconsistent results. The data for the present study are taken from a survey that has been conducted 1986/1987 in an East German town. The analyses indicate that satisfaction is greatest among those patients with the longest school education.

Literaturverzeichnis

- 1 Hüttner H, ed. *Medizinsoziologie. Tatsachen und Tendenzen*. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1987:224 pp.
- 2 Marker J. Pleased patients seldom sue. *J. Qual. Assur.* 1988; 10:8–10.
- 3 Palmer RH, Donabedian A, Povar GJ. Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice. Ann Arbor: Health Administration Press, 1991, 177 pp.
- 4 WHO-Regional Office for Europe, ed. *Targets for health for all. The health policy for Europe. Summary and updated edition September 1991*. Copenhagen: WHO, 1992, 58 pp.
- 5 Lebow J. Consumer Satisfaction with Medical Care: Present Status. In: Selbmann HK, Überla KK, eds. *Quality Assessment of Medical Care*. Gerlingen: Bleicher, 1982:153–164.
- 6 Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning* 1983; 6:185–210.
- 7 Davis AR, Ware JE. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs* 1988; 7:33–48.
- 8 Baker R, Whitfield M. Measuring patient satisfaction: a test of construct validity. *Qual. Health Care* 1992; 1:104–109.
- 9 Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta analysis. *Soc. Sci. Med.* 1990; 30(7):811–818.
- 10 Rubin HR. Patient evaluations of hospital care. A review of the literature. *Med. Care Suppl.* 1990; 28(9):S3–S9.
- 11 Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across General Practice, dental and hospital care settings. *Soc. Sci. Med.* 1991; 33(6):707–716.
- 12 Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc. Sci. Med.* 1991; 32:1301–1310.
- 13 Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (*Jahresgutachten 1989*). Baden Baden: Nomos 1989.
- 14 Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, ed. *Symposium zur Qualitätssicherung. BMA-Forschungsbericht Nr. 203*, Bonn 1991.
- 15 Satzinger W. *Qualitätssicherung im Krankenhaus. Die Diskussion in Deutschland und ein Modell aus München*. APIS – Zeitschrift für Politik, Ethik, Wissenschaft und Kultur im Gesundheitswesen 1992; 3:34–42.
- 16 Koch JJ. Der zufriedene Patient – Ein Kriterium für die Güte der Versorgung und Pflege im Krankenhaus? In: Pinding M, ed. *Krankenpflege in unserer Gesellschaft*. Stuttgart 1972.
- 17 Potthoff A, et al. Befinden und Zufriedenheit der Patienten nach gynäkologischen Operationen. *Geburtshilfe/Frauenheilkunde* 1987; 47:417–421.
- 18 Siegrist J. *Medizinische Soziologie*. München: Urban, 1988.
- 19 Ridder P. *Einführung in die Medizinische Soziologie*. Stuttgart: Teubner, 1988:226.
- 20 Kopske Ch. *Das soziale Befinden des Patienten (Dissertation)*. Berlin 1983.
- 21 Mielck A, Helmert U. *Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland*. In: Mielck A, ed. *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozial-epidemiologischen Forschung in Deutschland*. Opladen: Leske & Budrich, 1993 (im Druck).
- 22 Apelt P. *Gleichheit und Ungleichheit im Gesundheitswesen der DDR*. *Medizin Mensch Gesellschaft* 1991; 16(1):27–33.
- 23 Niehoff JU, Schneider F. *Sozialepidemiologie in der DDR. Probleme und Fakten. Argument Sonderband* 1991; AS 193:53–83.
- 24 Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1982, 529 pp.

Dank:

Wir danken Herrn John für kritische Anmerkungen und Frau Nagl für die Unterstützung bei der Datenauswertung.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Andreas Mielck, MPH
 GSF-Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (MEDIS),
 Ingolstädter Landstr. 1,
 D-80807 Neuherberg/Deutschland