

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Prozessbezogene Zufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen
Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung – Qualität aus
Patientenperspektive**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet
Rehabilitationsmedizin

vorgelegt
der Medizinischen Fakultät
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Katja Raberger

geboren am 06.07.1983 in Halle (Saale)

Betreuer: Prof. Dr. med. Wilfried Mau

Gutachter: 1. apl. Prof. Dr. med. habil. Gernot Keyßer
2. Prof. Dr. med. Ulrich C. Smolenski, Jena

14.01.2020

08.07.2020

Referat

Zielstellung: Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Analyse der prozessbezogenen Patientenzufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung.

Methoden: Grundlage der Arbeit bildete eine multizentrische, querschnittliche Befragung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen (N=633) in der ambulanten rheumatologischen Versorgung im Alter zwischen 18 und 82 Jahren. Die Patienten gaben einmalig im Anschluss an das Arzt-Patienten-Gespräch anonym Auskunft in einem Fragebogen zu ihrer prozessbezogenen Zufriedenheit (ZAP) mit den Dimensionen (Subskalen) der Praxisorganisation, Interaktion, erhaltenen Information, Fachkompetenz, partizipativen Entscheidungsfindung und drei Globalitems des ZAP– Vertrauen in den Arzt, allgemeine Zufriedenheit mit dem Arzt und Behandlungsqualität. Zusätzlich wurden sie zu soziodemografischen, gesundheitsbezogenen und versorgungsrelevanten Aspekten befragt. Zur Hypothesenprüfung dienten t-Tests, Varianzanalysen, Chi-Quadrat (χ^2) -Tests und Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman.

Ergebnisse: Es zeigte sich auf allen Dimensionen der Subskalen und Globalitems eine sehr hohe Patientenzufriedenheit. Die höchste Zufriedenheit berichteten die Patienten auf der ZAP Subskala Interaktion (88/100), die geringste auf der Subskala Partizipation (74/100). Ältere Patienten (>65 Jahre) waren überwiegend zufriedener als jüngere (18-45 Jahre). Männer waren auf der Mehrheit der Skalen zufriedener als Frauen. PKV-Versicherte zeigten lediglich auf zwei Skalen höhere Zufriedenheitswerte als GKV-Versicherte. Patienten, die eine depressive Symptomatik angaben, waren mit Zunahme der Schwere der depressiven Symptomatik unzufriedener. Patienten mit einem besseren Gesundheitszustand berichteten höhere Zufriedenheitswerte. Der Vergleich zwischen den ambulanten Einrichtungen (Uniklinik, Klinik und Praxis) brachte keine bedeutsamen Ergebnisse.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse können dazu beitragen, die rheumatologische Versorgung auf dem bestehenden positiven Niveau zu halten, anzupassen oder sogar noch zu steigern, um die Grundlage für langfristig gute Behandlungsergebnisse zu sichern.

Raberger, Katja: Prozessbezogene Zufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 78 Seiten, 2019

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Patientenzufriedenheit | 1 |
| 1.1.1 | Definition und Dimensionen | 1 |
| 1.1.2 | Ziele der Erfassung von Patientenzufriedenheit | 2 |
| 1.1.3 | Messinstrumente zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung | 3 |
| 1.2. | Qualität in der medizinischen Versorgung - Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Avedis Donabedian | 4 |
| 1.3 | Entzündlich rheumatische Erkrankungen | 5 |
| 1.3.1 | Klinisches Bild und Klassifikation | 5 |
| 1.3.2 | Ätiologie und Epidemiologie | 8 |
| 1.3.3 | Ambulante Versorgungssituation | 9 |
| 1.4 | Empirische Befunde im Bereich von Patientenzufriedenheitsmessungen | 9 |
| 1.4.1 | Offene Fragen und Forschungslücke | 13 |
| 2 | Zielstellung | 15 |
| 2.1 | Hypothesen und Fragestellungen | 15 |
| 3 | Methodik | 16 |
| 3.1 | Rahmenbedingungen und teilnehmende Einrichtungen | 17 |
| 3.2 | Patientenbefragung | 17 |
| 3.3 | Messinstrumente | 18 |
| 3.3.1 | Zielgröße – Patientenzufriedenheit (ZAP) | 18 |
| 3.3.2 | Auswertung und Reliabilität der verwendeten Skalen (ZAP) | 21 |
| 3.4 | Soziodemografische und Sozialmedizinische Parameter | 21 |
| 3.5 | Körperliche und psychische Gesundheit | 22 |
| 3.6 | Rahmenbedingungen des Arztbesuches | 23 |
| 3.7 | Datenauswertung | 24 |
| 3.7.1 | Aufbereitung der Rohdaten | 24 |
| 3.7.2 | Deskriptiv- und Inferenzstatistik | 24 |
| 3.7.3 | Umgang mit fehlenden Werten | 25 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4 | Ergebnisse | 26 |
| 4.1 | Fallzahlen und Dropout | 26 |
| 4.2 | Stichprobenbeschreibung | 27 |
| 4.3 | Rahmenbedingungen der ambulanten rheumatologischen Versorgung | 29 |
| 4.4 | Patientenzufriedenheit (ZAP) | 33 |
| 4.4.1 | ZAP Subskalen | 33 |
| 4.4.2 | ZAP Globalitems | 33 |
| 4.4.3 | Reliabilität der ZAP Subskalen | 36 |
| 4.5 | Hypothesenprüfung | 36 |
| 4.5.1 | Geschlechterunterschiede | 36 |
| 4.5.2 | Altersunterschiede | 37 |
| 4.5.3 | Versichertenstatus (PKV/GKV) | 38 |
| 4.5.4 | Depressionsschwere (PHQ-8) | 39 |
| 4.5.5 | Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs | 42 |
| 4.5.6 | Gesundheitsbezogene Angaben | 45 |
| 4.5.7 | Teilnehmende Einrichtungen | 46 |
| 4.6 | Ergebniszusammenfassung unter Berücksichtigung der Hypothesen | 46 |
| 5 | Diskussion | 47 |
| 5.1 | Repräsentativität der Stichprobe | 47 |
| 5.2 | ZAP Subskalen | 47 |
| 5.2.1 | ZAP Globalitems | 51 |
| 5.2.2 | Depressionsschwere (PHQ-8) | 52 |
| 5.2.3 | Gesundheitsbezogene Angaben | 53 |
| 5.2.4 | Geschlechterunterschiede | 53 |
| 5.2.5 | Altersunterschiede | 54 |
| 5.2.6 | Versichertenstatus (PKV/GKV) | 54 |
| 5.2.7 | Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs | 55 |
| 5.2.8 | Teilnehmende Einrichtungen | 55 |
| 5.3 | Stärken der Arbeit | 56 |
| 5.4 | Limitierungen der Arbeit | 57 |
| 5.5 | Schlussfolgerungen und praktische Implikationen | 58 |
| 6 | Literaturverzeichnis | 61 |

| | | |
|----|--|------|
| 7 | Thesen | 77 |
| 8 | Selbstständigkeitserklärung mit Unterschrift | VI |
| 9 | Erklärung über frühere Promotionsversuche | VII |
| 10 | Danksagung | VIII |

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Differenzierung, wie z.B. Rheumatologe und Rheumatologin, verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle *drei* Geschlechter.

Verzeichnis der Abkürzungen und Symbole

| Abkürzung | Bedeutung/Erklärung |
|------------------|--|
| ↓... ↑... | ↓ niedrigere Werte sind günstiger; ↑ höhere Werte sind günstiger |
| 95% - KI | 95%-Konfidenzintervall |
| Abb. | Abbildung |
| ACR | American College of Rheumatology |
| AIMS-SF | Arthritis Impact Measurement Scales-Short Form |
| ANOVA | Analysis of Varianz (engl.); Varianzanalyse |
| AU | Arbeitsunfähigkeit |
| DAS28 | Disease Activity Score 28 (Items) |
| DGRh | Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie |
| DMARDs | Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs |
| EM | Erwerbsminderung |
| EULAR | European League against Rheumatism |
| F | F-Wert |
| G-BA | Gemeinsamer Bundesausschuss |
| GdB | Grad der Behinderung |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| ICD-10; F Code | Psychische und Verhaltensstörungen |
| ICD-10; L Code | Krankheiten der Haut und der Unterhaut |
| ICD-10; M Code | Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes |
| ICD-10-GM | Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification |
| ID | Identifikationsnummer |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| M | Mittelwert |
| MVZ | Medizinische Versorgungszentren |
| n | Fallzahl einer Teilstichprobe |
| N | Fallzahl der Gesamtstichprobe |
| NRS | Numerische Rating-Skala |
| p | statistisches Signifikanzniveau |
| PHQ-8 | Patient Health Questionnaire Depression Scale (8 Items) |
| PKV | Private Krankenversicherung |
| PZ | Patientenzufriedenheit |
| QM | Qualitätsmanagement |
| r | Korrelationskoeffizient |
| RA | Rheumatoide Arthritis |
| RCT | Randomized controlled trial (engl.); randomisierte kontrollierte Studie |

| Abkürzung | Bedeutung/Erklärung |
|------------------|---|
| SD | Standardabweichung |
| SDM | Shared decision making (engl.); partizipative Entscheidungsfindung |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SLE | Systemischer Lupus erythematoses |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| Vgl. | Vergleich |
| ZAP | Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive |
| α | Cronbachs Alpha, Maß der internen Konsistenz |
| χ^2 | Chi-Quadrat-Statistik |

1 Einleitung

Die Perspektive der Patienten und insbesondere die Patientenzufriedenheit gewinnen im deutschen Gesundheitswesen – auch vor dem Hintergrund wettbewerblicher Steuerung von Arztpraxen und Krankenhäusern – zunehmend an Bedeutung [1, 2]. Der Fokus bisheriger Studien zur Patientenzufriedenheit bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen lag hauptsächlich im Bereich medikamentöser Therapien oder Behandlungsprogramme.

Studien, welche die prozessbezogene Patientenzufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen im ambulanten Kontext abbilden, sind bisher nicht bekannt.

Die vorliegende Arbeit soll Aufschluss darüber geben, wie Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ihre ambulante Versorgung durch den behandelnden Rheumatologen beschreiben, wie zufrieden sie mit dieser Versorgung in den unterschiedlichen Dimensionen sind und welche Determinanten ggf. für eine hohe oder geringe Patientenzufriedenheit identifiziert werden können. Die Schließung dieser wichtigen Forschungslücke und die hier erwarteten Erkenntnisse soll Rheumatologen dabei unterstützen, die Zufriedenheit ihrer Patienten und damit auch ggf. deren Adhärenz zu erhöhen, um die Grundlage für langfristig gute Behandlungsergebnisse zu sichern.

1.1. Patientenzufriedenheit

1.1.1 Definition und Dimension

Für den Begriff der Patientenzufriedenheit (PZ) findet sich mehr als eine [3–5] und somit keine einheitliche, allgemeingültige Definition [2, 6]. Gründe hierfür sind unter anderem die unterschiedlichen Ansprüche an das Konzept der PZ seitens der Gesundheitspolitiker, Kostenträger, Leistungserbringer und Patienten(-vertreter) [2]. Weiterhin stellen die Vielschichtigkeit sowie die Anzahl der Dimensionen und die Uneinigkeit der verschiedenen Autoren, welche Dimensionen das Konstrukt der PZ in welcher Gewichtung enthalten soll, die wohl größten Herausforderungen für eine global gültige Definition des Begriffes dar [7, 8]. In einer Metaanalyse von 1988 [9, 10] zitiert nach [7] identifizierten Hall & Dornan insgesamt 12 Dimensionen der Patientenzufriedenheit, darunter (geordnet nach ihrer Häufigkeit): *1. Psycho-soziale und affektive Betreuung, 2. Information und Aufklärung, 3. Gesamtqualität, 4. Fachliche und technische Kompetenz des medizinischen Personals, 5. Gesamtzufriedenheit, 6. Organisation, Ablauforganisation, administrativer Aufwand, 7. Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, 8. Finanzierung, 9. Einrichtung oder infrastrukturelle Ausstattung, 10. Behandlungsergebnis, 11.*

Versorgungskontinuität und 12. Berücksichtigung allgemeiner Lebensprobleme des Patienten. Bedenkt man zusätzliche Einflussvariablen wie Grunderkrankungen, Chroniker-Status, Schmerzpatienten, verschiedene Behandlungsmethoden, ambulante und stationäre Versorgung (usw.), wird die Schwierigkeit einer allgemeingültigen Definition umso verständlicher. Einigkeit erzielt die Fachwelt jedoch darüber, dass Erwartungen des Patienten und PZ in einem reziproken Verhältnis zueinander stehen [5, 7, 11].

In einem aktuellen Review zum Thema PZ [12] wird zudem kritisiert, dass Forscher seit den 1960er Jahren den Begriff der PZ auf Grundlage einer Theorie aus dem Bereich der Kundenzufriedenheit ohne wesentliche Adaption übernommen haben, die Ursprungstheorie selbst jedoch bislang nicht ausreichend belegt sei. Daher schlagen die Autoren vor, den Begriff der PZ aus einer anderen Perspektive heraus zu definieren bzw. zu erforschen, auf welche Art und Weise Patienten ihre Versorgung bewerten. Die Frage „Was genau ist Patientenzufriedenheit?“ ist demnach komplex und nicht allgemeingültig zu beantworten.

1.1.2 Ziele der Erfassung von Patientenzufriedenheit

Mit der Einführung des Gesundheitsreformgesetzes in Deutschland im Jahre 1988 wurde begonnen, im Rahmen qualitätssichernder Maßnahmen zunehmend Bedürfnisse und Erwartungen im Kontext der PZ zu erheben [13]. Die Patientenperspektive stellt damit, auch vor dem Hintergrund des Erhalts bzw. der Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit von Arztpraxen und Kliniken, eine wichtige Säule des Qualitätsmanagements dar [6] und kann somit zur Steigerung des Marktanteiles einer Einrichtung beitragen [14]. Seit 2004 sind Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren sowie zugelassene Krankenhäuser nach § 135a Absatz 2 Nr. 2 des Fünften Sozialgesetzbuches verpflichtet, drei Jahre nach Zulassung bzw. Ermächtigung einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement (QM) einzuführen und weiterzuentwickeln [15]. Die sehr umfangreichen, unter §4 der Richtlinie [15] aufgeführten „Methoden und Instrumente“ im Rahmen des QM beinhalten unter anderem auch „Patientenbefragungen“. Dazu werden drei Hinweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgeführt: *1. Die Einrichtung führt regelmäßig Patientenbefragungen durch und wertet diese aus. 2. Deren Ergebnisse geben der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive sowie gegebenenfalls Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen. 3. Möglichst sollten dafür validierte Patientenbefragungsinstrumente genutzt werden.*

Die Sicht der Patienten, vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Erkrankung, erlaubt somit einen Einblick, wie die Qualität von Gesundheitsleistungen wahrgenommen und bewertet wird [16]. Weiterhin hilft die Erfassung der Perspektive der Patienten, Probleme bei der Versorgung zu identifizieren [5] und kann dazu beitragen, die PZ zu erhöhen [6]. Dies wiederum kann zu einer besseren Compliance bzw. Adhärenz [17, 18] und somit langfristig zu einer Verbesserung [19–21] der Behandlungsergebnisse führen.

1.1.3 Messinstrumente zur Erfassung der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung

Insgesamt gibt es im *deutschsprachigen* Raum vier standardisierte, krankheitsübergreifende Instrumente zur Messung der PZ im *ambulanten* Versorgungsbereich, darunter [5] :

- der Fragebogen zur Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive (ZAP) [22, 23], der die prozessbezogene Patientenzufriedenheit misst und Gegenstand dieser Arbeit ist,
- Qualiskope-A [6], der ebenfalls die prozessbezogene Patientenzufriedenheit erfasst und sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich eingesetzt werden kann, der
- Fragebogen der Gesellschaft für empirische Beratung/Qualitätspraxen (GEB/QP-Qualitätspraxen) [24] , der Patientenbewertungen innerhalb der Hausarztpraxis erfasst, und der
- European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP) [25], der zur Erfassung der Patientenperspektive innerhalb des hausärztlichen Qualitätsmanagements entwickelt wurde.

Die Fragebögen unterscheiden sich hinsichtlich der Anzahl der verwendeten Items und der verschiedenen Dimensionen, die bei der Messung der PZ Berücksichtigung fanden (vgl. Abschnitt 1.1). Weiterhin gibt es eine Fülle kommerzieller Anbieter (z.B. Infratest Burke, Beiersdorff AG, Aqua GmbH), die Paper & Pencil oder Tablet-gestützte Fragebögen zur PZ für Kliniken und ambulante Praxen im Rahmen des QM bereitstellen. Zu den hier verwendeten Items und Instrumenten sind jedoch in der Regel keine Angaben zu psychometrischen Gütekriterien vorhanden [5, 6]. Aufgrund der Schwierigkeit der Definition des Begriffes der Patientenzufriedenheit (vgl. 1.2.1), lässt sich auch die Herausforderung der Entwicklung eines geeigneten Instrumentes erahnen. Ausführlich diskutiert wird in der Literatur die soziale Erwünschtheit von Antworten bei Patientenbefragungen [2, 7, 26], also der (un-)bewusste

Versuch ein positives Bild abzugeben, auch wenn die Angaben nicht der Wahrheit entsprechen [27]. Die Tendenz zu positiven Antworten fällt im Vergleich zu anderen (Kunden-)Zufriedenheitsbefragungen besonders auf [5]. Zudem ist der Bias der sozialen Erwünschtheit in der Versorgungsforschung generell relevanter als in anderen Bereichen der Medizin [27]. Nach Diekmann sind sinnvolle Strategien dagegen vor allem die Anonymisierung und möglichst neutrale Frageformulierungen [28].

1.2. Qualität in der medizinischen Versorgung - Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Avedis Donabedian

"Structure describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment. Process is what is done in caring for patients. Outcome is what is achieved, an improvement usually in health but also in attitudes, knowledge, and behavior conducive to future health." [29]

In seinem ersten Paper „Evaluating the Quality of Medical Care“ im Jahre 1966 [30] beschrieb Avedis Donabedian unter anderem die drei Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die Bewertung der Qualität in der Gesundheitsversorgung. Allein bis zum Jahre 2015, also über 50 Jahre später, war dies der am häufigsten zitierte (5 784) Artikel des Journals „The Milbank Quarterly“ [31]. Bis zum heutigen Tage sind diese drei Ebenen fest in der globalen medizinischen Gesundheitsversorgung und Gesundheitssystemforschung verankert [32, 33]. Eine Messung der PZ ist je nach Fragestellung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität möglich. Tabelle 1 zeigt Beispiele für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Medizin nach Donabedian [8].

Tabelle 1. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Medizin nach Donabedian [8]

| Strukturqualität (Structure) |
|---|
| - Ausbildung des Arztes |
| - Weiterbildung des Arztes |
| - Qualifikation und Anzahl der Mitarbeiter |
| - Praxis- bzw. Klinikeinrichtung und -organisation |
| - Erreichbarkeit der Praxis/Klinik |
| - Dokumentationsmöglichkeiten |
| Prozessqualität (Process) |
| - Anamnese- und Untersuchungstechnik |
| - Therapie des Arztes, Pflegemaßnahmen |
| - Indikationsstellung bei Über- oder Einweisungen |
| - Zusammenarbeit mit Kollegen und Praxis- bzw. Klinikmitarbeitern |
| - Gesprächsführung |

Ergebnisqualität (Outcome)

- Besserung oder Heilung von Erkrankungen
 - Patientenzufriedenheit in Bezug auf das Behandlungsergebnis (adaptiert nach [34])
 - Höhe des Blutdrucks oder des Blutzuckers
 - Änderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen
 - (Beeinflussung von) Morbidität und Letalität
-

Die drei Ebenen erheben keinen Anspruch auf Linearität [8]. Eine gute Struktur- und Prozessqualität resultiert nicht automatisch in guter Ergebnisqualität. Sind Arzt und Schwestern hoch qualifiziert, haben eine gut ausgestattete Praxis mit moderner Apparatur (*gute Strukturqualität*), klären den Patienten ausreichend auf, führen ein umfangreiches Anamnesegespräch und beziehen Kollegen mit ein (*gute Prozessqualität*), so kann dies trotzdem zu einer schlechten oder nur unzureichenden *Ergebnisqualität* führen. Aufgrund von Nebenwirkungen kann es z.B. zu einer unzureichenden Compliance bzw. Adhärenz und somit zu Spätfolgen und einer geringen Ergebnisqualität kommen [8]. In anderen Fällen ist es per se schwierig zu messen, ob z.B. die Verlängerung des Lebens (*Ergebnisqualität*) unter bestimmten Umständen auf eine gute medizinische Behandlung (*Prozessqualität*) zurückzuführen ist [30]. Solche Zusammenhangsfragen im Bereich der medizinischen Versorgung sollen jedoch nicht Gegenstand dieser Arbeit sein.

1.3 Entzündlich rheumatische Erkrankungen

1.3.1 Klinisches Bild und Klassifikation

Insgesamt werden mehr als 100 verschiedene Krankheitsbilder innerhalb der Klassifikation entzündlich rheumatischer Erkrankungen unterschieden. Gemeinsam ist diesen chronischen, progredient verlaufenden Krankheiten die Zugehörigkeit zu der Gruppe der Autoimmunerkrankungen [35], bei denen das Immunsystem körpereigene gesunde Strukturen angreift und sich in Folge dessen chronische Entzündungsprozesse manifestieren [36]. Dieser Prozess kann bei Patienten mit starken Schmerzen, Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, Einschränkungen der sozialen Teilhabe [35, 37], körperlichen Behinderungen und mit vorzeitigem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben einhergehen [38]. Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung in Deutschland [39] war z.B. der Anteil der Erwerbstätigen mit RA im Alter von 18-65 Jahren im Jahr 2014 bei Frauen um ca. 13 % und bei Männern um ca. 14 % reduziert [40]. Weiterhin können die vielfältigen körperlichen Einschränkungen als Prädiktoren für eine stark beeinträchtigte Lebensqualität fungieren [41, 42].

Zu einem typischen Begleitsyndrom, welches häufiger von Patienten mit starken Schmerzen und hoher Krankheitsaktivität berichtet und als sehr belastend empfunden wird, zählt die Fatigue [36, 43]. Patienten berichten unter diesem Syndrom, sich sehr erschöpft und müde zu fühlen. Zudem zählen aus dem Bereich der affektiven Störungen (ICD F7) depressive Störungen zu den häufigsten Komorbiditäten bei SLE- (17- bis 75 %ige Prävalenzrate) und RA-Patienten (13- bis 42 %ige Prävalenzrate) [36, 44, 45]. Bei einem Richtwert von 2.4 % [46] für die Lebenszeitprävalenz (bezogen auf England und Wales) von Suizid bei affektiven Störungen, ergeben sich allein bei der RA 1 920 Fälle (in Deutschland), die sich suizidieren [44].

Drei große Gruppen entzündlich rheumatischer Erkrankungen werden unterschieden: die *Polyarthritiden*, die entzündlich rheumatischen Gelenkerkrankungen, die *Spondyloarthritiden*, zu denen die entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke zählen, und die *Vaskulitiden/Kollagenosen*, die entzündlich rheumatischen Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes [38]. Die wichtigste bzw. typischste Einzeldiagnose der drei Gruppen soll nachfolgend exemplarisch anhand der Klassifikationskriterien skizziert (Tabelle 2) werden.

Tabelle 2. Klassifikation entzündlich rheumatischer Erkrankungen

| Gruppe entzündlich rheumatischer Erkrankungen/Diagnose | | Klassifikationskriterien | | | | | |
|--|---|---|--|----------------|---|--|---------------------------------|
| | | Punkte | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 |
| Polyarthritiden | Rheumatoide Arthritis (RA) | geschwollene/schmerzhafte Gelenke | ≤1 großes | 2-10 kleine | 1-3 kleine (mit/ohne Beteiligung v. gr. Gelenken) | 4-10 kleine (mit/ohne Beteiligung v. gr. Gelenken) | > 10 (davon mind. 1 kl. Gelenk) |
| | <i>ACR-/EULAR-Klassifikationskriterien</i> [47, 48] | | | | | | |
| | Serologie RF ¹ und ACPA ² | | negativ | | mind. 1 niedrig pos. | mind. 1 hoch pos. | |
| | akute Phase CRP ³ und BSG ⁴ | | normal | mind. 1 erhöht | | | |
| | Symptombdauer | | < 6 Wochen | > 6 Wochen | | | |
| | | Grundvoraussetzung für die Anwendung der Kriterien ist die Sicherung eines geschwollenen Gelenks u. der Ausschluss einer anderen Ursache der Gelenkbeschwerden. Ab 6 Punkten gilt die Diagnose als gesichert. Der Nachweis von RA-typischen Erosionen sichert die RA auch ohne die übrigen Kriterien. | | | | | |
| Spondyloarthritiden | Ankylosierende Spondylitis (AS)⁵ | Klinische Kriterien | -Kreuzschmerzen seit mehr als drei Monaten, Besserung durch Bewegung -Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule -verminderte Atembreite | | | | |
| | <i>Modifizierte New York Kriterien</i> [38, 49] | Radiologisches Kriterium | -typische Veränderungen im Röntgenbild | | | | |
| | | →Als gesichert gilt die AS bei Vorliegen des radiologischen und eines klinischen Kriteriums. | | | | | |

| Gruppe entzündlich rheumatischer Erkrankungen/Diagnose | | Klassifikationskriterien | | | |
|--|--|---|------------------|--|---------------|
| Vaskulitiden und Kollagenosen | Systemischer Lupus erythematodes (SLE) <i>EULAR-/ACR-Klassifikationskriterien [50]</i> | <p style="text-align: center;">Einstiegskriterium</p> <p style="text-align: center;">Antinukleäre Antikörper (ANA) bei einem Titer von $\geq 1:80$ auf HEp-2-Zellen oder einem äquivalenten positiven Test (jemals)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Bei Abwesenheit nicht als SLE klassifizieren Wenn vorhanden, additive Kriterien anwenden</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Additive Kriterien</p> <p style="text-align: center;">Kriterium nicht mitzählen, wenn es eine wahrscheinlichere Erklärung als SLE gibt. Das Vorkommen eines Kriteriums zu mind. einem Zeitpunkt ist ausreichend. Die Klassifizierung des SLE erfordert mind. ein klinisches Kriterium und ≥ 10 Punkte. Die Kriterien müssen nicht gleichzeitig auftreten. Für die Gesamtpunktzahl wird nur das am höchsten gewichtete Kriterium aus jeder Kategorie berücksichtigt.</p> | | | |
| | | Klinische Bereiche und Kriterien ⁶ | Punkte | Immunologische Bereiche und Kriterien | Punkte |
| | | Konstitution Fieber | 2 | Antiphospholipid-Antikörper Anti-Cardiolipin-Antikörper ODER Anti- β_2 GP1-Antikörper ODER Lupus Antikoagulans | 2 |
| | | Hämatologie -Leukopenie -Thrombozytopenie -Anämie | 3 4 4 | Komplementproteine vermindert C ₃ ODER vermindert C ₄ vermindert C ₃ UND vermindert C ₄ | 3 4 |
| | | Neurologische/Psych. Störungen -Delirium -Psychose -Krampfanfall | 2 3 5 | SLE-spezifische Antikörper Anti-dsDNA Antikörper* ODER Anti-Smith Antikörper | 6 |
| | | Mukokutane Befunde -Narbenfreie Alopezie -Geschwüre im Bereich der Mundschleimhaut -Subakuter kutaner oder discoider Lupus -Akuter Hautlupus | 2 2 4 6 | | |
| | | Pleurale/perikardiale Befunde -Pleura- oder Perikarderguss -Akute Perikarditis | 6 5 | | |
| | | Muskuloskelettal -Gelenkbeteiligung | 6 | | |
| | | Nierenbefunde -Proteinurie >0.5 g/24 h -Nierenbiopsie Klasse II oder V Lupusnephritis -Nierenbiopsie Klasse III oder IV Lupusnephritis | 4 8 10 | | |
| | | Total score: ↓ | | | |
| | Klassifizieren Sie als Systemischer Lupus erythematodes mit einer Punktzahl von ≥ 10 , wenn das Einstiegskriterium erfüllt ist. | | | | |

Anmerkungen.

¹ Rheumafaktor. ² ACPA=Antikörper gegen citrullinierte Paptide/Proteine. ³ C-reaktives Protein; ⁴ Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit; ⁵ Für die Klassifikationskriterien des gesamten Spektrums der axialen Spondyloarthritis wird auf folgende Quelle verwiesen: [51].

⁶Die exakten Definitionen der einzelnen Kriterien sind der Quelle [50] zu entnehmen.

Insgesamt hat sich in den letzten Jahrzehnten die Behandlung in der Rheumatologie, gerade unter der Biologica-Ära, grundlegend verändert [43, 52]. Patienten in Deutschland können heute bei rechtzeitiger Diagnosestellung, regelmäßigen Krankheitskontrollen und angemessener Rehabilitation weitgehend ein Leben ohne gravierende Einschränkungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe führen [53]. Die Kerndokumentation des Deutschen Rheumaforschungszentrums aus den Jahren 1997-2007 kann diese Aussage gut belegen. Bei Patienten mit RA zeigt sich der Trend, dass die mittlere Krankheitsaktivität (DAS28: Range 0-9.4 [54]; <3.2: geringe Krankheitsaktivität; 3.2-5.1: mittlere Krankheitsaktivität; >5.1: hohe Krankheitsaktivität) von 4.5 auf 3.4 sank (Median 3.2-4.5). Weiterhin stieg der Prozentsatz der Patienten mit geringer Krankheitsaktivität (DAS28 < 3.2) signifikant von 23 % auf 49 % an. Auch nahm der Anteil von Patienten mit geschwollenen Gelenken ≥ 6 von 43.1 % auf 8.1 % ab [52]. Die verbesserte gesundheitliche Situation der Patienten zeigte sich auch bei der Arbeitsunfähigkeit (AU) und Renten wegen Erwerbsminderung (EM). Die mittlere AU-Dauer bei allen 15- bis 64-jährigen Beschäftigten mit RA reduzierte sich in den Jahren von 1997 bis 2011 von 27,2 auf 10,1 Tage. Zudem sind Rückgänge der Renten wegen EM bei der RA in den Jahren von 1997 bis 2011 je nach Krankheitsdauer um 3-8 % zu verzeichnen [55].

1.3.2 Ätiologie und Epidemiologie

Die Ätiologie vieler entzündlich rheumatischer Erkrankungen ist bis heute nicht ausreichend geklärt. Gesichert ist jedoch ein multifaktorielles, komplexes Geschehen, bei dem genetische, immunologische sowie endokrine Prozesse mit verschiedenen Umwelt- und Lebensstilfaktoren in einem reziproken Verhältnis stehen [38, 56]. Insgesamt sind ca. 1,5 Millionen Menschen, also 2 % der Bevölkerung in Deutschland von entzündlich rheumatischen Erkrankungen betroffen [57]. Darunter sind die häufigsten Diagnosen die RA mit 440 000 Patienten, die ankylosierende Spondylitis mit ca. 340 000 Patienten und *sonstige Spondyloarthritiden* mit 272 000 Patienten [58]. Das Lebenszeitrisko für eine entzündlich rheumatische Erkrankung liegt (nach amerikanischen Daten) bei Frauen bei ca. 8 % und bei Männern bei ca. 5 % [59, 60]. Aber nicht nur Erwachsene, auch Kinder und Jugendliche können z.B. mit der Diagnose der *Juvenile idiopathischen Arthritis* von einer entzündlich rheumatischen Erkrankung betroffen sein. Aktuell sind ca. 14 000-15 000 Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) in Deutschland erkrankt [58], wobei die Inzidenzrate bei 1 400 im Jahr liegt [61]. Im Vergleich zum Erwachsenenalter zeigen sich jedoch erhebliche Unterschiede im Formenkreis, Krankheitsverlauf und der Prognose [38, 62].

1.3.3 Ambulante Versorgungssituation

Die Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen wird laut Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) [53] und Edelmann [63] von niedergelassenen Rheumatologen, von ermächtigten Rheumaambulanzen, von Rheumaambulanzen nach § 116b SGB V und von Universitätsambulanzen getragen.

Die Gesamtzahl der aktuell ambulant tätigen Rheumatologen reicht jedoch nicht aus, um den bundesweiten Versorgungsbedarf zu decken und die Zahlen der an rheumatologischen Einrichtungen versorgten Patienten nehmen weiter zu [63]. Dies schlägt sich besonders in der Dauer bis zur Erstvorstellung der Patienten beim Rheumatologen nieder. Patienten mit RA haben nach Beschwerdebeginn im Mittel nach ca. einem Jahr den ersten Rheumatologenkontakt [64], jedoch können bereits im ersten Krankheitsjahr irreversible Krankheitsschäden auftreten [65]. Dabei kann der Krankheitsverlauf in den ersten drei Monaten entscheidend verbessert und mit einer frühen Therapie sogar eine Remission erreicht werden [66]. Dementsprechend ist eine frühe adäquate Therapie mittlerweile unbestritten [67]. Allerdings kommt es selbst in gut versorgten städtischen Regionen noch zu sehr langen und besonders für den Krankheitsverlauf schädliche Wartezeiten [57].

Das Problem: in Deutschland fehlen rheumatologische Lehrstühle. Von 37 medizinischen Fakultäten, verfügen nur acht über einen rheumatologischen Lehrstuhl und viele Medizinstudenten sehen während ihres Studiums keinen einzigen Patienten mit entzündlichem Rheuma [66, 68]. Die DGRh engagiert sich in diesem Zusammenhang für einen Zuwachs an Lehrstühlen bzw. Professuren auf dem Gebiet der Rheumatologie, um für die Medizinstudenten wie auch für Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen bessere Voraussetzungen und eine bessere flächendeckende Versorgung zu schaffen [66].

1.4 Empirische Befunde im Bereich von Patientenzufriedenheitsmessungen

Da nach aktuellem Forschungsstand keine Studien zur prozessbezogenen PZ von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung vorliegen, wurden Befunde zu einzelnen Themenbereichen dieser Arbeit recherchiert.

Bisherige Studien und Reviews im Kontext der Patientenzufriedenheit von Patienten mit **entzündlich rheumatischen Erkrankungen** bilden häufig die PZ im Zusammenhang mit medikamentösen Therapien (*satisfaction with treatment*) und krankheitsspezifischen Therapieformen ab [69–72]. Primär geht es in diesen Studien um die Zufriedenheit mit der

Wirksamkeit, Sicherheit oder Benutzerfreundlichkeit eines Medikaments oder einer Therapiemethode. Andere Studien erheben die Patientenzufriedenheit im Nachgang oder im Rahmen eines Follow-up Designs zu einer bestimmten Operationsmethode [73, 74]. Hier fällt auf, dass überwiegend Patienten mit den häufigsten entzündlich rheumatischen Erkrankungen wie die RA, SLE oder Psoriasis-Arthritis einbezogen und keine standardisierten Instrumente eingesetzt werden.

Zudem gibt es zwei Interventionsstudien in dem Bereich der stationären medizinischen Rehabilitation bei Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen, die bewegungsbezogene Interventionen mit der konventionellen Rehabilitation verglichen [75, 76]. Hier wurden zwar Aspekte der PZ kurz vor Rehabilitationsende abgefragt, jedoch bezogen sich diese Fragen ausschließlich auf die Zufriedenheit der Patienten mit den hier erhaltenen Interventionen.

Das „City Department of Rheumatology“ in Oslo (Norwegen) hat im Jahr 1994 1 024 Patienten des Oslo RA Registers postalisch zu ihrer Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und zur *Zufriedenheit mit der (Gesundheits-) Versorgung (satisfaction with health care)*, bezogen auf ihre RA, befragt. Die Zufriedenheit wurde mit nur einer einzigen (nicht standardisierten) Frage erfasst. Hier zeigte sich, dass weibliches Geschlecht, ein niedriges Schmerzniveau, ein guter psychischer Gesundheitszustand und eine hohe Selbstwirksamkeit mit *höherer Zufriedenheit* assoziiert waren [77]. Eine ähnliche Studie gab es im Jahr 2009 [78], an der sich vier verschiedene rheumatologische Ambulanzen und 105 Patienten mit Psoriasis-Arthritis in Hong Kong beteiligten. Patienten mit einer *höheren Zufriedenheit* waren jünger, hatten ein besseres Wissen über ihre Krankheit, einen besseren Hautzustand und eine bessere psychische Gesundheit. In der multivariaten Analyse war der einzige Faktor, der mit der Zufriedenheit negativ assoziiert war, ein niedriger Wert in einer der drei Fragen zur Beteiligung an medizinischen Entscheidungen. Kjekken et al. [79] nutzten ebenfalls die Daten des Oslo RA Registers (N=1 041) – sowie des Ankylosing Spondylitis (AS) (N=152) Registers. Insgesamt 68 % der Patienten waren (sehr) zufrieden, 24 % neutral und 8 % etwas oder sehr *unzufrieden* mit ihrer Behandlung. Signifikante Unterschiede zwischen RA und AS Patienten gab es nicht. Die *Zufriedenheit mit der Behandlung (satisfaction with care)* wurde auch hier mit einer selbst entwickelten Frage erfasst, ebenso die drei Fragen zur Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und zu den erhaltenen Informationen. Eine hohe Beteiligung an medizinischen Entscheidungen war signifikant mit einem hohen Maß an wahrgenommener Information und *Zufriedenheit mit der Behandlung* sowie mit einem geringeren Alter und einem guten Gesundheitszustand assoziiert. Insgesamt fünf signifikante Prädiktoren waren mit der Beteiligung an medizinischen Entscheidungen verbunden: niedrigeres Alter, höherer

Bildungsstand, *hohe Zufriedenheit mit der Behandlung* und ein hohes Maß an erhaltenen Informationen.

Eine weitere wissenschaftliche Arbeit [80] aus Leeds, UK, zur *Zufriedenheit mit der Versorgung* in einer rheumatologischen Ambulanz zeigte, dass die randomisierten 70 Patienten mit RA grundsätzlich *mit ihrer Behandlung zufrieden* waren. Die höchste Zufriedenheit berichteten die Patienten bzgl. der „technischen Qualität“ und der „Kompetenz der Behandler“, während sie mit der Schwierigkeit außerplanmäßige Termine zu erhalten, und der Tatsache des häufigen Behandlerwechsels eher *unzufrieden* waren. Für die Befragung wurde der valide und reliable „Leeds Satisfaction Questionnaire“ genutzt. Wichtige Aspekte der PZ, wie die Einbeziehung der Patienten in therapeutische Entscheidungen, wurden in diesem Instrument aus dem Jahr 1992 noch nicht berücksichtigt.

Die Studie des WiNEG-Instituts der Techniker Krankenkasse [81] befragte ihre Mitglieder telefonisch zur PZ in der ambulanten ärztlichen Versorgung (n=1000) in Deutschland mit dem **standardisierten ZAP-Fragebogen**, der auch Gegenstand dieser Arbeit ist. Die Auswertung ergab über alle fünf Skalen hinweg eine *sehr hohe Zufriedenheit*, wobei die weiblichen Befragten zufriedener waren. In den Bereichen „Information“ und „Einbindung in die Entscheidungsfindung“ war die PZ insgesamt geringer als in den übrigen Bereichen. Andere (veröffentlichte) Studien, die den ZAP nutzten, konnten nicht identifiziert werden.

Innerhalb **anderer Krankheitsbilder** gibt es einige wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit der PZ befassen. In einem systematischen Review [82] von 11 randomisierten kontrollierten Studien (RCT) wurden die Effekte von gemeinsamer (partizipativer) Entscheidungsfindung auf Therapie-Compliance, Krankheitskenntnisse, subjektives Befinden, Krankheitssymptome und *Patientenzufriedenheit*, untersucht. Zwei Studien schlossen auch psychische Störungen (*Schizophrenie und Depression*) mit ein. Die Studie von Malm et al. [83] aus diesem Review, die Schizophrenie-Patienten eingeschlossen hatte, war das einzige RCT, dass positive Effekte von gemeinsamer Entscheidungsfindung auf die PZ zeigte.

Patienten (n=174) mit chronischen Darmerkrankungen zeigen ebenfalls hohe Zufriedenheitswerte. Ca. 83 % der Befragten gaben an, mit der *ambulanten Behandlung bei ihrem Hausarzt* (sehr) *zufrieden* zu sein. Allerdings konnte kein Zusammenhang, wie bereits in anderen empirischen Studien dargelegt, zwischen der Zufriedenheit mit dem Hausarzt und soziodemografischen Merkmalen festgestellt werden [84]. Ob die Befragung mit einem standardisierten Instrument erfolgte, ging aus der Veröffentlichung nicht hervor. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch für Patienten an einer deutschen *dermatologischen Universitätsklinik* [85]. Hier wurde die PZ im Rahmen des QM (vgl. Abschnitt 1.2) des

stationären Sektors bei Entlassung von 332 Patienten erfasst. *Hohe Zufriedenheit* wurde in den Bereichen der ärztlichen und pflegerischen Betreuung sowie für den Heilungsverlauf berichtet. Im Bereich der *Onkologie* gibt es eine Vielzahl an Studien, die sich mit der PZ beschäftigen. So scheint die PZ in der ambulanten Krebsbehandlung insgesamt hoch eingeschätzt zu werden, aber es wurden auch einige Bereiche für Verbesserung identifiziert, wie die gemeinsame Entscheidungsfindung, die Arzt-Patienten-Kommunikation und die Organisation in der Pflege [86, 87]. Weiterhin wurde die Fatigue als wichtiger negativer Prädiktor der PZ identifiziert [86]. Eine *rehabilitationswissenschaftliche Studie* [88] beschäftigte sich mit den Einflussfaktoren der PZ von Rehabilitanden (N=329) mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen aus elf verschiedenen Rehabilitationskliniken. Für die Erhebung wurden ausschließlich standardisierte Instrumente genutzt. Es zeigte sich, dass die interprofessionelle Teamarbeit innerhalb des Behandlungsteams und der Organisation der größte Prädiktor zur Erklärung der PZ war, dicht gefolgt von der PZ mit der partizipativen Entscheidungsfindung. Zudem zeigte sich, dass bei Personen mit einem geringeren Grad an gesundheitlichen Beeinträchtigungen die PZ positiver ausfiel. Bzgl. des Alters berichten die Autoren zweier systematischen Reviews [89, 90], dass diese Variable eine der konstantesten Determinanten der PZ in allen Studien sei. Die Mehrheit der älteren Patienten sei signifikant zufriedener als die jüngeren.

Zu Unterschieden zwischen **gesetzlich (GKV)- und privat (PKV)-Versicherten** Patienten liegen bislang nur sehr wenige Studien vor [91, 92]. Eine Datenanalyse des Gesundheitsmonitors [91] aus den Jahren 2001-2006 zeigte sowohl für GKV- als auch für PKV-Versicherte eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Hausarzt. Hierbei ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Versicherten. In einer weiteren querschnittlichen Studie des Gesundheitsmonitors [93] zeigten sich allerdings signifikante Unterschiede zwischen PKV- und GKV-Versicherten bzgl. des Wechsels des Hausarztes wg. Unzufriedenheit mit der Behandlung. PKV-Versicherte wechselten hier signifikant häufiger den Hausarzt wg. *Unzufriedenheit*.

In einer großen Querschnittsstichprobe (ambulante Versorgung; Allgemeinbevölkerung) des TNS Health Care Access Panels (N=17 515) aus dem Jahr 2007 [2] zeigte sich ebenfalls, dass PKV-Versicherte messbar *unzufriedener* sind als GKV-Versicherte. Weiterhin war den Paneldaten zu entnehmen, dass Patienten mit einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand zufriedener mit dem Arzt, jedoch weniger zufrieden mit der Behandlung waren. Eine längere Wartezeit (M=32.65 Minuten) in der Praxis führte zudem auch zu einer geringeren Zufriedenheit, ebenfalls war eine *längere Konsultation mit dem Arzt* (M= 13.76 Minuten) signifikant negativ assoziiert mit der Zufriedenheit mit dem Arzt. Im Widerspruch

hierzu steht jedoch das systematische Review von Fitri [94], welches postuliert, dass mit einer zunehmenden Konsultationsdauer eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit einhergeht.

1.4.1 Offene Fragen und Forschungslücke

Zunächst ist zu konstatieren, dass es bisher keine (veröffentlichte) Studie gibt, die die prozessbezogene PZ mit den *Dimensionen* der „(Arzt-Patient-) Interaktion“, „Information“, „Praxisorganisation“, „Kooperation/Fachliche Kompetenz“ und „Einbindung in die Entscheidungsfindung“ von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung in Deutschland abbildet. Die zum Teil sehr heterogenen Ergebnisse der wissenschaftlichen Literatur bilden die hier eingeschlossenen Dimensionen der PZ zudem nur unzureichend oder gar nicht ab. Zum einen, weil die Studien keine standardisierten Instrumente nutzten: Häufig wurde die PZ mit nur einer einzigen Frage erfasst. Zum anderen, weil sich die Patienten in der stationären Versorgung befanden, die „Prozesse“ somit nicht vergleichbar waren oder andere Grunderkrankungen vorlagen. Unklar definiert sind häufig auch die Begriffe der „Patientenzufriedenheit“ oder der „ambulanten Versorgung“, gerade bei englischsprachigen Publikationen. Oftmals geht aus den Publikationen nicht hervor, welche Dimension der PZ mit „*satisfaction with care*“, „*satisfaction with healthcare*“ oder „*satisfaction with medical-care*“ angesprochen werden.

Zudem postulieren Berger & Lenz [95], dass bestimmte Patientengruppen, wie Patienten mit chronischen Schmerzen, bei Zufriedenheitsbefragungen generell unterrepräsentiert sind. Viele Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen leiden unter chronischen Schmerzen. Weiterhin ist durch die wissenschaftliche Literatur ungeklärt, welchen Einfluss gesundheitsbezogene Parameter, gerade die depressive Symptomatik, die sich sehr häufig bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen findet, auf die prozessbezogene PZ haben. Auch zeigten sich keine einheitlichen Ergebnisse hinsichtlich soziodemografischer Parameter, wie Alter oder Geschlecht, innerhalb der vorgestellten empirischen Befunde. Ergebnisse von Gruppenanalysen (Alter, Geschlecht, PKV/GKV) für die interessierende Zielgruppe dieser Arbeit mit den beschriebenen Dimensionen der PZ fanden in der wissenschaftlichen Literatur überhaupt keine Berücksichtigung. Unterschiede in der Versorgungsqualität von PKV- oder GKV-Versicherten sind in der wissenschaftlichen Literatur, gerade in Bezug auf die Gesundheitsversorgung [92, 96], defizitär. Huber & Mielck merken an [92], dass im Sinne eines multidimensionalen, biopsychosozialen Gesundheitsbegriffs die Zielgröße „gesundheitliche Versorgung“ nicht nur auf medizinische Interventionen reduziert werden sollte. Auch die

Einleitung

Variablen Arzt-Patienten-Verhältnis, Patientenzufriedenheit, Warte- und Wegezeiten sowie PKV- und GKV-Versicherte sollten berücksichtigt werden, fanden in der Literatur aber bisher wenig Einzug.

2 Zielstellung

In der vorliegenden Arbeit sollen die prozessbezogene Zufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung aus Patientenperspektive mit Berücksichtigung der Rahmenbedingungen des Arztbesuches abgebildet werden. Die zu überprüfenden *Dimensionen (Subskalen)* beinhalten die „(Arzt-Patient-) Interaktion“, „Information“, „Praxisorganisation“, „Kooperation/Fachliche Kompetenz“ und „Einbindung in die Entscheidungsfindung“ (Partizipation). Weiterhin sollen aus Patientenperspektive die „Behandlungsqualität“, die „allgemeine Zufriedenheit“ und das „Vertrauen in den Arzt“ (*Globalitems*) abgebildet werden.

Für die geplante Zielstellung sollen sechs Hypothesen, die sich unter anderem durch die Literaturrecherche bzw. die aktuelle Studienlage ergeben haben, getestet werden. Weiterhin soll eine Fragestellung, die auf Grund der geringen Studienlage einen explorativen Charakter hat, beantwortet werden.

2.1 Hypothesen und Fragestellung

Hypothese 1

Zum Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Geschlecht der Patienten:
Über alle ZAP Subskalen hinweg sind weibliche Patienten zufriedener als männliche.

Hypothese 2

Zum Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Alter der Patienten:
Ältere Patienten sind auf allen ZAP Subskalen zufriedener als jüngere.

Hypothese 3

Zum Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Versichertenstatus (PKV/GKV) der Patienten:
PKV-Patienten sind auf allen ZAP Subskalen messbar *unzufriedener* als GKV-Patienten.

Hypothese 4

Zum Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Depressionsschwere (PHQ-8):
Patienten sind zufriedener, je geringer die depressive Symptomatik ausgeprägt ist.

Zielstellung

Hypothese 5

Zum Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs:
Mit zunehmender Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs steigt die Patientenzufriedenheit.

Hypothese 6

Zum Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und den gesundheitsbezogenen Parametern
„Schmerzen“, „Fatigue“ und „aktueller Gesundheitszustand“:

Patienten mit besseren gesundheitsbezogenen Parametern sind zufriedener.

Explorative Fragstellung

Zudem soll folgende explorative Fragstellung untersucht werden:

Welche Unterschiede der Patientenzufriedenheit zeigen sich zwischen Universitätskliniken,
anderen Kliniken und Praxen?

3 Methodik

3.1 Rahmenbedingungen und teilnehmende Einrichtungen

Ursprünglich war vorgesehen, den Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung (ZAP), innerhalb einer Studie zum Autonomiebedürfnis von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung (Projektleitung: Dr. Kerstin Mattukat; Projektmitarbeiterin: Katja Raberger; positives Votum der Ethikkommission liegt vor) [97], welche am Institut für Rehabilitationsmedizin (Institutsleiter: Prof. Dr. Wilfried Mau) der Martin-Luther-Universität durchgeführt wurde, zu verorten und für die vorliegende Arbeit zu nutzen. Aufgrund erheblicher Probleme bei der Rekrutierung der ambulanten Praxen, Universitätskliniken und anderen Kliniken (nachfolgend Kliniken) war damit allerdings keine ausreichende Stichprobe erreichbar. Daher wurde für diese Arbeit eine *separate Stichprobe generiert*. Die Rekrutierung der teilnehmenden Praxen und (Uni-) Kliniken für die vorliegende Dissertation, gestaltete sich im Vergleich zu der eben genannten Studie unkompliziert. Das Vorgehen wird im Folgenden kurz erläutert.

Das Projekt wurde als multizentrische Querschnittstudie durchgeführt. Dazu wurden bundesweit niedergelassene Rheumatologen in eigener Praxis oder Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), Universitätskliniken und Kliniken mit rheumatologischen Ambulanzen angeschrieben (E-Mail) und gebeten, ihren Patienten nach dem Arzt-Patienten-Gespräch einen Fragebogen mitzugeben. Um größere Verzerrungen zu vermeiden, wurde im postalischen Anschreiben an die Behandler darauf hingewiesen, alle Patienten mit entsprechenden Diagnosen einzuschließen. Die Einrichtungen entschieden selbst, wie viele Fragebögen sie zugesendet bekommen wollten. Die Befragung erfolgte von Juli 2017 bis April 2018. Insgesamt beteiligten sich 30 Einrichtungen.

3.2 Patientenbefragung

Die Patienten wurden durch ihren behandelnden Rheumatologen aufgrund der eingeschlossenen Diagnosen (Tabelle 3, siehe folgende Seite) rekrutiert. Zusätzlich dazu gaben die Patienten ihre Diagnose selbstständig im Fragebogen an. Sie erhielten Studienmappen mit Anschreiben, Studieninformation, Fragebogen und einem bereits frankierten Rückumschlag. Sie füllten den Fragebogen eigenständig im Anschluss an das Arzt-Patienten-Gespräch aus. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym ohne Einwilligungserklärung. Der Rückversand des

Fragebogens erfolgte in Eigenregie des Patienten an die Universität Halle (Saale). Die Zuordnung zur jeweiligen Einrichtung erfolgte über eine ID.

Tabelle 3. Ein- und Ausschlusskriterien

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|--|---------------------------------|
| -Männer und Frauen ab dem 18. Lebensjahr | - mangelhafte Deutschkenntnisse |
| -Diagnose einer entzündlich rheumatischen Erkrankung (ICD-10-GM): | - ungenügende Schreibfähigkeit |
| L40.5 Psoriasis-Arthropathie | |
| L93.5 Lupus erythematoses | |
| M07 Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten | |
| M08 Juvenile Arthritis | |
| M32 Systemischer Lupus erythematoses | |
| M33 Dermatomyositis-Polymyositis | |
| M34 Systemische Sklerose | |
| M35.0 Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] | |
| M35.1 Sonstige Overlap-Syndrome | |
| M05 Seropositive chronische Polyarthritits | |
| M06.0 Seronegative chronische Polyarthritits | |
| M45 Spondylitis ankylosans | |

3-3 Messinstrumente

Zur Erhebung der Zielgröße PZ, der gesundheitsbezogenen und soziodemografischen Parameter sowie der Rahmenbedingungen des Arztbesuches, wurde ein Fragebogen entwickelt. Die Inhalte werden nachfolgend dargestellt.

3-3.1 Zielgröße – Patientenzufriedenheit (ZAP)

Zur Erfassung der prozessbezogenen Patientenzufriedenheit wurde der standardisierte, patientenzentrierte „Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive“ (ZAP) verwendet. Er wurde im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes von Bitzer et al. [22, 23] in den Jahren 1996 bis 1998 entwickelt und validiert und steht Ärzten und Psychotherapeuten im Rahmen des Qualitätsmanagements auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [98] in der

„adaptierten Form“ [99] kostenfrei zur Verfügung. Die „adaptierte Form“ wurde im Jahr 2009 um eine Skala zur partizipativen Entscheidungsfindung ergänzt.

Das Instrument (Abbildung 1, S. 19-20) bildet mit insgesamt 33 Items fünf Dimensionen zu je drei bis acht Items ab. Praxisorganisation, Interaktion, erhaltene Information (nachfolgend Information), Kooperation/fachliche Kompetenz (nachfolgend Fachkompetenz) sowie partizipative Entscheidungsfindung (*nachfolgend Partizipation genannt*). Zusätzlich werden drei Globalitems (Vertrauen in den Arzt, Behandlungsqualität, allgemeine Zufriedenheit [mit dem Arzt]) erhoben, die nicht bei der Auswertung der fünf Dimensionen berücksichtigt werden. Die Antworten werden auf einer vierstufigen Skala erfasst (1=sehr zufrieden/immer; 2=eher zufrieden/meistens; 3=eher unzufrieden/selten; 4=sehr unzufrieden/nie). Zudem werden vier Zusatzfragen erfasst, die das Geschlecht, das Alter und die Krankenversicherung abbilden. Die Fragen nach dem Alter, dem Geschlecht und der Krankenversicherung sind in der nachfolgenden Abbildung nicht enthalten.

| | 1. Wie zufrieden sind Sie mit... | sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Praxisorganisation | a. der Wartezeit auf einen Arzttermin? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | b. der Wartezeit in der Praxis? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | c. der Freundlichkeit des Praxispersonals? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | d. der Atmosphäre in der Praxis? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | 2. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die... | sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
| (erhaltene) Information | a. Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | b. Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | c. Informationen über die geplante Therapie? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | d. Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | e. Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | f. Verständlichkeit der Informationen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | g. Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |
| | h. Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ |

| | | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Interaktion | 3. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug... | sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden | |
| | a. auf sein Verständnis? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | b. auf sein Einfühlungsvermögen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | c. auf Menschlichkeit? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | d. auf die Zeit, die er Ihnen widmet? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | e. darauf, ernst genommen zu werden? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | f. auf Zuspruch und Unterstützung? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | g. auf seine Geduld? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | h. darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| Kooperation/ Fachliche Kompetenz | 4. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit diesem Arzt in Bezug auf die... | sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden | |
| | a. Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | b. Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | c. Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| Partizipation | 5. Wie werden Sie von diesem Arzt in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen? | immer | meistens | selten | nie | |
| | a. Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | b. Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | c. Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | d. Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte. | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| Vertrauen | 6. Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| | | Ja, ich habe großes Vertrauen | Ja, ich habe eher großes Vertrauen | Ich habe eher wenig Vertrauen | Nein, ich habe kein Vertrauen | Ich kenne den Arzt nicht lange genug |
| Behandlungs- qualität | 7. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch diesen Arzt im Allgemeinen ein? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | | sehr hoch | eher hoch | eher gering | sehr gering | |
| Allgemeine Zufriedenheit | 8. Wie zufrieden sind Sie mit diesem Arzt im Allgemeinen? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | |
| | | sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden | |
| Dauer der Praxis- zugehörigkeit | 9. Wie lange werden Sie bereits in dieser Praxis/Ambulanz behandelt? | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ | <input type="checkbox"/> ₄ | <input type="checkbox"/> ₅ |
| | | ich war zum ersten Mal in dieser Praxis | weniger als 1 Jahr | 1-2 Jahre | 3-5 Jahre | mehr als 5 Jahre |

Abbildung 1. Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung (ZAP) [22, 99]

3.3.2 Auswertung und Reliabilität der verwendeten Skalen (ZAP)

Entsprechend der Auswertungsanleitung des Manuals [22] werden die Werte umkodiert, addiert und zu standardisierten Summenwerten (0-100) transformiert. Hierbei sprechen höhere Werte für eine höhere Zufriedenheit. Fehlende Werte in einer Skala werden durch die Mittelwerte der Skala ersetzt, wenn mindestens zwei Drittel der Items einer Skala gültig beantwortet wurden. Bei der Bestimmung der internen Konsistenz (Reliabilität; Koeffizient Cronbachs Alpha) zeigen sich in der TK-Studie aus dem Jahre 2010 [81] für vier von fünf Skalen akzeptable ($\alpha \geq .70$), gute ($\alpha \geq .80$) sowie exzellente ($\alpha \geq .90$) Werte. Bei $\alpha < .70$, spricht man von einer fragwürdigen internen Konsistenz [100]. Etwas bessere Werte zeigten sich im ZAP Manual aus dem Jahr 2002 [22].

Tabelle 4. Cronbachs Alpha des eingesetzten Fragebogens (ZAP) im Vergleich

| ZAP Skala | Items | Cronbachs α | |
|--------------------|-------|--------------------|------------|
| | | TK-Studie | ZAP Manual |
| Praxisorganisation | 4 | .69 | .75 |
| Interaktion | 8 | .92 | .95 |
| Information | 8 | .91 | .94 |
| Fachkompetenz | 3 | .74 | .84 |
| Partizipation | 4 | .87 | * |

Anmerkungen. *Skala noch nicht implementiert

3.4 Soziodemografische und sozialmedizinische Parameter

Neben den bereits im ZAP erfragten soziodemografischen Merkmalen des Geschlechts, des Alters und des Versichertenstatus, werden zur besseren Beschreibung der Stichprobe folgende Merkmale (Tabelle 5) deskriptiv dargestellt:

Tabelle 5. Soziodemografische und sozialmedizinische Parameter

| Merkmal | Items | Kategorie |
|---|-------|--|
| Alter | 1 | in Jahren. Anschließende Kategorisierung: 18 bis 45 Jahre; 46 bis 65 Jahre; >65 Jahre |
| Arbeitsunfähig (AU) | 1 | Tage der AU in den letzten 12 Monaten |
| Schichtindex [101] Unter,- Mittel und Oberschicht | 3 | Summenscore aus Haushaltsnettoeinkommen, (höchstem) Schulabschluss und der derzeitigen/letzten Beschäftigung, anschließend Kategorisierung |

3-5 Körperliche und psychische Gesundheit

Weiterhin wurden Parameter der körperlichen und psychischen Gesundheit über Einzelitems und standardisierte Instrumente erhoben (Tabelle 6).

Tabelle 6. Parameter körperlicher und psychischer Gesundheit

| Merkmal | Items | Kategorie |
|---|--------------|---|
| Krankheitsdauer | 1 | in Jahren |
| Komorbidität | 1 | weitere chronische Erkrankungen (nein/ja, welche) |
| Body Mass Index (BMI) [102] in kg/m ² | 2 | Normalgewicht (BMI: 18.5-24.9) Übergewicht (BMI: 25.0-29.9) Adipositas (BMI: \geq 30) |
| Aktueller Gesundheitszustand [103]; NRS 0-10 | 1 | 0=schlechtester, 10=bester Gesundheitszustand |
| Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit); NRS 0-10 | 1 | in den vergangenen 4 Wochen (0=keine Fatigue (Müdigkeit/Erschöpfung, 10=totale Fatigue (Müdigkeit/Erschöpfung) |
| Schmerzen; NRS 0-10 | 1 | in den letzten 7 Tagen im Durchschnitt (0=keine Schmerzen, 10= unerträgliche Schmerzen) |
| Depressive Symptomatik; PHQ-8 [104, 105] | 8 | in den letzten 2 Wochen (überhaupt nicht – an einzelnen Tagen – an mehr als der Hälfte der Tage – beinahe jeden Tag). Depressivitätskategorien; (0-24): minimal (0-4), mild (5-9), mittel (10-14), ausgeprägt (15-19), schwer ausgeprägt (20-24) |
| Funktionsfähigkeit und Lebensqualität; Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS2-SF) [106] | 26 | Körperliche Funktionsfähigkeit (12 Items), Symptome (3 Items), Affekt (5 Items), Soziale Interaktion (4 Items), Rollenfunktion (2 Items) |

3.6 Rahmenbedingungen des Arztbesuches

Die Rahmenbedingungen der ambulanten rheumatologischen Versorgung aus Patientenperspektive wurden aus Mangel an standardisierten Instrumenten mit selbst entwickelten Fragen erhoben (siehe dazu Tabelle 7).

Tabelle 7. Rahmenbedingungen des Arztbesuches

| Merkmal | Items | Kategorie |
|--|--------------|---|
| Inhalte des Arzt-Patienten-Gesprächs; 1 Item | 1 | Wahlmöglichkeiten 20 krankheitstypischer Themen (s. S. 32) im Arzt-Patienten-Gespräch; zzgl. „sonstiges“; Mehrfachantworten möglich |
| Häufigkeit der Termine | 1 | Anzahl der Termine im Jahr |
| Zufriedenheit mit der Häufigkeit der Termine | 1 | ja/nein, weil... |
| Terminintegration in den Alltag | 1 | 5 Wahlmöglichkeiten; zzgl. „sonstiges“ |
| Entfernung der Praxis zum Rheumatologen | 1 | 8 Kategorien von 5 bis > 500 km |
| Wegezeit | 1 | 6 Kategorien von < 15 Min bis > 120 Min |
| Anreise zum Rheumatologen | 1 | 6 Wahlmöglichkeiten; zzgl. „sonstiges“ |
| Zeit im Wartezimmer | 1 | 6 Kategorien; < 15 Min bis >120 Min (Selbsteinschätzung der Patienten) |
| Zeit im Arzt-Patienten-Gespräch | 1 | 6 Kategorien; < 5 Min bis >120 Min (Selbsteinschätzung der Patienten) |
| Zeit ausreichend im Arzt-Patienten-Gespräch | 1 | Völlig, im Großen und Ganzen, eher nicht, überhaupt nicht ausreichend |
| Erwartungen an das Arzt-Patienten-Gespräch erfüllt | 1 | Völlig, im Großen und Ganzen, eher nicht, überhaupt nicht ausreichend |

3.7 Datenauswertung

3.7.1 Aufbereitung der Rohdaten

Die Eingabe sowie die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe der Statistiksoftware SPSS (Statistical Package for Social Science; Programmversion 24 und 25). Nach Eingabe der Daten und anschließender Plausibilitätskontrolle der deskriptiven Werte (Mittelwert, Minimum/Maximum der Variablen), erfolgte die Bereinigung augenscheinlicher Eingabefehler und Setzung entsprechender Filtervariablen für den Dropout (Alter, Diagnose einer entzündlich rheumatischen Erkrankung; Vgl. Abschnitt 3.2). Daraufhin erfolgte die Berechnung der Skalengesamtwerte der für die Auswertung interessierenden Variablen (z.B. über die Summe, den Mittelwert oder eine Transformation). Anschließend wurden die verschiedenen Analysen zur Stichprobenbeschreibung und der querschnittlichen Hypothesenprüfung durchgeführt.

3.7.2 Deskriptiv- und Inferenzstatistik

Für die Beschreibung der Stichprobe werden deskriptive Werte abgebildet. Bei kategorialen Merkmalen (Nominal- bzw. Ordinalskala) werden die absoluten und/oder relativen Häufigkeitsangaben der einzelnen Merkmale beschrieben. Bei metrischen Merkmalen (Intervall- oder Verhältnisskala) Mittelwerte und Standardabweichungen [107].

Zur *Analyse von Gruppenunterschieden* (Geschlecht, PKV/GKV) innerhalb der ZAP-Subskalen, werden *t-Tests* bei unabhängigen Stichproben für Mittelwertvergleiche durchgeführt. *Chi-Quadrat (χ^2)-Tests* werden für kategoriale Variablen (Globalitems) berechnet. Zur Beschreibung der Zusammenhänge der Konstrukte wurde der *Rangkorrelationskoeffizient r_s* nach Spearman berechnet, der den linearen Zusammenhang mit Werten zwischen -1 und +1 beschreibt. Eine positive Korrelation liegt vor, wenn hohe Werte einer Variable mit hohen Werten einer zweiten Variable einhergehen. Von einer negativen Korrelation spricht man, wenn hohe Werte einer Variable mit niedrigen Werten einer zweiten Variable einhergehen. Ist $r_s=0$, besteht keine Korrelation bzw. kein linearer Zusammenhang [107]. Für die Interpretation der Korrelationen werden die Richtlinien nach Cohen [108] verwendet. Demnach spricht man unabhängig vom Vorzeichen (+/-) bei $r=.10$ von einer schwachen Korrelation, bei $r=.30$ von einer moderaten und bei $r=.50$ von einer starken Korrelation.

Mittelwertunterschiede bei mehr als zwei Gruppen (Alterskategorien, PHQ-8 Kategorien) wurden mit *der einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA)* [107] berechnet. Die Überprüfung der

Varianzhomogenität erfolgte mit dem Levene-Test. Bei mangelnder Varianzhomogenität ($p > .05$) werden Post-hoc-Tests nach Tamhane-T2 und bei angenommener Varianzgleichheit ($p < .05$) Post-hoc-Tests nach Bonferroni berechnet und berichtet [109].

Das Signifikanzniveau (Fehlerwahrscheinlichkeit) wird bei $p \leq .05$ festgesetzt.

3.7.3 Umgang mit fehlenden Werten

Aufgrund des sehr kleinen Anteils fehlender Werte in den für die Hypothesen wichtigen Variablen wurde auf eine Ersetzung fehlender Werte innerhalb dieser Stichprobe verzichtet. Lediglich fehlende Werte (1,1 -8,2 %) innerhalb der Zielgröße (ZAP Subskalen) wurden entsprechend der Auswertungsanleitung des Manuals [22], wie bereits unter 3.3.2 erläutert, ersetzt.

4 Ergebnisse

4.1 Fallzahlen und Dropout

Insgesamt konnten 633 *Patienten* aus elf Bundesländern und 30 teilnehmenden ambulanten Einrichtungen in die Studie eingeschlossen werden. Darunter waren fünf Universitätskliniken, fünf Kliniken, davon eine Privatklinik, und 20 Praxen (drei davon angesiedelt in einem MVZ). Eine Übersicht der Fallzahlen ist in Tabelle 8 abgebildet.

Tabelle 8. Stichprobenverteilung (N=633) auf Universitätskliniken, Kliniken und Praxen

| Einrichtung | Anzahl teilnehmender Einrichtungen | Anzahl Teilnehmer je Einrichtung (Range) | n | % |
|---------------|------------------------------------|--|------------|------------|
| Uniklinik | 5 | 15-31 | 116 | 18.3 |
| Klinik | 5 | 11-33 | 101 | 16.0 |
| Praxis | 20 | 4-70 | 416 | 65.7 |
| Gesamt | 30 | 4-70 | 633 | 100 |

Insgesamt erhielten die teilnehmenden Rheumatologen 1299 Fragebögen, 633 Fragebögen sendeten die Patienten zurück (s. dazu Abbildung 2). Dies entspricht einem *Rücklauf* von 48 %. Der Range der eingegangenen Fragebögen lag bei vier bis 70. Keiner der Patienten war jünger als 18 Jahre oder hatte keine entzündlich rheumatische Erkrankung. Über die nicht zurückgekommenen Fragebögen (n=666) ist nichts bekannt, daher kann keine *Dropoutanalyse* durchgeführt werden.

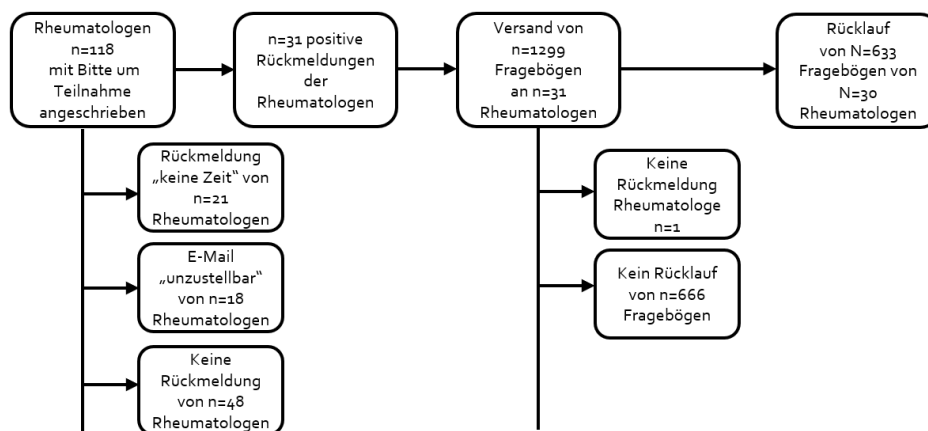


Abbildung 2. Flowchart: Rekrutierung von Juli 2017 bis April 2018

4.2 Stichprobenbeschreibung

Die gesundheitsbezogenen, soziodemografischen und sozialmedizinischen Merkmale sind Tabelle 9 auf dieser und den zwei nachfolgenden Seiten zu entnehmen. Die Patienten waren zum Großteil weiblich, im Durchschnitt 57 Jahre alt, lebten in einer Partnerschaft und hatten Kinder. Der überwiegende Teil war erwerbstätig und gesetzlich versichert. Über die Hälfte gab einen Grad der Behinderung und mind. eine weitere chronische Erkrankung an. Im Durchschnitt waren die Patienten knapp 14 Jahre an einer entzündlich rheumatischen Erkrankung erkrankt, die häufigste Diagnose war die Rheumatoide Arthritis. Die Patienten hatten eine gute körperliche Funktionsfähigkeit, fast 60 % waren jedoch übergewichtig oder adipös und knapp ein Viertel litt nach Selbstauskunft unter einer mittel bis schwer ausgeprägten Depression.

Tabelle 9. Stichprobenbeschreibung (N=633)

| Merkmal | Ausprägung | fehlend, n (%) |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Soziodemografie | | |
| Alter in Jahren, <i>M (SD)</i> | 57.4 (13.8) | |
| Range in Jahren (min bis max) | 22 bis 85 | 12 (1.9) |
| Frauen, n (%) | 447 (70.6) | |
| Männer, n (%) | 167 (26.4) | 19 (3) |
| Feste Partnerschaft, n (%) | 494 (78.2) | 15 (2.4) |
| Kinder, n (%) | 472 (74.6) | 10 (1.6) |
| Erwerbssituation, n % | | 37 (5.8) |
| erwerbstätig (mind. halbtags) | 281 (44.4) | |
| arbeitslos | 16 (2.5) | |
| Hausfrau/-mann | 18 (2.8) | |
| In Ausbildung/Umschulung | 2 (0.3) | |
| Student | 3 (0.5) | |
| Altersrentner | 164 (25.9) | |
| EU-/EM-Rentner | 101 (16.0) | |
| sonstiges | 11 (1.7) | |
| Schulabschluss, n (%) | | 18 (2.8) |
| (noch) keinen Schulabschluss | 2 (0.3) | |
| Haupt-/Volksschule | 119 (18.8) | |
| Realschule/Mittlere Reife | 165 (26.1) | |
| Polytechnische Oberschule | 104 (16.4) | |
| Fachhochschulreife | 64 (10.1) | |
| Hochschulreife/Abitur | 150 (23.7) | |
| Anderer Schulabschluss | 11 (1.7) | |

| Merkmal | Ausprägung | fehlend, n (%) |
|--|-------------------|-----------------------|
| Derzeitige/letzte berufliche Stellung, n (%) | | 56 (8.8) |
| Arbeiter | 90 (14.2) | |
| Angestellter | 369 (58.3) | |
| Selbständiger | 53 (8.4) | |
| Beamter | 49 (7.7) | |
| Sonstige (z.B. Auszubildender, Student) | 16 (2.5) | |
| Nettohaushaltseinkommen, n (%) | | 37 (5.8) |
| unter 1.500 Euro | 116 (18.3) | |
| 1.500 bis 3.000 Euro | 292 (46.1) | |
| über 3.000 Euro | 188 (29.7) | |
| Sozialer Schichtindex, n (%) | | 3 (0.5) |
| Unterschicht | 126 (19.9) | |
| Mittelschicht | 279 (44.1) | |
| Oberschicht | 225 (35.5) | |
| Krankenversicherung, n (%) | | 2(0.3) |
| gesetzlich | 556 (87.8) | |
| privat | 75 (11.8) | |
| Sozialmedizinische Parameter | | |
| Grad der Behinderung, n (%) | 312 (49.3) | 37 (5.8) |
| AU-Tage in den letzten 12 Monaten, <i>M (SD)</i> | 51.3 (83.3) | 66 (10.4) |
| Range in Tagen (min. bis max.) | 1 bis 365 | |
| Diagnosen (entzündlich rheumatische Erkrankung) | | 0 (0) |
| -Rheumatoide Arthritis (inkl. JIA) n (%) | 405 (65.7) | |
| -Spondyloarthritiden (inkl. Psoriasis-Arth.), n (%) | 179 (28.3) | |
| -Kollagenosen ¹ n (%) | 82 (13.2) | |
| -Vaskulitiden ² , n (%) | 12 (2.0) | |
| Krankheitsdauer in Jahren, <i>M (SD)</i> | 13.7 (11.4) | 39 (6.2) |
| Weitere chron. Erkrankungen (mind. 1), n (%) | 364 (57.5) | |
| Körperliche und psychische Gesundheit, <i>M (SD)</i> | | |
| Akt. Gesundheitszustand (0-10) ↑ | 6.0 (2.0) | 11 (1.7) |
| Schmerzen letzte 7 Tage (0-10) ↓ | 3.6 (2.4) | 11 (1.7) |
| Fatigue (Erschöpfung) letzte 4 Wo. (0-10) ↓ | 4.8 (2.5) | 44 (6.9) |
| Body Mass Index (BMI), <i>M (SD)</i> | 26.5 (4.5) | 7 (1.1) |
| Untergewicht (BMI<17.5), n % | 10 (1.6) | |
| Normalgewicht (BMI: 18.5 bis unter 25), n (%) | 235 (37.1) | |
| Übergewicht (BMI: 25 bis unter 30), n (%) | 260 (41.1) | |
| Adipositas (BMI≥30), n (%) | 121 (19.1) | |
| Funktionsfähigkeit und Lebensqualität (AIMS2-SF: 0-10) ↓, <i>M (SD)</i> | | |
| Körperliche Funktionsfähigkeit (12 Items) | 1.9 (1.7) | 30 (4.7) |
| Symptome (3 Items) | 3.6 (2.4) | 19 (3.0) |
| Affekt (5 Items) | 3.7 (1.9) | 40 (6.3) |
| Soziale Interaktion (4 Items) | 4.1 (1.6) | 32 (5.0) |
| Soziale Rollenfunktion (2 Items) | 3.3 (2.4) | 322 ³ |

| Merkmal | Ausprägung | fehlend, n (%) |
|--|------------|----------------|
| Depressivität (PHQ-8) ↓, M (SD) | 6.7 (6.0) | 35 (5.5) |
| minimal (0-4), n (%) | 208 (32.9) | |
| mild (5-9), n (%) | 241 (38.1) | |
| mittel (10-14), n (%) | 108 (17.1) | |
| ausgeprägt (15-19), n (%) | 34 (5.4) | |
| schwer ausgeprägt (20-24), n (%) | 7 (1.1) | |

Anmerkungen.

M... Mittelwert; SD... Standardabweichung; %... Anteil in Prozent

↑ höhere Werte sind günstiger

↓ niedrigere Werte sind günstiger

¹ inkl. Sjögren-Syndrom, Lupus erythematoses, Mischkollagenose/Sharp-Syndrom, Sklerodermie/Systemische Sklerose, Dermato-/Polymyositis,

² inkl. Polymyalgia rheumatica, Vaskulitis o.n.A., Morbus Wegener (GPA), Churg- Strauss-Syndrom (EGPA)

³ Die hohen fehlenden Werten ergeben sich aus der Tatsache, dass sich eine Frage der Skala nur an erwerbstätige Patienten richtete

4.3 Rahmenbedingungen der ambulanten rheumatologischen Versorgung

Nachfolgend werden die Rahmenbedingungen der ambulanten rheumatologischen Versorgung aus Patientenperspektive (siehe dazu Abschnitt 3.6) dargestellt.

Die Patienten gaben an, im Mittel 3-4 Termine im Jahr bei ihrem Rheumatologen wahrzunehmen (M=3.7; SD=2.2). 64 % der Patienten nahmen mind. vier Termine im Jahr wahr. Diese Termine waren für 91.5 % der Patienten ausreichend.

Über die Hälfte der Patienten konnte den Arzttermin gut in den Alltag integrieren aufgrund eines Studenten-, Rentenstatus oder Arbeitslosigkeit. Ca. 10 % der Patienten haben sich für diesen Termin extra Urlaub genommen oder bauten Überstunden ab (Abbildung 3, S. 30).

Ergebnisse

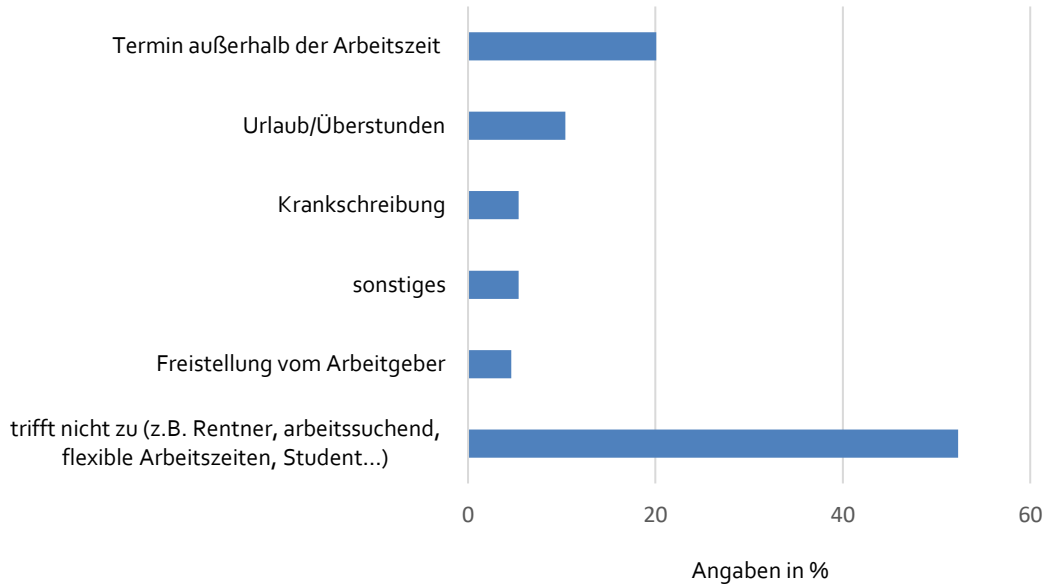


Abbildung 3. Terminintegration in den Alltag

Für mehr als die Hälfte der Patienten lag der Anreiseweg zwischen 11 und 50 Kilometern und ca. 70 % benötigten 15 Minuten bis eine Stunde für die Anreise (Abbildung 4).

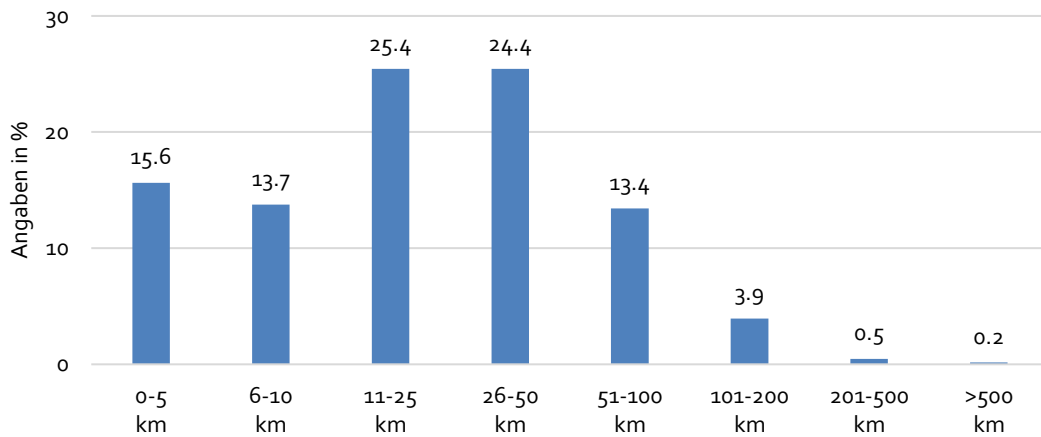


Abbildung 4. Entfernung zum Rheumatologen von der Haustür in km (Angaben in %)

Ergebnisse

Etwa 60 % der Patienten fahren mit dem eigenen Auto zu ihrem behandelnden Rheumatologen (Abbildung 5).

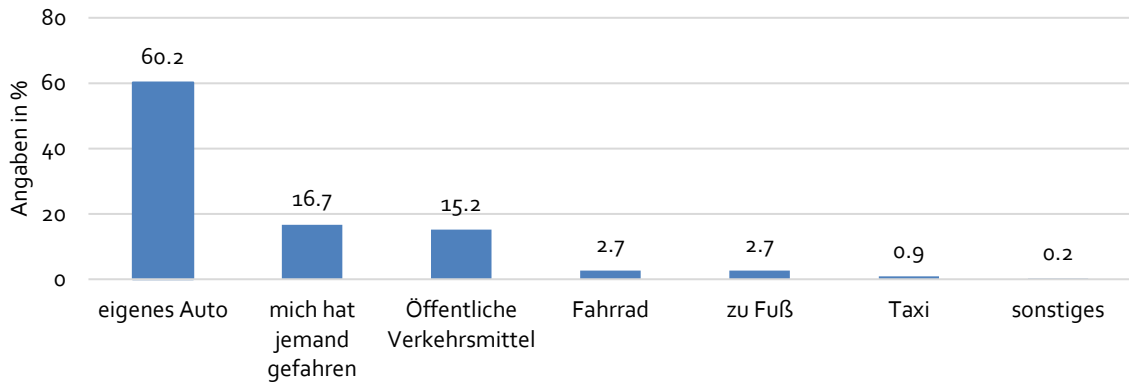


Abbildung 5. Anreise zum Rheumatologen

Über die Hälfte der Patienten verbrachte nach Selbstauskunft 15-60 Minuten im Wartezimmer ihres Rheumatologen (Abbildung 6). Etwa zu gleichen Anteilen gaben die Patienten an, zwischen 11 und 20 Minuten im Arzt-Patienten-Gespräch verbracht zu haben (Abbildung 7).

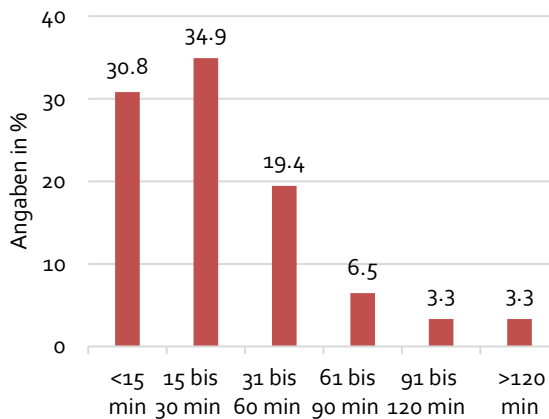


Abbildung 6. Zeit im Wartezimmer in Minuten

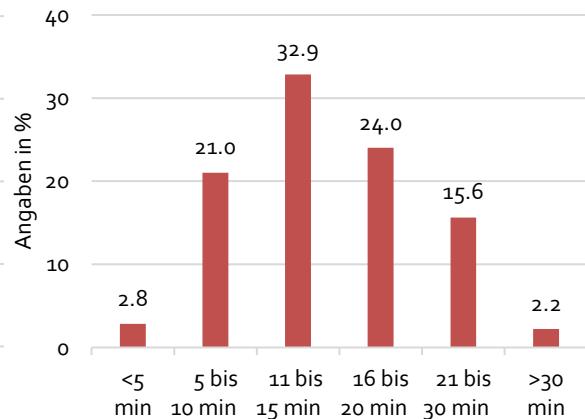


Abbildung 7. Zeit im Arzt-Patienten-Gespräch in Minuten

Ergebnisse

Für ca. 93 % reichte diese Zeit aus, um alles Wichtige zu besprechen (Abbildung 8). Nur ein geringer Teil gab an (<6 %), die Zeit sei nicht ausreichend gewesen und Erwartungen an das Arzt-Patienten-Gespräch seien (*eher*) nicht (<4 %) erfüllt worden (Abbildung 9).

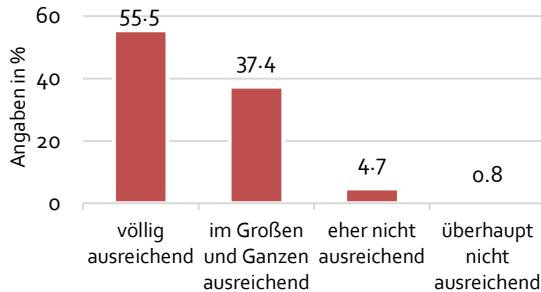


Abbildung 8. Zeit ausreichend im Arzt-Patienten-Gespräch

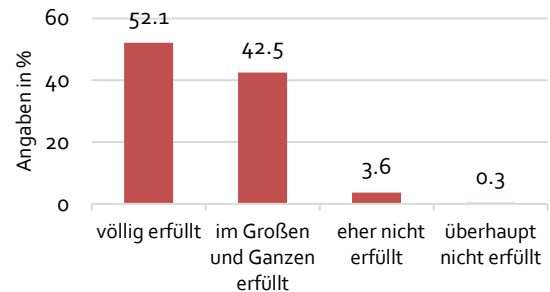


Abbildung 9. Erwartungen an das Arzt-Patienten-Gespräch

Die Abbildung 10 zeigt eine Übersicht über die besprochenen Themen des gerade stattgefundenen Arzt-Patienten-Gesprächs (Mehrfachantworten möglich). Am häufigsten wurde über Medikamente, Krankheitssymptome und Laborwerte gesprochen.

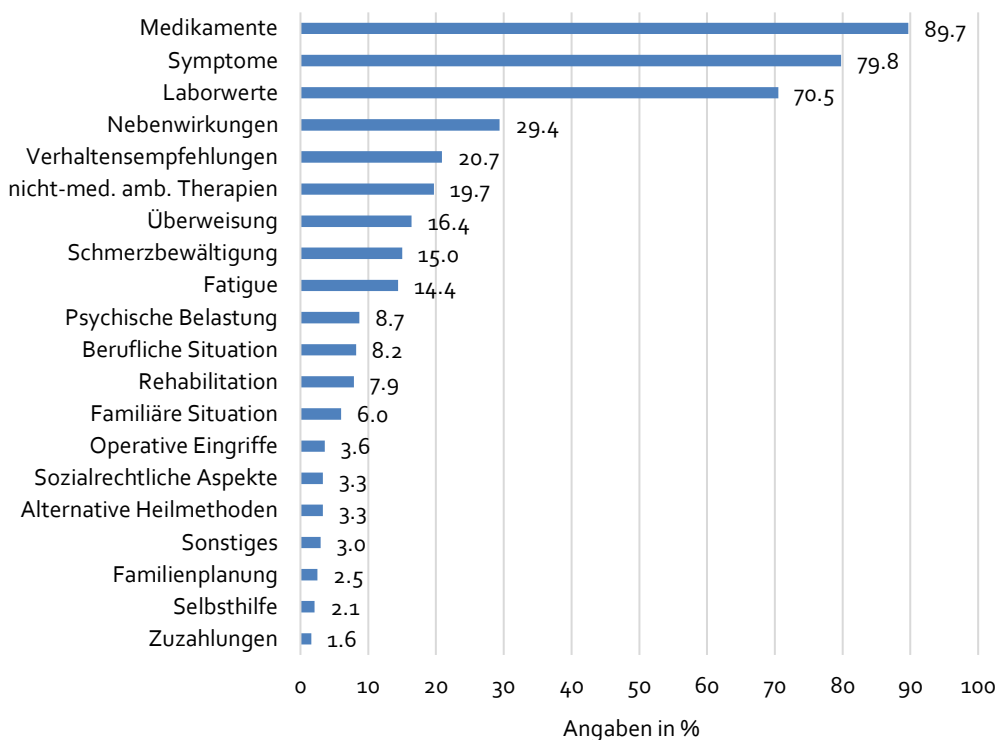


Abbildung 10. Besprochene Themen im Arzt-Patienten-Gespräch

Ergebnisse

Knapp zwei Drittel der Patienten waren bereits über fünf Jahre bei ihrem Rheumatologen in Behandlung (Abbildung 11).

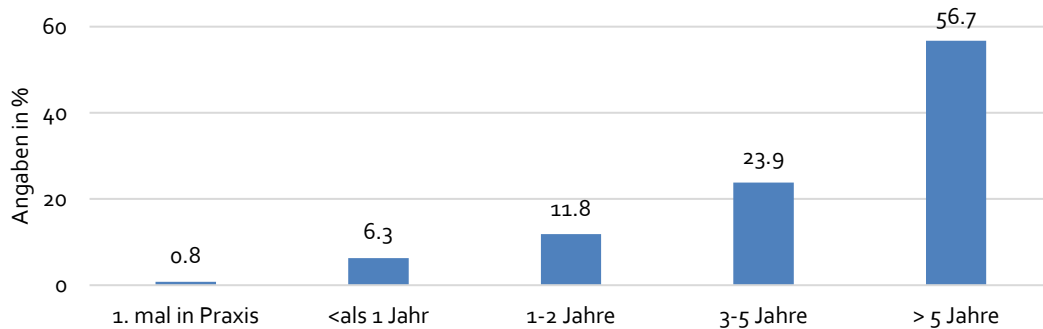


Abbildung 11. Dauer der Praxiszugehörigkeit der Patienten

4.4 Patientenzufriedenheit (ZAP)

4.4.1 ZAP Subskalen

Die deskriptiven Ergebnisse der fünf ZAP Subskalen sind in Tabelle 10 dargestellt und werden nachfolgend beschrieben.

Tabelle 10. Mittelwerte und Standardabweichungen der ZAP Subskalen

| ZAP Subskala (0-100) | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|----------------------|----------|-----------|
| Interaktion | 87.6 | 17.9 |
| Fachkompetenz | 86.7 | 17.3 |
| Praxisorganisation | 85.2 | 15.3 |
| Information | 80.6 | 18.0 |
| Partizipation | 74.3 | 26.9 |

Anmerkungen. *M*...Mittelwert; *SD*... Standardabweichung

Insgesamt zeigte sich auf allen Subskalen eine sehr hohe prozessbezogene Zufriedenheit (74-88/100).

Die höchste Zufriedenheit der Patienten zeigte sich auf der Subskala „Interaktion“ (88/100). Innerhalb der acht Einzelitems dieser Subskala waren die Antwortmöglichkeiten „sehr“ und „eher unzufrieden“ jene Antworten, die sehr selten (4 bis 7 %) von den Patienten gewählt

wurden. Mindestens 90 % der Patienten waren auf Einzelitemebene „sehr“ und „eher zufrieden“.

Innerhalb der Subskala *Fachkompetenz* waren auf Einzelitemebene weniger als 6 % der Patienten „eher“ und „sehr unzufrieden“ und wieder über 90 % der Patienten „sehr“ und „eher zufrieden“. „Sehr“ und „eher unzufrieden“ sind ca. 13 % der Patienten mit der Wartezeit innerhalb der *Praxisorganisation* und 10% äußerten *Unzufriedenheit* bzgl. der Wartezeit auf einen Termin. Der Großteil der Patienten (86-97 %) zeigte sich jedoch „sehr“ und „eher zufrieden“ mit der Praxisorganisation. Die größte Unzufriedenheit innerhalb der Subskala *„Information“* (81/100) und generell die größte Unzufriedenheit innerhalb aller Einzelitems auf allen Skalen, äußerten die Patienten bei der Frage, wie zufrieden sie im Allgemeinen mit ihrem Arzt in Bezug auf die Informationen darüber sind, was sie auch selbst zur Heilung beitragen können. Über ein Fünftel (21 %) der Patienten gab hierbei an, „sehr“ oder „eher unzufrieden“ damit zu sein. Der überwiegende Teil der Patienten (75-92 %) zeigte sich auf den Einzelitems aber dennoch „sehr“ oder „eher“ zufrieden auf der Subskala *„Information“*.

Auf der Subskala *„Partizipation“* zeigte sich der „geringste“ Summenscore (74/100). Dies spiegelt sich entsprechend auf Einzelitemebene wider. Fast ein Viertel (24 %) der Patienten gab an, „nie“ oder „selten“ von ihrem Arzt gefragt zu werden, welche Möglichkeiten sie (im Rahmen von Untersuchungen und Behandlungen) bevorzugen. Knapp ein Fünftel (19 %) gab an, „nie“ oder „selten“ verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchungen und Behandlungen) angeboten zu bekommen und über ein Fünftel (22 %) gab an, „nie“ oder „selten“ mit ihrem Arzt über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten zu diskutieren. Insgesamt gaben 17 % der Patienten an, „nie“ oder „selten“ in dem Maß in Entscheidungen von ihrem Arzt eingebunden zu werden, wie sie es möchten. Drei Viertel (71-78 %) waren auf den Einzelitems jedoch „meistens“ oder „immer“ mit der partizipativen Entscheidungsfindung (Partizipation) zufrieden.

4.4.2 ZAP Globalitems

Auf Globalitemebene zeigte sich eine durchweg sehr hohe Zufriedenheit. Über 95 % der Patienten gaben ein „großes“ oder „eher großes Vertrauen“ (Abb. 12, S. 35) zu ihrem Arzt an. Über 97 % bewerten die Behandlungsqualität mit „sehr“ und „eher hoch“ (Abb. 13, S. 35) und zu gleichen Anteilen waren die Patienten „sehr“ oder „eher zufrieden“ mit ihrem Arzt im Allgemeinen (Abb. 14, S. 35). Aufgrund der ausgeprägten Deckeneffekte innerhalb der

Ergebnisse

Globalitem und der damit einhergehenden geringen Varianz innerhalb der Antworten wird auf eine weitere Analyse der Globalitem zur Prüfung der Hypothesen verzichtet.

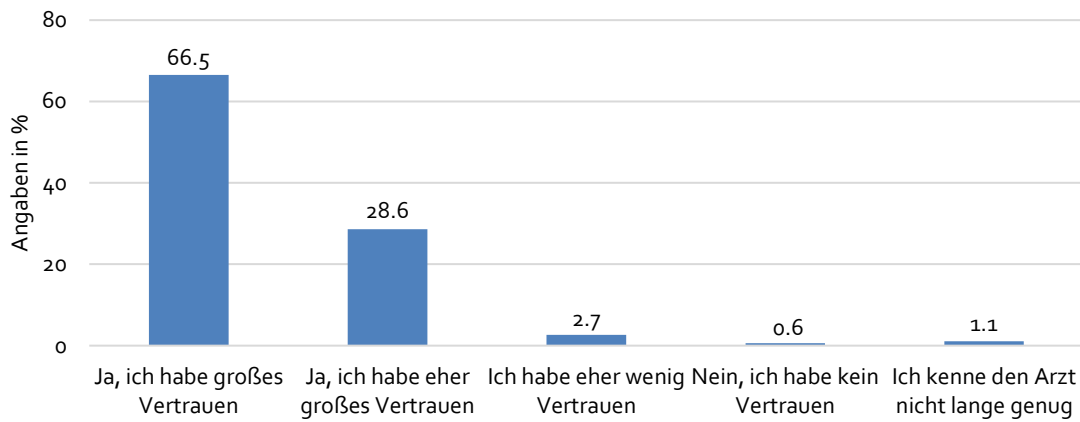


Abbildung 12. Globalitem Vertrauen in den Arzt

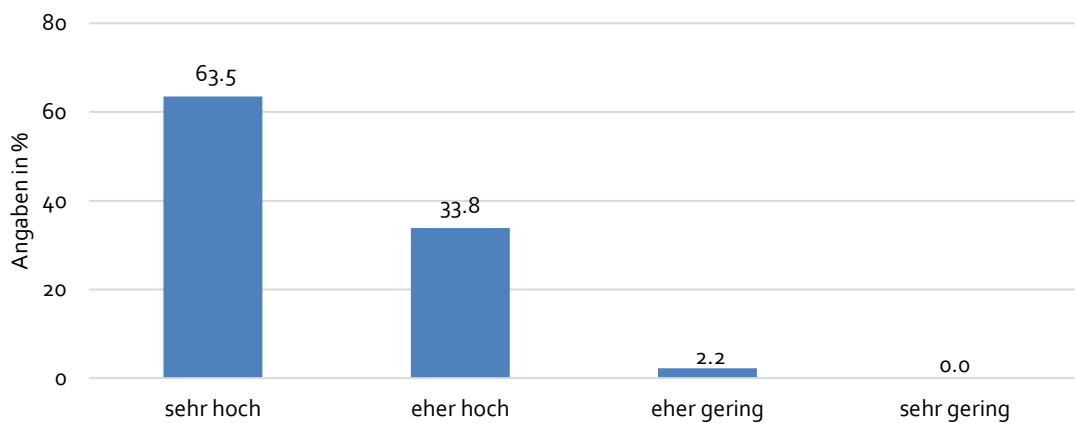


Abbildung 13. Globalitem Behandlungsqualität

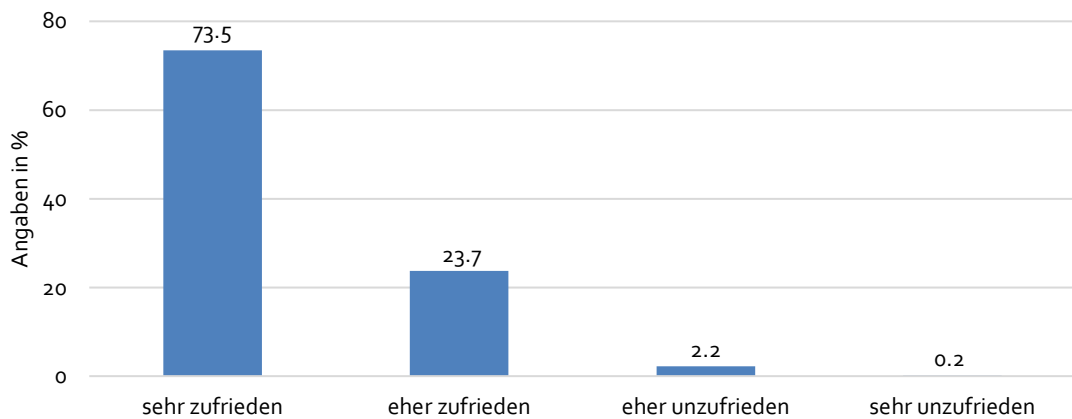


Abbildung 14. Globalitem Allgemeine Zufriedenheit mit dem Arzt

4.4.3 Reliabilität der ZAP Subskalen

Als Maßzahl der Reliabilität wurde Cronbachs α für die Subskalen des ZAP berechnet. Tabelle 11 zeigt die interne Konsistenz der Skalen. Für die Subskala „Praxisorganisation“ liegt diese bei $\alpha=.70$ und weist somit eine akzeptable interne Konsistenz auf. Mit $\alpha=.85$ weist die Skala „Fachkompetenz“ eine gute und die übrigen Skalen mit $\alpha=.92-96$ eine exzellente interne Konsistenz auf [108].

Tabelle 11. Interne Konsistenz der verwendeten ZAP Subskalen

| ZAP Subskala | Cronbachs α |
|--------------------|--------------------|
| Praxisorganisation | .70 |
| Interaktion | .96 |
| Information | .92 |
| Fachkompetenz | .85 |
| Partizipation | .93 |

4.5 Hypothesenprüfung

4.5.1 Geschlechtsunterschiede

Im Vergleich der Mittelwerte waren die Männer auf allen ZAP Subskalen tendenziell zufriedener.

Ein *statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied* (Tabelle 12, S. 37) wurde für die Subskalen „Information“, $t(344.32) = 3.21, p = .001$, „Interaktion“, $t(318.23) = 2.06, p = .040$ und „Fachkompetenz“, $t(367.40) = 3.54, p < .001$, gefunden. Die Männer berichteten auf den Skalen höhere Zufriedenheitswerte. *Kein* signifikanter Geschlechtsunterschied zeigte sich in den Subskalen „Praxisorganisation“, $t(332.67) = 1.769, p = .069$ und „Partizipation“, $t(342.87) = 1.901, p = .058$. Die Hypothese bzgl. der Geschlechtsunterschiede, „Frauen seien über alle ZAP Subskalen signifikant zufriedener“, muss somit *verworfen* werden.

Tabelle 12. Vergleich der Patientenzufriedenheit (ZAP) getrennt nach Geschlecht

| ZAP Subskala (0-100) | Geschlecht | M | SD | Mittlere Differenz | 95 % Konfidenzintervall der Differenz | | t-Test p-Wert |
|-------------------------|------------|-------|-------|-----------------------|---|-------|------------------|
| | | | | | Untere | Obere | |
| Praxisorganisation | männlich | 87.17 | 13.78 | 2.31 | -0.25 | 4.88 | .078 |
| | weiblich | 84.85 | 15.73 | | | | |
| Information | männlich | 84.01 | 15.82 | 4.85 | 1.87 | 7.82 | .001* |
| | weiblich | 79.16 | 18.60 | | | | |
| Interaktion | männlich | 90.08 | 16.58 | 3.18 | 0.15 | 6.22 | .040* |
| | weiblich | 86.89 | 17.95 | | | | |
| Fachkompetenz | männlich | 90.39 | 14.53 | 5.02 | 2.23 | 7.82 | <.001* |
| | weiblich | 85.36 | 18.14 | | | | |
| Partizipation | männlich | 77.48 | 23.62 | 4.32 | -0.15 | 8.80 | .058 |
| | weiblich | 73.16 | 27.88 | | | | |

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau

***Signifikante Ergebnisse sind fett und kursiv gedruckt.**

4.5.2 Altersunterschiede

Insgesamt nahm die Zufriedenheit innerhalb der Subskalen „Praxisorganisation“, „Information“ und „Interaktion“ mit zunehmendem Alter zu (Abb. 15, S. 38).

Auf der Subskala „Praxisorganisation“ zeigte der Bonferroni post-hoc Test einen signifikanten Unterschied ($p = .002$) in den Mittelwerten zwischen jüngeren (18-45 Jahre) und älteren (>65 Jahre) Patienten. Die jüngeren Patienten waren signifikant weniger zufrieden als die älteren Patienten (-6.28, 95 % - CI [-10.59, 1.90]). Weiterhin gab es einen signifikanten Unterschied ($p = .008$) zwischen Patienten im mittleren Lebensalter (46-65 Jahre) und älteren Patienten. Ältere Patienten waren hier wieder zufriedener (-4.24, 95 % - CI [-7.63, -.86]).

Die gleichen Unterschiede zeigten sich auf der Subskala „Interaktion“. Jüngere Patienten waren signifikant ($p < .001$) weniger zufrieden als ältere (-8.65, 95 % - CI [-13.62, -3.68]) und Patienten im mittleren Lebensalter ($p = .016$) ebenfalls (-4.52, 95 % - CI [-8.41, -.62]).

Auf der Subskala „Informationen“ zeigte sich das gleiche Bild. Jüngere Patienten waren signifikant ($p = .014$) weniger zufrieden als ältere Patienten (6.03, 95 % - CI [-11.13, -.93]).

Keine statistisch signifikanten Unterschiede gab es auf den Subskalen „Fachkompetenz“, $F(2, 613) = 2.23$, $p = .108$ und „Partizipation“, $F(2, 605) = .084$, $p = .920$. Die Hypothese bzgl. der Alterskategorien, ältere Patienten seien auf allen ZAP Subskalen signifikant zufriedener als jüngere, kann somit nur für drei von fünf Subskalen bestätigt werden.

Ergebnisse

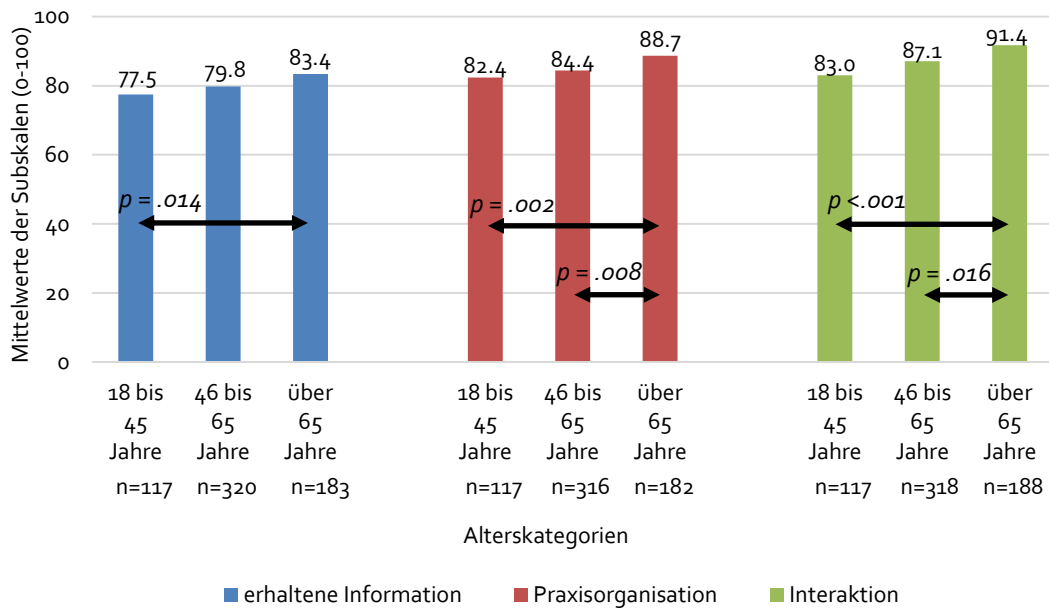


Abbildung 15. Signifikante Altersunterschiede der Patientenzufriedenheit (ZAP)

4.5.3 Versichertenstatus (PKV/GKV)

Im Mittelwertvergleich waren die PKV-Patienten auf allen Subskalen zufriedener (Tabelle 13, S. 39). *Statistisch signifikante* Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Patienten zeigten sich für die Subskala „Praxisorganisation“, $t(622) = -2.57, p = .010$. Die PKV-Patienten berichten hier höhere Zufriedenheitswerte. Auch innerhalb der Subskala „Partizipation“ zeigten sich signifikante Unterschiede, $t(616) = -1.96, p = <.050$. Die PKV-Patienten waren hier ebenfalls zufriedener. *Keine signifikanten* Unterschiede zeigten sich auf der Subskala „Information“, $t(628) = -.321, p = .749$, „Interaktion“, $t(106,67) = -1.022, p = .309$ und „Fachkompetenz“, $t(110,505) = -1,949, p = .054$. Die Hypothese bzgl. des Versichertenstatus, PKV-Patienten seien über alle ZAP Subskalen messbar unzufriedener, kann damit nicht bestätigt werden und wird somit insgesamt verworfen.

Tabelle 13. Unterschiede der PKV- und GKV- Versicherten auf allen ZAP Subskalen

| ZAP Subskala (0-100) | Versicherung | M | SD | Mittlere Differenz | 95 % Konfidenzintervall der Differenz | | t-Test p-Wert |
|-------------------------|--------------|-------|-------|-----------------------|---|-------|------------------|
| | | | | | Untere | Obere | |
| Praxisorganisation | GKV | 84.71 | 15.38 | -4.84 | -8.52 | -1.15 | .010* |
| | PKV | 89.55 | 14.17 | | | | |
| Information | GKV | 80.55 | 18.12 | -0.71 | -5.09 | 3.66 | .749 |
| | PKV | 81.26 | 17.08 | | | | |
| Interaktion | GKV | 87.53 | 18.08 | -1.90 | -5.61 | 1.79 | .309 |
| | PKV | 89.44 | 14.74 | | | | |
| Fachkompetenz | GKV | 86.34 | 17.74 | -3.42 | -6.91 | 0.05 | .054 |
| | PKV | 89.77 | 13.76 | | | | |
| Partizipation | GKV | 73.57 | 27.16 | -6.56 | -13.12 | -0.00 | <.050* |
| | PKV | 80.13 | 24.00 | | | | |

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; p = Signifikanzniveau

***Signifikante Ergebnisse sind fett und kursiv gedruckt.**

4.5.4 Depressionsschwere (PHQ-8)

Insgesamt nahm die Zufriedenheit der Patienten *auf allen Subskalen* mit zunehmender Schwere der depressiven Symptomatik ab. Innerhalb der Schwere (Ausprägung) der gemessenen Depression (minimal, mild, ausgeprägt, schwer ausgeprägt) zeigten sich signifikante und hochsignifikante ($p < .05$ oder $p < .001$) Unterschiede. Die geringste Zufriedenheit berichteten Patienten mit einer schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik innerhalb der Subskala Partizipation ($M=36.9$; $SD=37.8$). Aufgrund der Fülle der signifikanten Unterschiede, werden die Ergebnisse der einzelnen Subskalen in den Abbildungen 16 bis 20 (S. 40-42) zur besseren Veranschaulichung grafisch dargestellt. Die Hypothese, Patienten mit einer mittel, ausgeprägten oder schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik sind signifikant geringer zufrieden als Patienten mit einer milden oder leichten Symptomatik, kann somit *beibehalten* werden.

Ergebnisse

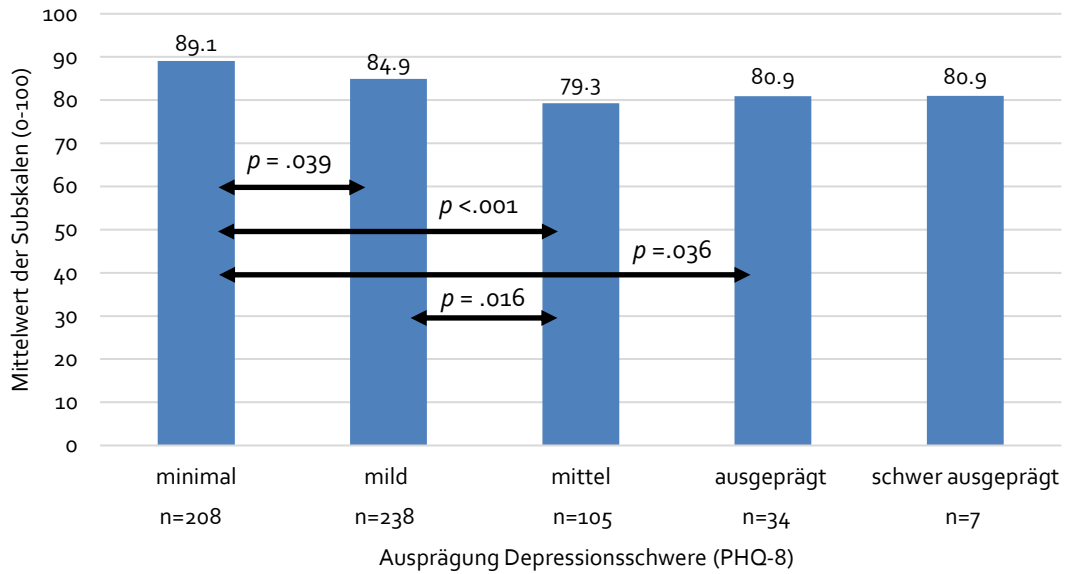


Abbildung 16. Signifikante Ergebnisse ZAP Subskala Praxisorganisation (n=592) und Depressionsschwere (PHQ-8)

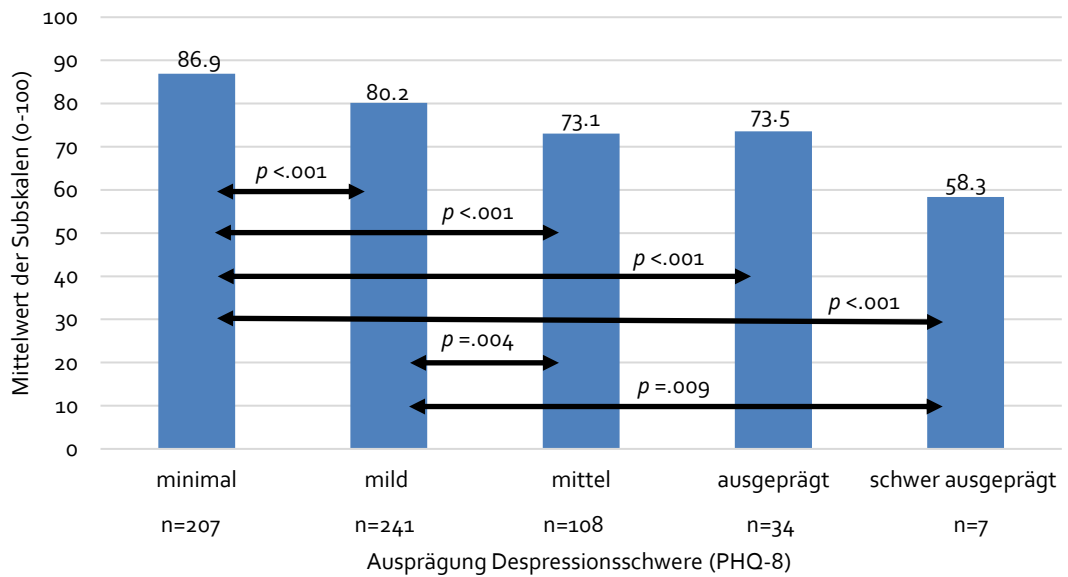


Abbildung 17. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Information (n=595) und Depressionsschwere (PHQ-8)

Ergebnisse

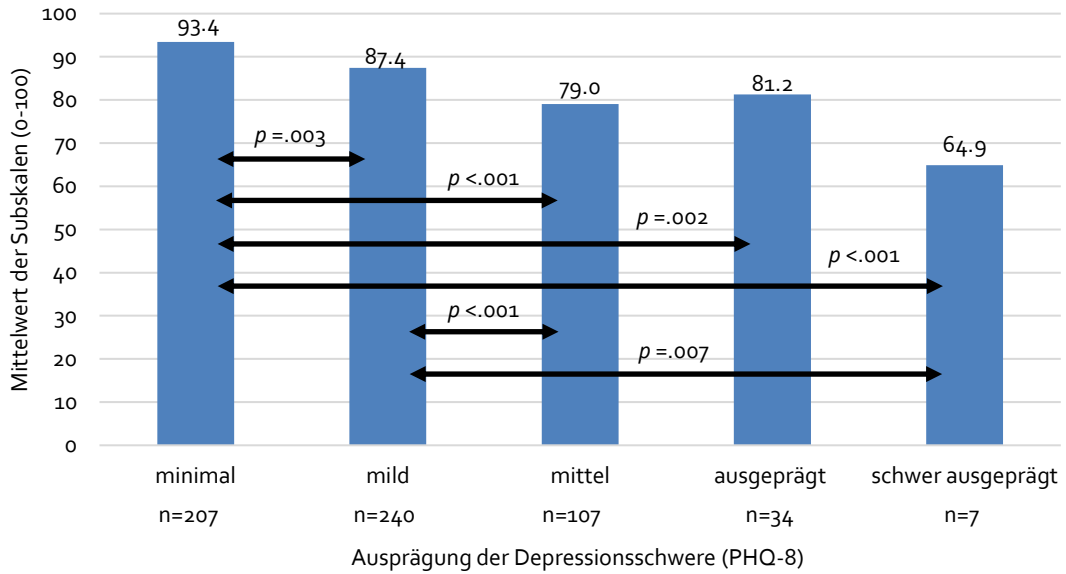


Abbildung 18. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Interaktion (n=595) und Depressionsschwere (PHQ-8)

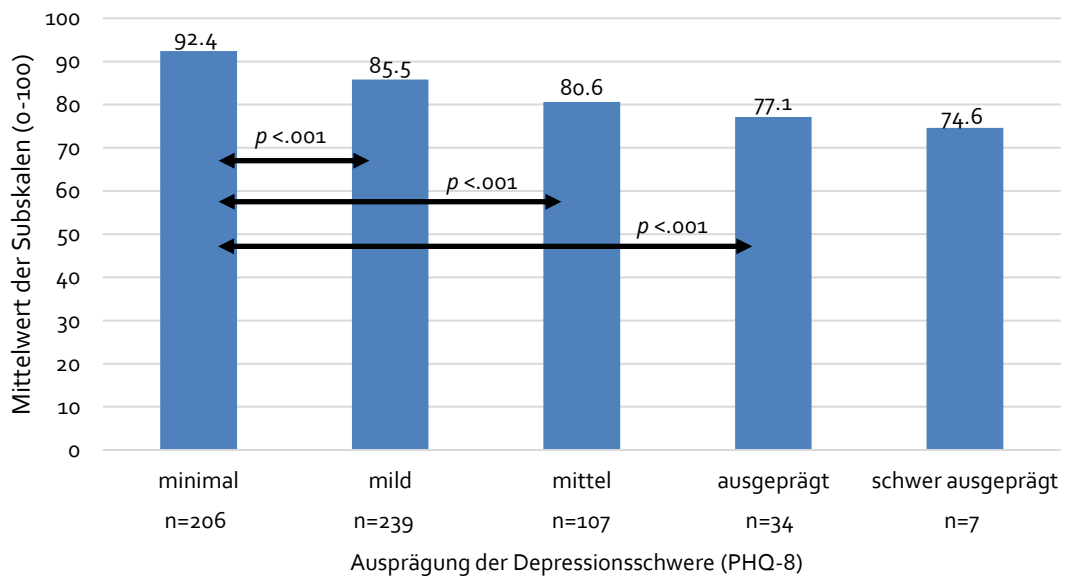


Abbildung 19. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Fachkompetenz (n=593) und Depressionsschwere (PHQ-8)

Ergebnisse

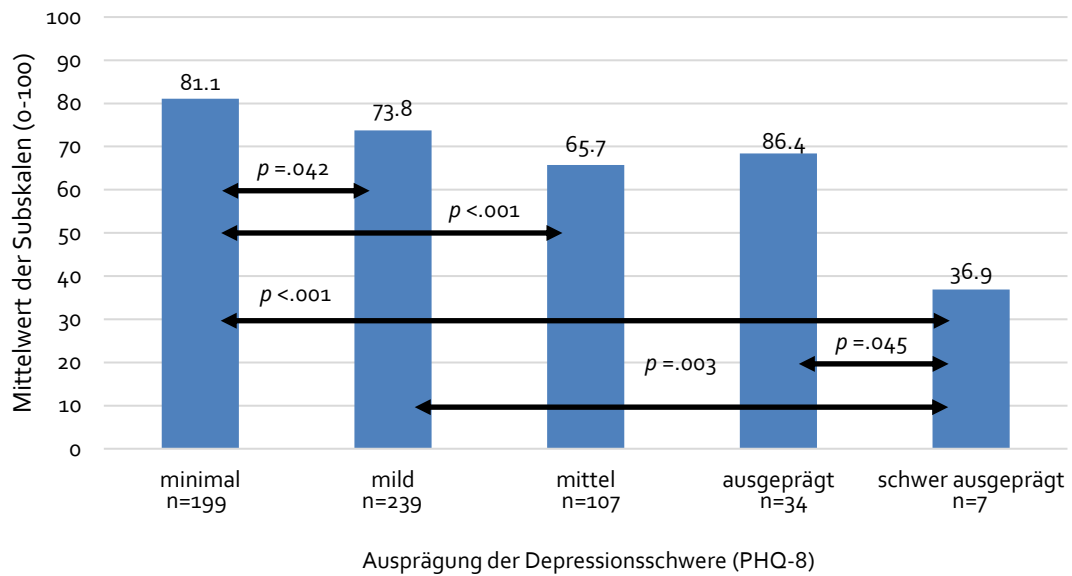


Abbildung 20. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Partizipation (n=586) und Depressionsschwere (PHQ-8)

4.5.5 Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs

Insgesamt nahm die Zufriedenheit der Patienten auf allen Subskalen mit einem längeren Arzt-Patienten-Gespräch zu. Die Patienten berichteten jeweils die höchste Zufriedenheit, wenn sie mehr als 30 Minuten im Arzt-Patienten-Gespräch verbracht hatten und die geringste Zufriedenheit (bis auf die Skala „Praxisorganisation“), wenn sie unter 5 Minuten mit dem Arzt gesprochen hatten. Bis auf die Subskala „Praxisorganisation“, auf der sich keine signifikanten Unterschiede zeigten, $F(5, 618) = .88, p = .494$, sind alle vier übrigen Subskalen und deren signifikante Unterschiede nachfolgend in den Abbildungen 21 bis 24 (S. 43-44) dargestellt.

Ergebnisse

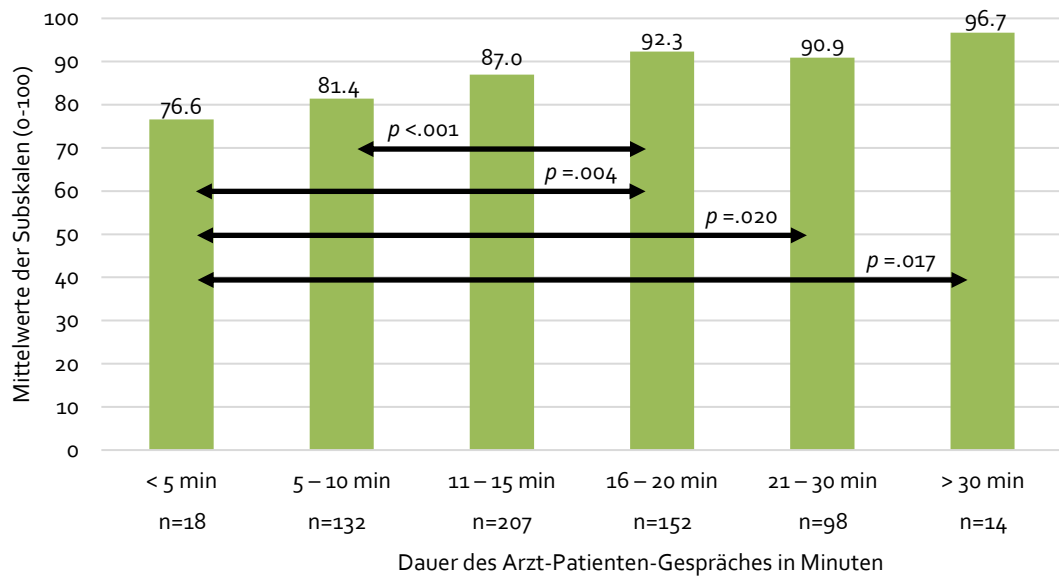


Abbildung 21. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Interaktion (n=621) in Abhängigkeit der Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs

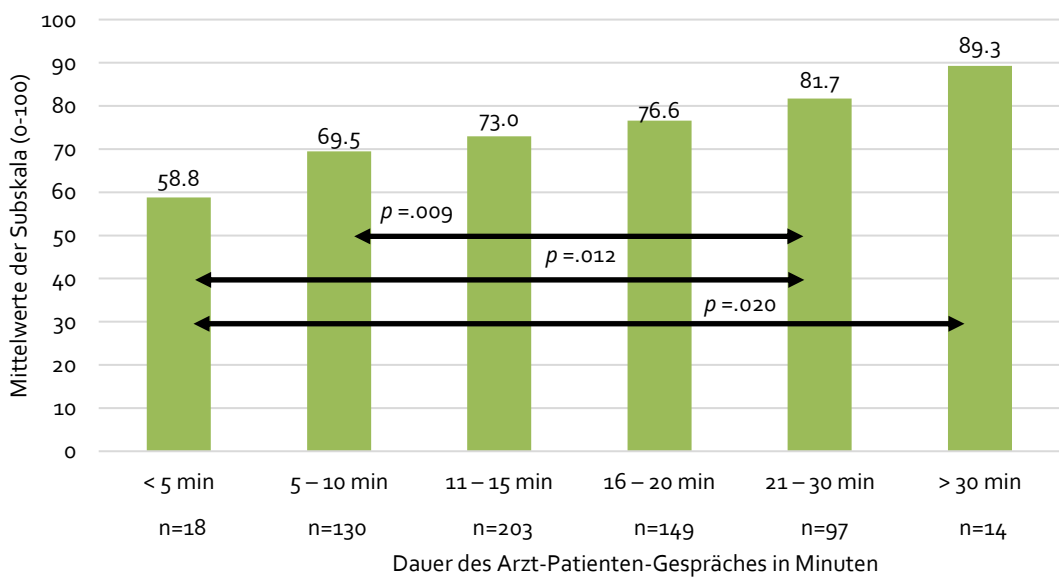


Abbildung 22. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Partizipation (n=611) in Abhängigkeit der Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs

Ergebnisse

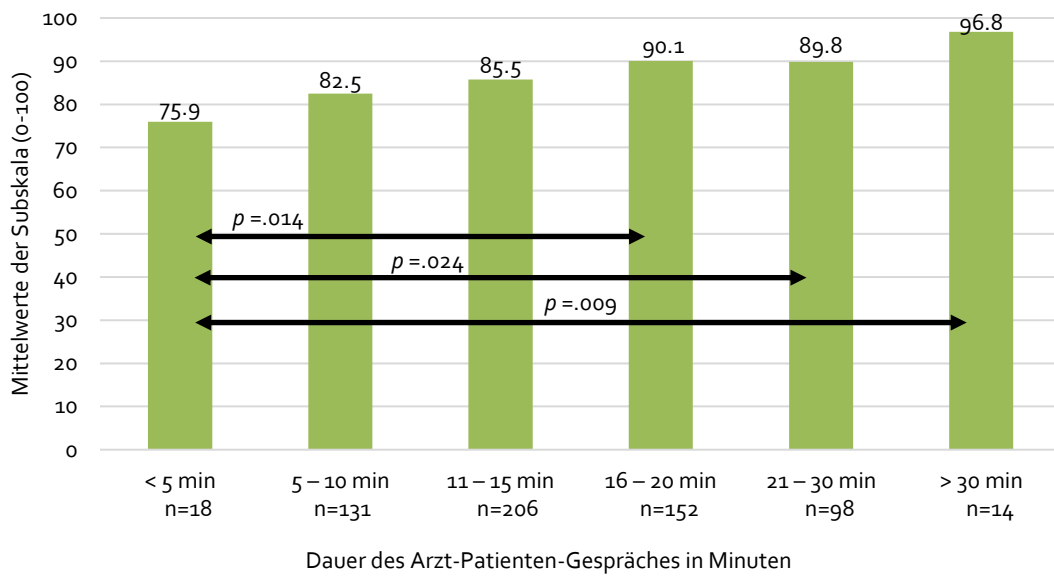


Abbildung 23. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Fachkompetenz (n=619) in Abhängigkeit der Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs

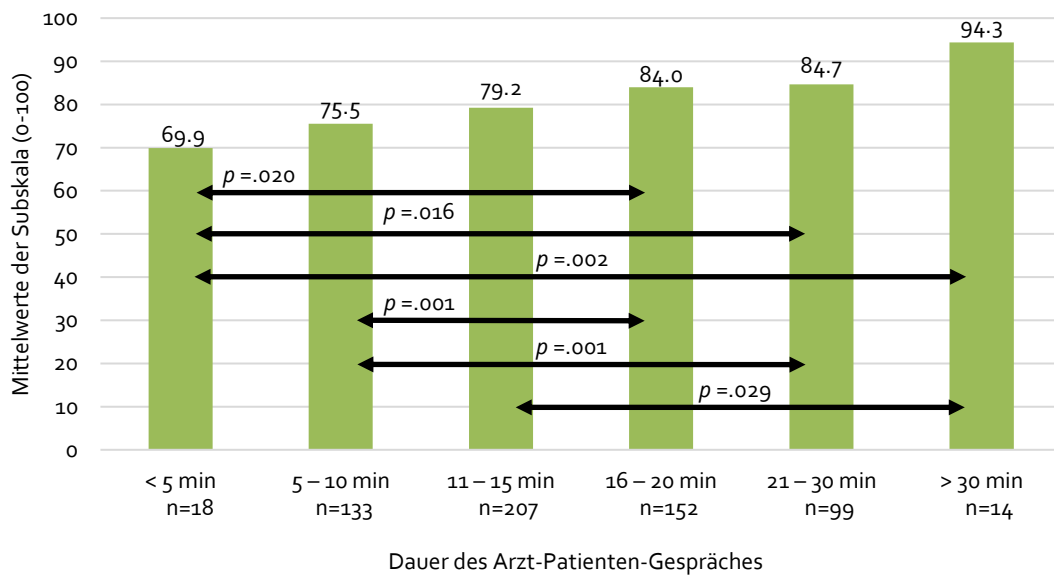


Abbildung 24. Signifikante Ergebnisse der ZAP Subskala Information (n=623) in Abhängigkeit der Dauer des Arzt-Patienten- Gespräches

4.5.6 Gesundheitsbezogene Angaben

Auf der Ebene bivariater Korrelationen wurden die ZAP Subskalen auf ihre Zusammenhänge gesundheitsbezogener Angaben (Fatigue, Schmerz und aktueller Gesundheitszustand) untersucht. Es zeigte sich auf allen ZAP Subskalen und den Items der gesundheitsbezogenen Angaben signifikante Zusammenhänge in Form von positiven und negativen Korrelationen (Tabelle 14). Schwache *negative Korrelationen* zeigten sich zwischen „Schmerzen“ und „Fatigue“ und allen ZAP Subskalen. Patienten, die eine stärkere Ausprägung der Schmerzen und der wahrgenommenen Fatigue spürten, gaben demnach auch geringere Zufriedenheitswerte auf allen ZAP Subskalen an. Auch der aktuelle Gesundheitszustand korrelierte schwach positiv mit allen ZAP Subskalen. Patienten, die aktuell einen besseren Gesundheitszustand angaben, waren auch zufriedener auf allen ZAP Subskalen.

Tabelle 14. Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman zwischen den Subskalen des ZAP, Schmerzen, Fatigue und aktuellem Gesundheitszustand

| | Schmerzen | Fatigue | Aktueller Gesundheitszustand | ZAP Praxisorga. | ZAP Partizipation | ZAP Interaktion | ZAP Fachkompetenz | ZAP Information |
|------------------------------|-----------|---------|------------------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| Schmerzen | 1 | | | | | | | |
| Fatigue | .486** | 1 | | | | | | |
| Aktueller Gesundheitszustand | -.565** | -.334** | 1 | | | | | |
| ZAP Praxisorga. | -.230** | -.220** | .181** | 1 | | | | |
| ZAP Partizipation | -.211** | -.210** | .148** | .263** | 1 | | | |
| ZAP Interaktion | -.196** | -.272** | .157** | .330** | -.595** | 1 | | |
| ZAP Fachkompetenz | -.239** | -.235** | .158** | .377** | .552** | .670** | 1 | |
| ZAP Information | -.250** | -.298** | .192** | .382** | .641** | .703** | .695** | 1 |

Anmerkungen. Schmerzen (0-10), Fatigue (0-10), Aktueller Gesundheitszustand (0-10); ZAP Subskalen (0-100)

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von $\alpha < .01$ signifikant

4.5.7 Teilnehmende Einrichtungen

Insgesamt gab es keine bedeutsamen Unterschiede der teilnehmenden Einrichtungen (Uniklinik, Klinik und Praxis). Der Post-hoc Test zeigte lediglich einen *signifikanten Unterschied* ($p=.047$) auf der Subskala „Partizipation“ zwischen Klinik und Praxis (6.61, 95 %-CI[0.05, 13.16]). Die Patienten, die in einer Klinik behandelt wurden, waren signifikant zufriedener mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung als Patienten, die in einer Praxis behandelt wurden. *Keine* signifikanten Unterschiede gab es zwischen den Einrichtungen der ZAP Subskalen „Praxisorganisation“, $F(2, 623) = 1.93, p = .146$, „Information“, $F(2, 629) = .932, p = .394$, „Interaktion“, $F(2, 627) = .563, p = .570$ und „Fachkompetenz“, $F(2, 625) = .102, p = .903$. Diese explorative Fragestellung brachte für die vorliegende Arbeit keinen wesentlichen Erkenntnisgewinn.

4.6 Ergebniszusammenfassung unter Berücksichtigung der Hypothesen

Von den untersuchten sechs Hypothesen wurden drei bestätigt, eine teilweise bestätigt und zwei verworfen (Tabelle 15). Auf eine Zusammenfassung der Fragestellung mit explorativem Charakter soll an dieser Stelle verzichtet werden.

Tabelle 15. Ergebniszusammenfassung unter Berücksichtigung der Hypothesen

| Hypothesen | Verworfen/ teilweise bestätigt/ bestätigt |
|---|---|
| 1 Über alle ZAP Subskalen hinweg sind weibliche Patienten zufriedener als männliche. | verworfen |
| 2 Ältere Patienten sind auf allen ZAP Subskalen zufriedener als jüngere. | teilweise bestätigt |
| 3 PKV-Patienten sind auf allen ZAP Subskalen messbar unzufriedener als GKV-Patienten. | verworfen |
| 4 Patienten sind zufriedener, je geringer die depressive Symptomatik ausgeprägt ist. | bestätigt |
| 5 Mit zunehmender Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs steigt die Patientenzufriedenheit. | bestätigt |
| 6 Patienten mit einem besseren Gesundheitszustand sind zufriedener. | bestätigt |

5 Diskussion

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die prozessbezogene Zufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung aus Patientenperspektive abzubilden. Neben den Rahmenbedingungen des Arztbesuches sollten Unterschiede zwischen verschiedenen Gruppen analysiert und Zusammenhänge der verschiedenen ZAP Subskalen und gesundheitsbezogenen Konstrukte abgebildet werden.

Nachfolgend werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund bisheriger Forschungsergebnisse und möglicher Limitationen diskutiert und Schlussfolgerungen für zukünftige Forschungsarbeiten und den Praxistransfer abgeleitet.

5.1 Repräsentativität der Stichprobe

Das Alter der Teilnehmer der Gesamtstichprobe (N=633) entspricht mit durchschnittlichen 57.4 Jahren dem durchschnittlichen Alter anderer Studienpopulationen [52, 110] mit dem Fokus auf entzündlich rheumatischen Erkrankungen sowie der Studienpopulation der Patienten des Deutschen Rheumaforschungszentrums im Jahr 2016 [111]. Auch die Geschlechterverteilung [52], Krankheitsdauer, Schichtzugehörigkeit und gesundheitsbezogene Konstrukte wie „Schmerz“ und „Erschöpfung“, gehen mit Ergebnissen anderer Studien [112] und der Studienpopulation der Patienten des Deutschen Rheumaforschungszentrums 2016 [113] einher. Die häufigste Diagnose in der vorliegenden Arbeit ist die Rheumatoide Arthritis, die der fallstärksten Diagnose (Prävalenz) entzündlich rheumatischer Erkrankungen entspricht.

5.2 ZAP Subskalen

Insgesamt zeigte sich auf allen Subskalen eine sehr hohe prozessbezogene Zufriedenheit (74-88/100).

Die Zufriedenheitswerte auf allen fünf ZAP Subskalen in dieser Arbeit decken sich zudem mit der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe der TK-Studie von Bestmann & Verheyen [81] mit einem Anteil von 43 % chronisch kranken Patienten. In beiden Studien berichteten die Patienten die höchste Zufriedenheit auf der Subskala „Interaktion“ und die geringste Zufriedenheit innerhalb der Skala „Partizipation“. Auch die Ursprungsstudie zur psychometrischen Überprüfung des ZAP Manuals [23] korrespondiert mit den Ergebnissen der

vorliegenden Arbeit. Zum Vergleich sind die Ergebnisse aller drei Arbeiten der ZAP Subskalen in Abbildung 25 grafisch dargestellt.

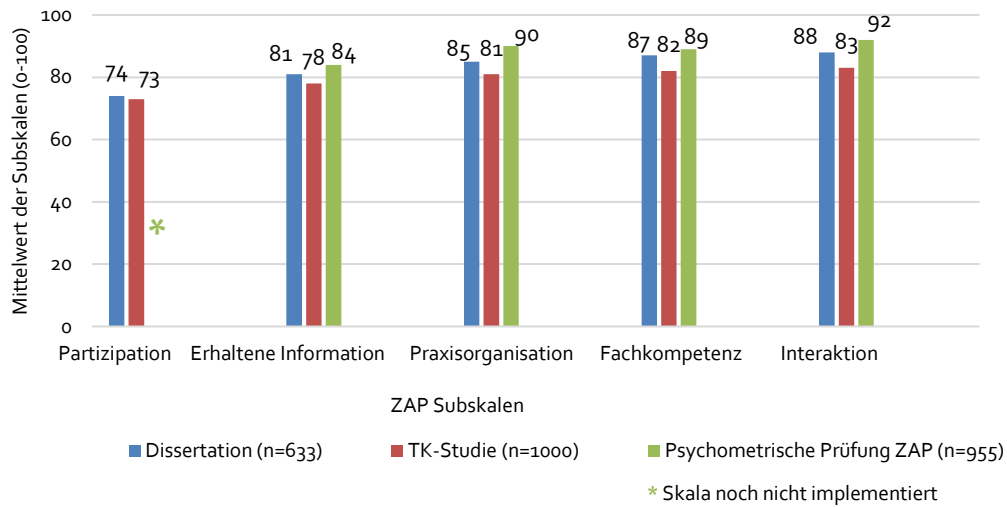


Abbildung 25. Vergleich der Mittelwerte der ZAP Subskalen

Im Vergleich der fünf Subskalen schnitt die Subskala „Partizipation“ in der vorliegenden Arbeit mit dem geringsten Summenscore (74/100) ab. Dazu waren die Ergebnisse auf Einzelitemebene (5 Items) von Interesse.

Hier fiel auf, dass über 20 % der Patienten angaben, „nie“ oder „selten“ von ihrem Arzt gefragt zu werden, welche Möglichkeiten (z.B. Untersuchungen und Behandlungen) sie bevorzugen oder mit ihrem Arzt über Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten (z.B. Untersuchungen und Behandlungen) diskutieren. Weiterhin gaben ca. 17 % an, nie oder selten in dem Maß in Entscheidungen einbezogen zu werden, wie sie es möchten.

Zuerst ist festzuhalten, dass ein Skalen-Summenwert (Partizipation) von 74 von 100 nach wie vor eine hohe Zufriedenheit widerspiegelt, auch wenn durch die Autoren des ZAP [22] keine Einteilung bzw. Differenzierung oder Cut-off-Werte der Skalen-Summenwerte für eine hohe, mäßige oder geringe Zufriedenheit bereitgestellt werden. Auch innerhalb der Onkologie-Studien aus den USA wurden eine insgesamt hohe Zufriedenheit der Patienten und ein Verbesserungspotenzial in einigen Bereichen, wie z.B. der partizipativen Entscheidungsfindung festgestellt, allerdings mit einem anderen standardisierten Instrument als dem ZAP [86, 87]. In der Studie aus Hong Kong, an der sich vier verschiedene rheumatologische Ambulanzen mit 105 Patienten mit Psoriasis-Arthritis beteiligten, zeigte sich in der bivariaten Analyse, dass der einzige Faktor, der mit der Zufriedenheit negativ assoziiert

war, ein niedriger Wert in einer der drei Fragen zur Beteiligung an medizinischen Entscheidungen war. Auch hier nutzte man keine standardisierten Instrumente, jedoch scheinen diejenigen Patienten, die zufriedener mit der partizipativen Entscheidungsfindung sind, insgesamt höhere Zufriedenheitswerte anzugeben.

Die Ursachen bzw. Gründe für geringere Werte in dieser und auch anderen Arbeiten innerhalb der Skala „Partizipation“ können vielfältig und an dieser Stelle nur hypothetisch diskutiert werden.

Die Entstehung des Modells des „Shared Decision Making“ (partizipative Entscheidungsfindung) geht in die 1990er Jahre zurück, ist mittlerweile das am weitesten ausgereifte Konzept der Patientenbeteiligung [114, 115] und sollte das bis dahin stark verbreitete paternalistische Modell ablösen. Klemperer und Rosenwirth [116] stellten im Jahr 2005 bereits fest, dass das Modell zur gemeinsamen Entscheidungsfindung noch in kein Gesundheitssystem Einzug gehalten hatte. Auch die Autoren Légaré und Witteman [117] betonen 2013, dass die partizipative Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis noch nicht umfassend umgesetzt wird. Verschiedene Autoren [116, 118] geben hierfür mangelnde Kommunikationsfertigkeiten seitens der Ärzte und weniger die zeitlich knappen Ressourcen im Praxisalltag an [116]. Dagegen ist kritisch anzumerken, dass der Gedanke sehr nahe liegt, dass die Kommunikation im Kontext einer partizipativen Entscheidungsfindung generell mehr Zeit in Anspruch nimmt, wenn mit Patienten verschiedene Vor- und Nachteile besprochen werden. Möglicherweise ist genau das ein Umstand dafür, warum Ärzte gar nicht erst ein Arzt-Patienten-Gespräch im Rahmen einer partizipativen Entscheidungsfindung beginnen möchten oder ablehnen, da ihnen die Zeit dafür eigentlich nicht zur Verfügung steht. So kann Ärzten nicht per se die Fähigkeit abgesprochen werden, keine ausreichenden kommunikativen Kompetenzen zu besitzen. Es ist eher als *Circulus vitiosus* zu beschreiben, bei dem die stärkste aufrechterhaltende Variable die mangelnde Zeit die Ausgangsvariable darstellt. Das wird durch ein systematisches Review [119] gestützt, das als eine der drei häufigsten Barrieren der Implementierung der partizipativen Entscheidungsfindung seitens der ärztlichen Behandler die wahrgenommene Zeitbeschränkung im Arzt-Patienten-Kontakt fand. Allerdings verweisen Légaré und Thompson-Leduc [120] darauf, dass entsprechend einem Cochrane Review [121] keine eindeutigen Daten vorliegen, dass die partizipative Entscheidungsfindung zu lange dauert. Bei genauerer Betrachtung dieses Cochrane Reviews fällt allerdings auf, dass die Autoren *Entscheidungshilfen (decision aids)* der Standardversorgung und/oder alternative Interventionen miteinander verglichen und nicht die partizipative Entscheidungsfindung an sich. Ob es sich um einen Übersetzungs- oder Verständnisfehler der Autoren handelt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Weiterhin ist die Theorie der partizipativen Entscheidungsfindung innerhalb der Medizin eigentlich nicht neu. Bereits 1977 beschrieben Beauchamp & Childress [122] in ihrem Buch „*Principles of biomedical ethics*“, welches inzwischen zum Standardwerk der Medizinethik geworden ist, das Vier-Prinzipien-Modell des medizin-ethischen Handelns. Die Autoren beschreiben hier neben den Prinzipien der „Schadensvermeidung“, „Gerechtigkeit“ und „Fürsorge“ auch das Prinzip des Respektes der „Autonomie“, mit dem Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit und die Forderung des „informed consent“ vor jeder medizinischen oder therapeutischen Intervention unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten.

Umso interessanter ist es, dass das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (sowie das Modell der Risikokommunikation und des Motivational Interviewing) innerhalb der Arzt-Patienten-Kommunikation im Rahmen des Studiums der Medizin erst jetzt, im Masterplan 2020 [123, 124], verpflichtend für alle Medizinischen Fakultäten Einzug halten soll. Bisher sind entsprechende Curricula nicht an allen Fakultäten als Pflichtveranstaltungen deklariert. Nur ca. die Hälfte aller Medizinischen Fakultäten in Deutschland gaben 2011 [125] an, dass das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) Teil ihres Lehrplanes sei (Rückmeldung von 24 von 32 Fakultäten, davon bestätigten 16 Fakultäten, PEF sei Teil des Lehrplanes). Hier bleibt abzuwarten, ob eine entsprechende Implementierung von Kommunikationscurricula eine Veränderung der Arzt-Patienten-Kommunikation mit sich bringt oder durch knappe zeitliche Ressourcen auch die besten Kommunikationscurricula keine Veränderungen zur Folge haben. Eine weitere Möglichkeit, warum die gemeinsame Entscheidungsfindung nicht immer ausreichend gut gelingen und auf den Praxisalltag übertragen werden kann, können wirtschaftliche Hintergründe bzw. Kostenfaktoren sein, die Therapieentscheidungen bestimmen [126], wie zum Beispiel die Umstellung von Biologischen DMARDs auf die weitaus kostengünstigeren Biosimilar-DMARDs. Die Einflussnahme von Kostenträgern ist insgesamt vielfältig. So existieren auch Selektivverträge, die eine eigenständige Vertragsform im deutschen Gesundheitswesen darstellen und direkt zwischen den einzelnen Leistungserbringern und den Krankenkassen geschlossen werden. Die Leistungen kommen dementsprechend nicht für alle, sondern nur für jenes ausgewählte Patientenkollektiv in Frage, welches im Selektivvertrag definiert ist [127]. Es wäre also möglich, dass Ärzte ihren Patienten bestimmte medikamentöse Therapien, Operationen oder Behandlungsmöglichkeiten entsprechend der ZAP-Items gar nicht anbieten und diskutieren können, da der Patient nicht der entsprechenden Krankenkasse zugehörig ist. Auch Labordiagnostik [128] oder ambulante Verordnungen, wie zum Beispiel Physiotherapie, unterliegen der Budgetierung und können nicht uneingeschränkt verordnet und dementsprechend angeboten werden. Hier ist eine offene und ehrliche Haltung des Arztes geboten, der dem Patienten die Sachlage entsprechend

kommuniziert. Die Heilmittel-Richtlinie wurde jedoch 2017 [129] um einige Diagnosen entzündlich rheumatischer Erkrankungen erweitert und Langfristverordnungen so insgesamt vereinfacht.

Die *Subskala „Information“* (8 Items) war jene Skala in der vorliegenden Arbeit, die nach der Skala „Partizipation“ den geringsten Summenwert aufwies. Auch hierfür sollten mögliche Gründe sondiert werden.

Ein Item der *Subskala „Information“* fiel aufgrund der deutlich geringeren Bewertung innerhalb aller Einzelitems insgesamt auf. Auf die Frage, wie zufrieden sie im Allgemeinen mit ihrem Arzt in Bezug auf die Informationen darüber sind, was sie auch selbst zur Heilung beitragen können, äußerte über ein Fünftel der Patienten, „sehr“ oder „eher unzufrieden“ damit zu sein. Dabei ist durch mehrere Studien bekannt [130–132], dass hohe (gesundheitsbezogene) Kontrollüberzeugungen (soziale Lerntheorie von Rotter [133]), mit mehr Gesundheits- und Vorsorgeverhalten, physischer sowie psychischer Gesundheit und besseren Rehabilitationsergebnissen assoziiert sind [134]. Es ist also von fundamentaler Bedeutung, dass Ärzte ihre Patienten auch über die regelmäßige und sachgerechte Medikamenteneinnahme hinaus informieren, wie sie selbst zu einer niedrigeren Krankheitsaktivität bzw. geringeren Beeinträchtigungen beitragen können (Verhaltensempfehlungen wie Bewegung, Rauchentwöhnung, Vermeidung von Kälte- und Nässeexpositionen, Ernährung, etc.). Es gibt diesbezüglich eine Fülle an Studien, deren Ergebnisse innerhalb der Sprechstunden knapp und verständlich übermittelt werden sollten. Auch in entsprechenden (Patienten-)Leitlinien [135] und Interdisziplinären Leitlinien [136] wird auf nicht-medikamentöse Interventionen, wie z.B. Physiotherapie, Bewegungsübungen, Kraft- und Ausdauertraining, Sport, Ergotherapie, orthopädische Schuhversorgung, psychologische Interventionen, Patientenschulungen, Rauchentwöhnung oder Gewichtsreduktion, verwiesen.

5.2.1 ZAP Globalitems

Wie bei den Subskalen zeigten sich auch bei den *Globalitems* hohe Zufriedenheitswerte. Ausführlich diskutiert werden, wie in Abschnitt 1.1.3 (S. 3-4) bereits erläutert, in der Literatur die soziale Erwünschtheit und hohe Zufriedenheitswerte von Antworten bei Patientenbefragungen [2, 7, 26]. Die Tendenz zu positiven Antworten fällt im Vergleich zu anderen (Kunden-)Zufriedenheitsbefragungen besonders auf [5]. Verschiedene Autoren [7, 27] postulieren zudem, dass bei Fragen, die global gestellt werden, schon ein enormes

Unzufriedenheitspotenzial vorhanden sein muss, damit Patienten auch tatsächlich Unzufriedenheit äußern. Patienten stünden mehr oder minder in einer (unfreiwilligen) Abhängigkeit zum Behandler.

Ein weiterer Erklärungsansatz stützt sich auf die Theorie der kognitiven Dissonanz [137] : Patienten nehmen an, das ärztliche und andere medizinische Personal tue alles Erdenkliche für die Genesung - und die Behandlung sei demnach sehr gut [7, 138]. In diesem Kontext sei es sozial nicht erwünscht, Kritik zu äußern [7]. Zudem stellt der Arzt, wie es ehemals das paternalistische Modell [139] die letzten Jahrzehnte moderierte, für viele Patienten nach wie vor eine große Autorität dar. „In Frage stellen“ der „ärztlichen Kunst“ schließt dieses Modell nicht mit ein.

5.2.2 Depressionsschwere (PHQ-8)

Die Zufriedenheit der Patienten aller Subskalen nahm mit Zunahme der Schwere der depressiven Symptomatik signifikant ab. Diese Ergebnisse decken sich mit Befunden aus anderen Studien(-populationen) [90, 140–142].

Bzgl. der *Depressionsschwere* fiel auf, dass die gemessene depressive Symptomatik in der vorliegenden Untersuchung mit einer Prävalenz von 23,6 % (PHQ-8; Summenwert ≥ 10) im Vergleich zur Gesamtprävalenz in Deutschland [143] mit 10,1 % (PHQ-8; Summenwert ≥ 10) über das Zweifache höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Andere Studien und Reviews, wenn auch einzeln auf die Krankheitsbilder einer RA [45, 144–150], Psoriasis-Arthritis [151] oder Spondyloarthritis [152] fokussiert, berichten von ähnlichen und sogar höheren Prävalenzen (10–45 %). Diese sehr heterogenen Ergebnisse sind vor allem auf unterschiedliche Messinstrumente, Beobachtungszeiträume und Patientenkollektive verschiedener kultureller Herkünfte zurückzuführen [153]. Englbrecht et al. [153] betonen zu dem, dass Patienten sich durch (entzündlich rheumatische) Schmerzen, Funktionseinschränkungen, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Erschöpfung (Fatigue) und auch Schlafstörungen beeinträchtigt fühlen [154]. Exakt diese Symptomatik entzündlich rheumatischer Beschwerden überschneidet sich aber mit den klassischen Symptomen einer depressiven Episode [153, 155]. Daher sind Ergebnisse aufgrund einer möglichen Symptomüberschneidung insgesamt vorsichtig zu interpretieren. Zudem vergibt man in der klinischen Praxis keine F-Diagnosen (ICD-10; Psychische und Verhaltensstörungen), die sich ausschließlich mittels Fragebogendiagnostik nach Selbstauskunft der Patienten ergeben. Um zukünftig eine Differenzierung für Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten zu erleichtern, ist der Ausschreibungsschwerpunkt 2019 der

Forschungsförderung [156] der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V. die Fatigue als ein bisher wenig beachtetes Syndrom bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen. Hier sind wissenschaftlich tätige Kollegen aufgefordert, praxisrelevante und evidenzbasierte Diagnosekriterien der Fatigue, auch in Abgrenzung von ähnlichen Erkrankungen, zu entwickeln.

5.2.3 Gesundheitsbezogene Angaben

Unterstützend zu dem Befund, dass die Patientenzufriedenheit mit Zunahme der Depressionsschwere abnimmt, konnten innerhalb der gesundheitsbezogenen Angaben schwache negative Korrelationen in dieser Arbeit zwischen „Schmerzen“ und „Fatigue“ und allen ZAP Subskalen aufgezeigt werden. Patienten, die eine stärkere Ausprägung der Schmerzen und der wahrgenommenen Fatigue spürten, gaben demnach auch geringere Zufriedenheitswerte auf allen ZAP Subskalen an. Auch der aktuelle Gesundheitszustand korrelierte schwach positiv mit allen ZAP Subskalen. Patienten die aktuell einen besseren Gesundheitszustand angaben, waren zufriedener auf allen ZAP Subskalen. Die Ergebnisse der Depressionsschwere im Kontext der PZ und auch die Ergebnisse der Korrelation entsprechen früheren Befunden, die zeigen, dass Patienten mit schlechterer körperlicher oder psychischer Gesundheit und häufigen Schmerzen [157, 158] tendenziell weniger zufrieden mit ihrer medizinischen Versorgung sind [77, 159]. Einige Autoren [160, 161] argumentieren auf dieser Grundlage, dass die Zufriedenheit mit ihrer medizinischen Versorgung mehr über die Lebensqualität der Patienten aussagt als über die Qualität der medizinischen Versorgung.

5.2.4 Geschlechterunterschiede

Die Ergebnisse der Geschlechtsunterschiede der vorliegenden Arbeit decken sich *nicht* mit den Ergebnissen anderer Studien [162–167]. Die männlichen Teilnehmer waren auf den Subskalen „Information“, „Interaktion“ und „Fachkompetenz“ signifikant zufriedener als die Frauen. Mögliche Ursachen hierfür könnten gesundheitsbezogene Variablen sein. So zeigten sich innerhalb dieser Arbeit signifikante Unterschiede zwischen Geschlecht und der Erschöpfung/Müdigkeit (Fatigue), wobei die Fatigue bei Männern im Unterschied zu den Frauen durchschnittlich um 1,13 Summenwerte geringer ausgeprägt war. Zudem zeigten die Männer eine signifikant geringere ausgeprägte Depressionsschwere und sie gaben signifikant

weniger Schmerzen an. Signifikante Unterschiede zwischen der Angabe des aktuellen Gesundheitszustandes oder des Alters gab es nicht. Es zeigte sich also, dass Männer insgesamt eine bessere schmerzbezogene Gesundheit und eine bessere psychische Gesundheit (depressive Symptomatik und Fatigue) als Frauen angaben. Wie weiter oben ausführlich diskutiert, sind die besseren gesundheitsbezogenen Angaben der männlichen Teilnehmer möglicherweise Confounder, also eine Störvariable, für den in dieser Untersuchung im Unterschied zu anderen Studien gefundenen Zusammenhang zwischen Geschlecht und PZ.

5.2.5 Altersunterschiede

Die Hypothese, dass ältere Patienten (>65 Jahre) signifikant zufriedener sind als die jüngeren (18-45 Jahre), konnte für drei von fünf ZAP Subskalen (Interaktion, Praxisorganisation, Information) und auch in zwei systematischen Reviews [89, 90] bestätigt werden. Im Vergleich der gesundheitsbezogenen Variablen zeigte sich bei *älteren Patienten* eine *signifikant geringere Ausprägung der Fatigue*. Dass die Fatigue ein wichtiger negativer Prädiktor der PZ ist, wurde ebenfalls in einer Onkologiestudie identifiziert [86]. Weitere signifikante Unterschiede bzgl. der Schmerzen, der Depressionsschwere oder des allgemeinen Gesundheitszustandes konnten *nicht* festgestellt werden.

5.2.6 Versichertenstatus (PKV/GKV)

Die Hypothese, PKV-Versicherte seien über alle ZAP Subskalen messbar *unzufriedener* als GKV-Versicherte, wie die Befunde bisheriger Studien [2, 93] zeigen, musste verworfen werden. Auf deskriptiver Ebene waren PKV-Versicherte auf allen Subskalen *zufriedener*; signifikant zufriedener auf den ZAP Subskalen „Praxisorganisation“ ($p=.010$) und „Partizipation“ ($p <.050$). Bessere Werte der gesundheitsbezogenen Variablen können auch hier Gründe für höhere Zufriedenheitswerte der PKV Versicherten sein. PKV-Patienten gaben einen signifikant besseren Gesundheitszustand und signifikant weniger Schmerzen als GKV-Patienten an. Keine Unterschiede ergaben sich bzgl. der Fatigue oder der Depressionsschwere.

5.2.7 Dauer des Arzt-Patienten-Gesprächs

Die letzte Hypothese, Patienten, die länger im Arzt-Patienten-Gespräch verweilen, sind insgesamt zufriedener, konnte bestätigt werden. Bis auf die ZAP Subskala „Praxisorganisation“ zeigten sich mit zunehmender Dauer des Arzt-Patientengesprächs zunehmende Zufriedenheitsraten auf den übrigen ZAP Subskalen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen eines systematischen Reviews [94]. Im Widerspruch hierzu steht das Ergebnis der Paneldaten [2], in denen Patienten mit einer längeren Konsultationsdauer, messbar unzufriedener waren. Andere Autoren berichten [168] wiederum, dass nur bis zu einem bestimmten Punkt die Konsultationsdauer, aber primär der Konsultationsinhalt die Patientenzufriedenheit beeinflusst. Zusammenfassend ist die Studienlage bzgl. der Konsultationsdauer äußerst heterogen.

Weiterhin ist es auch möglich, dass bei längerer Konsultationsdauer Untersuchungsmethoden mit technischen Geräten/Instrumenten, wie zum Beispiel eine Sonografie, stattgefunden haben (das wurde in der vorliegenden Arbeit nicht erhoben). Dies würde zum einen eine längere Konsultationsdauer erklären, zum anderen beschreiben Neugebauer & Porst [7]: je mehr technische Geräte während einer „Behandlung“ zum Einsatz kommen, desto zufriedener und beeindruckter ist der Patient.

5.2.8 Teilnehmende Einrichtungen

Die explorative Fragestellung, ob es Unterschiede der Zufriedenheitswerte innerhalb der einzelnen ZAP Subskalen zwischen ambulanten Praxen, Universitätskliniken und Kliniken gäbe, brachte lediglich einen signifikanten Unterschied auf der ZAP Subskala „Partizipation“ zwischen Kliniken und Praxen. Die Patienten, die in einer Klinik behandelt wurden, waren signifikant zufriedener mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung als Patienten, die in einer Praxis behandelt wurden. Es konnten jedoch keine gesundheitsbezogenen Unterschiede (Schmerz, Fatigue, aktueller Gesundheitszustand, Depressionsschwere) der jeweiligen Patienten in Klinik, Praxis oder Unikliniken festgestellt werden. Auch unterschieden sie sich nicht signifikant in Alter oder Geschlecht. Allerdings unterschieden sie sich signifikant in der Konsultationsdauer im Arzt-Patienten-Gespräch. Patienten, die in einer Klinik behandelt wurden, verbrachten deutlich mehr Zeit im Arzt-Patienten-Gespräch als Patienten, die in einer Praxis behandelt wurden. Dies könnte ein

Hinweis darauf sein, warum Patienten in den Kliniken zufriedener auf der Subskala Partizipation sind.

Möglicherweise liegen die Gründe für die signifikant höheren Zufriedenheitswerte auf der Subskala „Partizipation“ der Klinikpatienten im Vergleich zu den Praxispatienten aber auch auf Seiten der Behandler (Alter, Geschlecht). Behandlungen durch weibliche (Fach-)Ärzte bewirken beispielsweise eher Zufriedenheit [2]. Die Recherche bzgl. Vergleichsstudien, in denen die drei zu interessierenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten verglichen werden, brachte keine Ergebnisse. Lediglich eine Studie [169], die das Universitätsklinikum Bonn mit dem Johanniterkrankenhaus Bonn (Klinikum der Regelversorgung) im vollstationären Setting im Rahmen der Patientenzufriedenheit verglich, konnte identifiziert werden. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen. Das Magazin der „Focus“ führt jährlich ein Ranking [170] der (vollstationären) Kliniken und Universitätskliniken in Deutschland durch, unter anderem im Kontext der Patientenzufriedenheit. Welchen wissenschaftlichen Anspruch dieses Ranking erhebt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Jedoch zeigen sich auch hier jeweils für Kliniken und Universitätskliniken sehr hohe Patientenzufriedenheitswerte [171] für die verschiedenen Fachrichtungen, allerdings finden keine Vergleiche zwischen Universitätskliniken und anderen Kliniken der Regelversorgung statt. Auf Grundlage der PEO Daten (Patients' Experience Questionnaire) aus den Jahren 2015 und 2016 berichtete die Bertelsmann-Stiftung [172] die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit in (vollstationären) Kliniken deutschlandweit. Krankenhausspezifische Merkmale wurden in den Auswertungen zwar auch berücksichtigt, jedoch verglich man nicht die verschiedenen Kliniktypen miteinander.

5-3 Stärken der Arbeit

Die vorliegende Arbeit konnte dazu beitragen, die Forschungslücke hinsichtlich der prozessbezogenen Zufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung zu reduzieren. An einer vergleichsweisen großen Stichprobe (N=633) konnten fünf Dimensionen und drei Globalitems der Patientenzufriedenheit über 30 beteiligte Einrichtungen und 11 Bundesländer hinweg untersucht und abgebildet werden. Zusätzlich konnten differenzierte Einblicke in die Rahmenbedingungen des Arzt-Patienten-Gesprächs sowie gesundheits- und krankheitsbezogene Konstrukte gewonnen werden.

Methodisch ist anzumerken, dass das Zielkriterium „Patientenzufriedenheit“ mit dem „ZAP“ [22, 23] erhoben wurde, welcher für alle fünf Skalen zufriedenstellende, gute sowie ausgezeichnete Werte laut Manual [22], in der TK-Studie von Bestmann & Verheyen [81] und in dieser Arbeit aufwies. Die Entscheidung fiel auf dieses Instrument, da der ZAP [99] in seiner überarbeiteten Form das einzig valide Instrument ist, welches für die ambulante Versorgung die Skala „partizipative Entscheidungsfindung“ enthält. Entsprechend der deutschen und internationalen Therapieempfehlungen für Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen [53, 126] ist die Behandlung im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung zu gestalten.

5.4 Limitierungen der Arbeit

Die vorliegende Arbeit unterliegt einigen Limitierungen. In die Studie wurden nur Patienten und Patientinnen aufgenommen, die aufgrund einer entzündlich rheumatischen Erkrankung in rheumatologischer Behandlung waren, so dass die Ergebnisse auch nur im Rahmen der vorliegenden Stichprobe interpretiert werden sollten.

Die Daten der Studie entstammen einem Querschnittsdesign. Die Ergebnisse erlauben somit keine belastbaren kausalen Aussagen.

Aufgrund der Freiwilligkeit der teilnehmenden (Uni-)Kliniken, Praxen und Patienten können Antwortverzerrungen der Daten nicht ausgeschlossen werden. Es ist möglich, dass sich vorwiegend die Patienten die Mühe des Ausfüllens eines Fragebogens gemacht haben, die an dem Thema besonders interessiert waren oder ein besonders gutes Verhältnis zu ihrem Behandler hatten. Des Weiteren können auch Antwortverzerrungen durch Selektionsbias innerhalb der (Uni-)Kliniken und Praxen entstanden sein. Zwar wurden die Behandler gebeten, alle Patienten mit entsprechenden Diagnosen einzuschließen, jedoch kann nicht überprüft werden, ob bevorzugt Patienten rekrutiert wurden, die per se zufriedener Patienten repräsentieren.

Die soziale Erwünschtheit bei Zufriedenheitsbefragungen und die damit einhergehenden Deckeneffekte werden in der Literatur mehrfach erörtert. Dieser Fakt ist demnach bekannt.

Da es sich um eine anonyme Befragung handelte, konnte keine Dropoutanalyse durchgeführt werden. Daher kann nicht abgebildet werden, welches Patientenkollektiv die Fragebögen nicht ausgefüllt hat.

Der Vergleich mit anderen Studien war zudem insgesamt erschwert. Ein Großteil der Autoren nutzte keine validen Instrumente oder die PZ wurde mit nur einer einzigen (nicht standardisierten Frage) erfasst. Die Autoren Hall und Dornan [9] merken dazu an, dass Ad-hoc Fragebögen per se signifikant höhere Werte erzielen als testtheoretisch fundierte.

Weiterhin fiel ein Vergleich der Studien schwer, weil sich die Patienten in der stationären Versorgung befanden, die „Prozesse“ somit nicht vergleichbar sind oder andere Grunderkrankungen vorlagen. Innerhalb onkologischer Studien ist z.B. bekannt, dass die Einschätzung des Konstruktes der Lebensqualität allein in Abhängigkeit der Krebsart variiert [173].

Unklar definiert sind häufig auch die Begriffe der „Patientenzufriedenheit“ oder der „ambulanten Versorgung“, gerade bei englischsprachigen Publikationen. Mehrfach ging aus den Publikationen nicht hervor, welche Dimension der PZ mit „*satisfaction with care*“, „*satisfaction with healthcare*“ oder „*satisfaction with medical-care*“ angesprochen wurde. Zudem ist fraglich, ob die PZ über die Ländergrenzen hinweg überhaupt verglichen werden sollte. Die Gesundheitsversorgung hat sich zwar in vielen Ländern zwischen 1990 und 2015 verbessert, jedoch gibt es immer noch gravierende Unterschiede. So lag Deutschland in einem internationalen Vergleich der Gesundheitsversorgung auf Platz 20 (Platz 1: Andorra; Platz 195: zentralafrikanische Republik) [174]. Darüber hinaus unterscheiden sich die Gesundheitssysteme auch hinsichtlich der Kosten und Zuzahlungen, die Patienten für medizinische Behandlungen leisten müssen. So ist das Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten mit Abstand das teuerste [102]. Der Gedanke liegt nahe, dass Patienten kritischer in ihren Bewertungen sind, wenn sie eine Leistung selbst finanzieren müssen oder die Zuzahlungen höher sind.

Bzgl. der angewandten Methoden wären zur weiteren Klärung der Zusammenhänge der Variablen grundsätzlich multivariate Analysen wünschenswert gewesen. Aufgrund der geringen Varianz und der Deckeneffekte der zu interessierenden Variablen sind diese Analysen jedoch problematisch, da die geringe Varianz dazu führen kann, keine Erklärungsleistung zu erbringen [175]. Aus diesem Grund beschränkt sich die vorliegende Arbeit auf bivariate Analysen.

5-5 Schlussfolgerung und praktische Implikationen

Die Ergebnisse zeigen einen hohen Anteil zufriedener Patienten. Zudem korrespondieren die Ergebnisse dieser Studie mit der auch in anderen Studien beobachteten, hohen Patientenzufriedenheit. Für die ambulante Versorgung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen sind die vorliegenden Ergebnisse insgesamt als sehr positiv zu bewerten, jedoch sollten die Ergebnisse auch immer vor dem Hintergrund möglicher Bias betrachtet werden.

Insgesamt stellt sich allerdings auch die Frage, ob Veröffentlichungen von Patientenzufriedenheitsbefragungen generell Publikationsbias unterliegen und somit eher Ergebnisse veröffentlicht werden, die positiv sind. Um „Schwachstellen“ zu identifizieren und daraus Möglichkeiten der Verbesserungen ableiten zu können, braucht es aber auch solche Ergebnisse. Hier sollten Kollegen ermutigt werden, auch Ergebnisse zur PZ zu publizieren, die nicht nur positive Ergebnisse abbilden.

Dass der ZAP als valides Instrument (und Empfehlung der KBV) wenig bis keine Anwendung in Veröffentlichungen findet, ist besonders vor dem Hintergrund des zunehmenden Diskurses der wettbewerblichen Steuerung von Arztpraxen und Krankenhäusern interessant. Zudem empfiehlt die KBV die Nutzung von „möglichst standardisierten Instrumenten“ innerhalb der Qualitätssicherung bei Patientenbefragungen. Um Ergebnisse vergleichbar zu machen – innerhalb der eigenen Praxis im Längsschnitt oder auch praxisübergreifend – sind allerdings standardisierte Instrumente gefordert. Hier wäre eine Änderung dahingehend wünschenswert, dass standardisierte Instrumente vorgegeben werden. Aufgrund der (bekannten) Deckeneffekte bei Zufriedenheitsbefragungen, sollte das Vorgehen von Patientenzufriedenheitsbefragungen möglicherweise gänzlich neu überdacht werden. Weiterhin zeigt sich im Qualitätsbericht der KBV von 2017 [176], dass der Bereich der Patientenbefragungen jener mit dem größten Verbesserungspotenzial ist. Aus einer Zufallsstichprobe von n=3 071 Praxen gaben knapp 50 % der beteiligten niedergelassenen Kollegen an, Patientenbefragungen „nicht“ oder „kaum“ durchzuführen. Ein Viertel gab an, Patientenbefragungen „größtenteils“ und zu gleichen Teilen „vollständig“ durchzuführen. Zudem müssen die Ergebnisse der Befragungen, die stattgefunden haben, nicht veröffentlicht werden. Bisher obliegt es den Praxen und Ambulanzen selbst, ob und in wie weit sie ihre Ergebnisse der Befragungen veröffentlichen wollen (persönliche Mitteilung der KBV). Hier wäre es wünschenswert, dass die Ergebnisse ebenfalls im KBV Bericht nach verschiedenen Grunderkrankungen, facharztgruppenspezifisch oder auf Bundesländerebene aufbereitet und

anonym veröffentlicht werden, um eine bessere Vergleichbarkeit und Transparenz zu ermöglichen.

Die vorliegende Arbeit hat erstmalig die Zufriedenheit von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung und versorgungsrelevante Aspekte des Arztbesuches untersucht und abgebildet. Die hier gewonnenen Ergebnisse tragen dazu bei, die Forschungslücke auf diesem Gebiet zu vermindern. Bereiche, die für Verbesserung in dieser Arbeit identifiziert werden konnten, sollten zukünftig in weitere Forschungsvorhaben eingeschlossen werden, um mögliche Prädiktoren zu identifizieren, die in dieser Arbeit keine Berücksichtigung fanden. Die Ergebnisse können dazu beitragen, die rheumatologische Versorgung auf dem bestehenden positiven Niveau zu halten, anzupassen oder sogar noch zu steigern, um die Grundlage für langfristig gute Behandlungsergebnisse zu sichern.

6 Literaturverzeichnis

1. Siebeneick, S, Dörning, H, Lorenz, C (2001) Patienten- und Mitarbeiterbefragungen – Methoden zur Aufdeckung von Schwachstellen? In: Dierks M-L (ed) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen; eine aktuelle Bestandsaufnahme, vol 15. BZgA, Köln
2. Längen, M, Siegel, M (2011) Determinanten der Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung. Eine empirische Abschätzung für Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2011; Köln: Ausgabe 05/2011 vom 16.11.2011
3. Wüthrich-Schneider E (1998) Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Univ., Diss., St. Gallen,
4. Zetkin M, Ludewig T (2005) Lexikon der Medizin, Sonderausg. 16., neu bearb. Aufl.
5. Berger, B, Lenz, M (2012) Bewertung deutschsprachiger Instrumente zur Erhebung von Patientenzufriedenheit. Fachwissenschaft Gesundheit, Universität Hamburg. www.stiftung-gesundheit.de/pdf/studien/Erhebung_von_Patientenzufriedenheit.pdf. Accessed 01 Feb 2019
6. Gericke CA, Schiffhorst G, Busse R et al. (2004) Ein valides Instrument zur Messung der Patientenzufriedenheit in ambulanter haus- und fachärztlicher Behandlung: das Qualiskope-A. Gesundheitswesen 66(11): 723–731. doi: 10.1055/s-2004-813750
7. Neugebauer B, Porst R (2001) Patientenzufriedenheit: ein Literaturbericht. (ZUMA-Methodenbericht, 2001/07). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA-. www.nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48754-1. Accessed 20 Feb 2019
8. Gerlach FM (2001) Qualitätsförderung in Praxis und Klinik: Eine Chance für die Medizin, 1. Auflage. THIEME
9. Hall JA, Dornan MC (1988a) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med 27(6): 637–644
10. Hall JA, Dornan MC (1988b) What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med 27(9): 935–939
11. Linder-Pelz S (1982) Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. Soc Sci Med 16(5): 583–589
12. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A et al. (2015) Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. Perspect Public Health 135(5): 243–250. doi: 10.1177/1757913915594196

13. Dierks M-L (ed) (2001) Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention: Grundsätze, Methoden und Anforderungen; eine aktuelle Bestandsaufnahme. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd. 15. BZgA, Köln
14. Barth D (1999) Mediziner-Marketing: vom Werbeverbot zur Patienteninformation: Eine rechtsvergleichende und interdisziplinäre Studie zur Kommunikation zwischen Patienten und Ärzten. Zugl.: Göttingen, Univ., Diss., 1997. Springer, Berlin
15. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, sowie zugelassene Krankenhäuser: in der Fassung vom 17. Dezember 2015. www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf. Accessed 01 Feb 2019
16. Fitzpatrick R, Hopkins A (1983) Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Social Health Illn* 5(3): 297–311
17. Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD (2004) Medication adherence in rheumatoid arthritis: effects of psychosocial factors. *Psychology, Health & Medicine* 9(3): 337–349. doi: 10.1080/13548500410001721909
18. Nagy VT, Wolfe GR (1984) Cognitive predictors of compliance in chronic disease patients. *Med Care* 22(10): 912–921
19. Loh A, Simon D, Härter M (2007) Effekte der Patientenbeteiligung in der Grundversorgung depressiver Patienten - Höhere Therapietreue und bessere Behandlungsergebnisse. *Kliniker* 36(1): 38–41. doi: 10.1055/s-2007-970174
20. Blum K, Satzinger W, Buck R (2001) Patientenbefragungen und Qualitätsmanagement. Eine Einführung in die Thematik. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P et al. (eds) *Patientenbefragungen in Krankenhäusern: Konzepte, Methoden, Erfahrungen*, 1. Aufl. Asgard-Verl. Hippe, Sankt Augustin, pp 25–39
21. Blum K (1998) Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen: Einflußfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 1997. Gesundheitsforschung. Juventa-Verl., Weinheim
22. Bitzer EM, Dierks M-L, Schwartz F-W (2002) Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive (ZAP). Handanweisung. www.mhhannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/zap_manual_2002.pdf. Accessed 12 May 2019

23. Bitzer EM, Dierks M-L, Dörning H et al. (1999) Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive: Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstruments. *Z. f. Gesundheitswiss.* 7(3): 196–209. doi: 10.1007/BF02956130
24. Scholl I, Hölzel L, Härter M et al. (2011) Fragebogen zur Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Schwerpunkt Patientenbeteiligung (ZAPA). *Klinische Diagnostik und Evaluation* 4(1): 50–62
25. Grol R, Wensing M, Mainz J et al. (2000) Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *Br J Gen Pract* 50(460): 882–887
26. Jacob G, Bengel J (2000) Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: Eine kritische Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 48: 280–301
27. Donner-Banzhoff N, Bösner S (2013) Innovationen verbreiten, optimieren und evaluieren. Ein Leitfaden zur interventionellen Versorgungsforschung. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
28. Diekmann A (2016) Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen, 10. Auflage. Rororo Rowohlts Enzyklopädie, vol 55678. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg
29. Donabedian A (1986) Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. *QRB - Quality Review Bulletin* 12(3): 99–108. doi: 10.1016/S0097-5990(16)30021-5
30. Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*(44): 166–206
31. Berwick DM FDM (2016) Evaluating the Quality of Medical Care: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. <https://www.milbank.org/quarterly/articles/evaluating-the-quality-of-medical-care-donabedians-classic-article-50-years-later/>. Accessed 25 Feb 2019
32. Frenk J (2000) Avedis Donabedian. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health* 2000; 78(12): 1475. <http://www.who.int/iris/handle/10665/58097>. Accessed 25 Feb 2019
33. Braun J, Bessler F, Lakomek H-J et al. (2016) Internationale Qualitätsindikatoren in der Rheumatologie. Vorschläge für die rheumatoide Arthritis. *Z Rheumatol* 75(3): 330–337. doi: 10.1007/s00393-016-0057-7
34. Kandale M, Rugenstein K (2017) Das Repetitorium: Lehr- und Lernbuch für die schriftlichen Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 3., überarbeitete Auflage. dpv Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin

35. Zink A, Mau W, Schneider M (2001) Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. *Internist* 42(2): 211–222. doi: 10.1007/s001080050745
36. Kübler U, Euteneuer F (2016) Immunologische Erkrankungen: Autoimmunerkrankungen und HIV/Aids. In: Ehlert U (ed) *Verhaltensmedizin: Verständliche und praxisnahe Übersicht über Grundlagen und Anwendungen der Verhaltensmedizin*, 2. Auflage. Springer, Berlin, pp 251–275
37. Mau W, Beyer W, Ehlebracht-König I et al. (2008) Krankheitslast. Erste Routineberichterstattung zu sozialmedizinischen Folgen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. *Z Rheumatol* 67(2): 157–164. doi: 10.1007/s00393-007-0250-9
38. Zink A, Minden K, List SM (2010) Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, vol 49. Robert Koch-Inst, Berlin
39. Bundesministerium für Gesundheit (2016) Daten des Gesundheitswesens. www.bundesgesundheitsministerium.de. Accessed 26 Feb 2019
40. Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin (2016) Daten der Kerndokumentation 2016: Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums Berlin
41. Hermann J (2010) Spondyloarthritis und Lebensqualität. *Z Rheumatol* 69(3): 213–219. doi: 10.1007/s00393-009-0572-x
42. Ward MM (1999) Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis Care Res* 12(4): 247–255
43. Kleinert S (2018) Komorbiditäten und Mortalität bei Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen. *Akt Rheumatol* 43(02): 156–160. doi: 10.1055/s-0043-118005
44. Englbrecht M, Wendler J, Alten R (2014) Depressivität und Rheuma: Möglichkeiten der Depressivitätsmessung. *Z Rheumatol* 73(8): 714–720. doi: 10.1007/s00393-014-1414-z
45. Margaretten M, Julian L, Katz P et al. (2011) Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol* 6(6): 617–623. doi: 10.2217/IJR.11.6
46. Boardman AP, Healy D (2001) Modelling suicide risk in affective disorders. *European Psychiatry* 16(7): 400–405. doi: 10.1016/S0924-9338(01)00597-1
47. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. (2010) 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism* 62(9): 2569–2581. doi: 10.1002/art.27584
48. Schneider M, Krüger K (2013) Rheumatoid arthritis--early diagnosis and disease management. *Dtsch Arztebl Int* 110(27-28): 477–484. doi: 10.3238/arztebl.2013.0477

49. Mau W, Zeidler H (2001) Spondylitis ankylosans. In: Zeidler H, Zacher J, Hiepe F (Hrsg) Interdisziplinäre klinische Rheumatologie. Springer, Berlin: 1004–1008
50. Aringer M, Costenbader K, Daikh D et al. (2019) 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & rheumatology* (Hoboken, N.J.) 71(9): 1400–1412. doi: 10.1002/art.40930
51. Rudwaleit M, Braun J, Sieper J (2009) ASAS-Klassifikationskriterien für axiale Spondyloarthritis. *Z Rheumatol* 68(7): 591–593. doi: 10.1007/s00393-009-0510-y
52. Ziegler S, Huscher D, Karberg K et al. (2010) Trends in treatment and outcomes of rheumatoid arthritis in Germany 1997–2007: results from the National Database of the German Collaborative Arthritis Centres. *Ann Rheum Dis* 69(10): 1803–1808. doi: 10.1136/ard.2009.122101
53. Zink A, Braun J, Gromnica-Ihle E et al. (2017) Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie – Update 2016. *Z Rheumatol* 76(3): 195–207. doi: 10.1007/s00393-017-0297-1
54. Fransen J, van Riel PLCM (2005) The Disease Activity Score and the EULAR response criteria. *Clin Exp Rheumatol* 23(5 Suppl 39): S93-9
55. Mau W, Thiele K, Lamprecht J (2014) Trends der Erwerbstätigkeit von Rheumakranken: Ergebnisse aus Sozialversicherungsdaten und Kerndokumentation der Rheumazentren in Deutschland. *Z Rheumatol* 73(1): 11–19. doi: 10.1007/s00393-013-1205-y
56. Ehlert U (ed) (2016) Verhaltensmedizin: Verständliche und praxisnahe Übersicht über Grundlagen und Anwendungen der Verhaltensmedizin, 2. Auflage. Springer-Lehrbuch. Springer, Berlin
57. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (2008) Memorandum Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Berlin. www.dgrh.de/Start/Publikationen/Sonstige-Publikationen/Memorandum-der-DGRh.html. Accessed 24 Feb 2019
58. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (2008) Exzerpt Memorandum: Rheumatologische Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland. Kommission Versorgung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Berlin. https://dgrh.de/dam/jcr:79cbee1d-c811-4cc3-9e07-3a3ad58268fe/Exzerpt_Memorandum.pdf. Accessed 24 Feb 2019
59. Zink A, Albrecht K (2016) Wie häufig sind muskuloskeletale Erkrankungen in Deutschland? *Z Rheumatol* 75(4): 346–353. doi: 10.1007/s00393-016-0094-2

60. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E et al. (2011) The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 63(3): 633–639. doi: 10.1002/art.30155
61. Minden K (2007) Epidemiologie. In: Wagner N, Dannecker G (Hrsg) *Pädiatrische Rheumatologie*. Springer, Berlin Heidelberg New York: 179–181
62. Minden K (2015) Classification and epidemiology of juvenile idiopathic arthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (Hrsg.) *Rheumatology*, Sixth edition. Mosby/Elsevier, Philadelphia, PA
63. Edelmann E (2014) Ambulante rheumatologische Versorgung in Deutschland. *Z Rheumatol* 73(2): 123–134. doi: 10.1007/s00393-013-1260-4
64. Hense S, Luque Ramos A, Callhoff J et al. (2016) Prävalenz der rheumatoiden Arthritis in Deutschland auf Basis von Kassendaten: Regionale Unterschiede und erste Ergebnisse der PROCLAIR-Studie. *Z Rheumatol* 75(8): 819–827. doi: 10.1007/s00393-016-0088-0
65. Machold KP, Stamm TA, Eberl GJM et al. (2002) Very recent onset arthritis-clinical, laboratory, and radiological findings during the first year of disease. *J Rheumatol* 29(11): 2278–2287
66. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. DGRh fordert mehr Lehrstühle für Rheumatologie. (2015) Medizinstudenten erhalten mangelhafte Rheuma-Ausbildung. Pressemitteilung Nr. 09/2015. www.dgrh.de/Start/DGRh/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen/2015/Pressemitteilung-Nr.-9-2015.html. Accessed 16 Nov 2019
67. Keyßer G, Oye S, Feist T et al. (2016) Verbesserung der diagnostischen Treffsicherheit bei Patienten mit vermuteter rheumatischer Erkrankung durch Vorselektion in der Früharthritissprechstunde: Eine Alternative zum Termin-Servicestellen-Modell des Versorgungsstärkungsgesetzes? *Z Rheumatol* 75(8): 812–818. doi: 10.1007/s00393-016-0099-x
68. Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (2018) Neuer Lehrstuhl für Rheumatologie in Deutschland. Bimba Hoyer übernimmt Professur an der Universität in Kiel. Pressemitteilung Nr. 1 / 18. https://dgrh.de/dam/jcr:ee40b586-6a5c-49bb-aa1d-2a5f37ad8a10/Pressemitteilung_1_2018.pdf. Accessed 16 Nov 2019
69. Barton JL (2009) Patient preferences and satisfaction in the treatment of rheumatoid arthritis with biologic therapy. *Patient Prefer Adherence* 3: 335–344
70. Pascoe K, Lobosco S, Bell D et al. (2017) Patient- and Physician-reported Satisfaction With Systemic Lupus Erythematosus Treatment in US Clinical Practice. *Clin Ther* 39(9): 1811–1826. doi: 10.1016/j.clinthera.2017.07.039

71. Tveit KS, Duvetorp A, Østergaard M et al. (2019) Treatment use and satisfaction among patients with psoriasis and psoriatic arthritis: results from the NORdic PATient survey of Psoriasis and Psoriatic arthritis (NORPAPP). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 33(2): 340–354. doi: 10.1111/jdv.15252
72. Dashiell-Aje E, Harding G, Pascoe K et al. (2018) Patient evaluation of satisfaction and outcomes with an autoinjector for self-administration of subcutaneous Belimumab in patients with systemic lupus erythematosus. *Patient* 11(1): 119–129. doi: 10.1007/s40271-017-0276-2
73. Klug S, Wittmann G, Weseloh G (2000) Arthroscopic Synovectomy of the Knee Joint in Early Cases of Rheumatoid Arthritis: Follow-up Results of a Multicenter Study. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic & Related Surgery* 16(3): 262–267. doi: 10.1016/S0749-8063(00)90050-1
74. Miyazaki AN, Fregoneze M, Santos PD et al. (2009) Assesment of arthroscopic elbow synovectomy outcomes in patients with Rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Ortopedia (English Edition)* 44(6): 491–495. doi: 10.1016/S2255-4971(15)30146-4
75. Mattukat, K, Rennert, D, Thyrolf, A & Mau, W Reha-Optimierung bei Patienten mit chronischer Polyarthritits oder Spondyloarthritits durch ein individuell vereinbartes Kraft, Ausdauer- und Koordinationstraining (KAKo-Training). Abschlussbericht. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationsmedizin. <http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/kako-abschlussbericht.pdf>. Accessed 04 Mar 2019
76. Mattukat, K, Golla, A & Mau, W (2014) Gestufte bewegungsorientierte Rehabilitation und Nachsorge bei Patienten mit entzündlichen und nicht-entzündlichen Erkrankungen des Bewegungssystems (boRN). Abschlussbericht. Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Rehabilitationsmedizin. www.forschung-patientenorientierung.de/files/born_abschlussbericht_18.11.2014_endversion.pdf. Accessed 04 Mar 2019
77. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK (2001) Involvement and satisfaction: A Norwegian study of health care among 1,024 patients with rheumatoid arthritis and 1,509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain. *Arthritis & Rheumatism* 45(1): 8–15. doi: 10.1002/1529-0131(200102)45:1<8:AID-ANR78>3.0.CO;2-G
78. Leung Y-Y, Tam LS, Lee KW et al. (2009) Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 48(1): 53–56. doi: 10.1093/rheumatology/ken410

79. Kjekken I, Dagfinrud H, Mowinckel P et al. (2006) Rheumatology care: Involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism* 55(3): 394–401. doi: 10.1002/art.21985
80. Hill J, Bird HA, Hopkins R et al. (1992) Survey of satisfaction with care in a rheumatology outpatient clinic. *Ann Rheum Dis* 51(2): 195–197
81. Bestmann B, Verheyen F (2010) Patientenzufriedenheit. Ergebnisse einer repräsentativen Studie in der ambulanten ärztlichen Versorgung. WINEG Wissen, vol 1. Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen, WINEG, Hamburg
82. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, Weert GH de et al. (2008) Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 77(4): 219–226. doi: 10.1159/000126073
83. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P et al. (2003) Integrated care in schizophrenia: a 2-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand* 107(6): 415–423. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00085.x
84. Kröhn, T, Tolksdorff, E, Matysiak-Klose, D (2004) Zufriedenheit von Patienten mit chronischen Darmerkrankungen in der Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 80(1): 26–32. doi: 10.1055/s-2004-44907
85. Quist SR, Dieckmann-Stöcklein R, Bröcker E-B et al. (2007) Determinanten der Patientenzufriedenheit in einer dermatologischen Universitätsklinik als Parameter zur Patientenorientierung im Rahmen des Qualitätsmanagements. *J Dtsch Dermatol Ges* 5(7): 598–604. doi: 10.1111/j.1610-0387.2007.00000.x
86. Lis CG, Rodeghier M, Grutsch JF et al. (2009) Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. *BMC Health Serv Res* 9: 190. doi: 10.1186/1472-6963-9-190
87. Kleeberg UR, Feyer P, Günther W et al. (2008) Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC questionnaire. *Support Care Cancer* 16(8): 947–954. doi: 10.1007/S00520-007-0362-4
88. Zimmermann L, Michaelis M, Quaschnig K et al. (2014) Die Bedeutung der internen und externen Partizipation für die Patientenzufriedenheit. *Rehabilitation (Stuttg)* 53(4): 219–224. doi: 10.1055/s-0033-1357116
89. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A et al. (2017) Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health* 137(2): 89–101. doi: 10.1177/1757913916634136

90. Crow R, Gage H, Hampson S et al. (2002) The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 6(32): 1–244
91. Böcken J (2007) *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*, 1. Aufl.
92. Huber J, Mielck A (2010) Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empirischer Studien. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 53(9): 925–938. doi: 10.1007/s00103-010-1119-7
93. Mielck A HU (2006) Vergleich zwischen GKV- und PKV-Versicherten: Unterschiede bei Morbidität und gesundheitlicher Versorgung. In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. 2006: 32–53
94. Fitri Surbakti E, Sari K (2018) The Relationship Between Consultation Length and Patient Satisfaction: A Systematic Review. *KLS* 4(9): 41. doi: 10.18502/kls.v4i9.3556
95. Berger B, Lenz M, Mühlhauser I (2008) Patient zufrieden, Arzt gut? Inwiefern ist Patientenzufriedenheit ein Indikator für die Qualität der hausärztlichen Versorgung? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102(5): 299–306. doi: 10.1016/j.zgesun.2008.01.004
96. Mielck A HU (2007) Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. In: Böcken, J.; Braun, B.; Amhof, R. [Eds.]: *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Gütersloh: Bertelsmann: 114–132
97. Mattukat K, Raberger K, Müller A et al. (2017) Zu viel oder zu wenig? Ergebnisse einer explorativen Studie zum Autonomiebedürfnis von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung (Studienphase 1). German Medical Science GMS Publishing House
98. Kassenärztliche Bundesvereinigung Patientenbefragungen (Qualitätsmanagement). <https://www.kbv.de/html/6332.php>. Accessed 01 Sep 2018
99. Petrucci M, Bestmann B, Verheyen F et al. (2011) Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht – ZAP revisited. German Medical Science GMS Publishing House. <https://www.egms.de/static/en/meetings/dkqv2011/11dkqv253.shtml>. Accessed 02 Feb 2019
100. George D, Mallery P (2002) *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*, 11.0, 4th ed. Pearson Higher Education, Needham Heights, MA

101. Deck R, Hofreuter-Gätgens K (2016) Soziale Ungleichheit in der medizinischen Rehabilitation. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 59(2): 245–251. doi: 10.1007/s00103-015-2284-5
102. World Health Organisation (2019) WHO: National health accounts: Country health information. <https://www.who.int/health-accounts/en/>. Accessed 24 May 2019
103. Nuebling M, Hasselhorn HM (2010) The Copenhagen Psychosocial Questionnaire in Germany: from the validation of the instrument to the formation of a job-specific database of psychosocial factors at work. Scand J Public Health 38(3 Suppl): 120–124. doi: 10.1177/1403494809353652
104. Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H (2012) Wie gut eignen sich verschiedene Versionen des Depressionsmoduls des Patient Health Questionnaires zur Identifikation depressiver Personen in der Allgemeinbevölkerung? Z Psychosom Med Psychother 58(1): 3–10. doi: 10.13109/zptm.2012.58.1.3
105. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord 114(1-3): 163–173. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.026
106. Rosemann T, Körner T, Wensing M et al. (2005) Evaluation and cultural adaptation of a German version of the AIMS2-SF questionnaire (German AIMS2-SF). Rheumatology (Oxford) 44(9): 1190–1195. doi: 10.1093/rheumatology/keh718
107. Bortz J, Schuster C (2010) Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Lehrbuch. Springer-Verlag Berlin Heidelberg
108. Cohen J (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2. ed. Erlbaum, Hillsdale, NJ
109. IBM Knowledge Center Einfaktorielle ANOVA: Post-hoc-Mehrfachvergleiche. https://www.ibm.com/support/knowledgecenter/de/SSLVMB_sub/statistics_mainhelp_dita/spss/base/idh_ones_post.html. Accessed 27 Mar 2019
110. Mattukat K, Raberger K, Böhm P et al. (2018) Wie wichtig ist die medizinische Rehabilitation für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen? Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): 27. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Rehabilitation bewegt! vom 26. bis 28. Februar 2018 in München. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Schriften, 113), S. 154–156

111. Albrecht K, Bischoff S, Förster G et al. (2018) DRFZ Berlin - Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Programmbereich Epidemiologie: Tabellenwerk 2016, Kerndokumentation. Tab. 11: Beschreibung der Patienten mit gesicherter Diagnose 2016. Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Forschungszentrums Berlin. Die Quelle kann unter Angabe der Seite und Tabellennummer unter: kerndokumentation@drfz.de angefordert werden.
112. Mattukat K (2017) Zu viel oder zu wenig? Eine explorative Studie zum Autonomiebedürfnis von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten Versorgung: Sommersymposium Teilhabeforschung am 19.06.2017 an der Medizinischen Hochschule Hannover. www.mh-hannover.de/fileadmin/kliniken/rehabilitation/Downloads/Veranstaltungen/10_Mattukat_Kerstin_Autonomiebeduerfnis_Rheuma.pdf. Accessed 13 Feb 2019
113. Albrecht K, Bischoff S, Förster G et al. (2018) DRFZ Berlin - Deutsches Rheuma-Forschungszentrum, Programmbereich Epidemiologie: Tabellenwerk 2016, Kerndokumentation. Tab. 12: Krankheitsstatus und Lebensqualität ambulant betreuter Patienten mit gesicherter Diagnose 2016. Mit freundlicher Genehmigung des Deutschen Forschungszentrums Berlin. Die Quelle kann unter Angabe der Seite und Tabellennummer unter: kerndokumentation@drfz.de angefordert werden
114. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R et al. (1999) Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 319(7212): 753–756
115. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A et al. (2005) The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 8(1): 34–42. doi: 10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x
116. Klemperer D RM (2005) Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen. Chartbook. http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/P/2005-07chartbookSDM.pdf. Accessed 12 May 2019
117. Légaré F, Witteman HO (2013) Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)* 32(2): 276–284. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1078
118. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P et al. (2000) Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract* 50(460): 892–899
119. Légaré F, Ratté S, Gravel K et al. (2008) Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns* 73(3): 526–535. doi: 10.1016/j.pec.2008.07.018

120. Légaré F, Thompson-Leduc P (2014) Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 96(3): 281–286. doi: 10.1016/j.pec.2014.06.014
121. Stacey D, Légaré F, Lewis K et al. (2017) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5
122. Beauchamp TL, Childress JF (2009) *Principles of biomedical ethics*, 6. ed. Oxford Univ. Press, New York, NY
123. Hinding B, Brünahl C, Deis N et al. (2018) *Entwicklung von OSCE-Stationen zu Motivational Interviewing, Risikokommunikation und partizipative Entscheidungsfindung*. German Medical Science GMS Publishing House
124. Nagel E, Akbar M, Altiner A et al. (2018) *Ärztliche Kommunikation: Praxisbuch zum Masterplan Medizinstudium 2020*. Schattauer, Stuttgart
125. Härter M, Müller H, Dirmaier J et al. (2011) Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice: Patientenbeteiligung und partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland - historische Entwicklung, Träger und Praxistransfer. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen: ZEFQ* 105(4): 263–270
126. Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al. (2018) S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten (S2e guideline: treatment of rheumatoid arthritis with disease-modifying drugs). *Z Rheumatol* 77(Suppl 2): 35–53. doi: 10.1007/s00393-018-0481-y
127. Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek). Glossar. Selektivverträge. www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/selektivvertrag.html. Accessed 12 May 2019
128. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2008) Information zur Budgetierung von Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.3 EBM entsprechend dem Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Abschnitt E, Anlage 7. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Honorar/Weitere/KVB-Labor-Budget-Infoblatt.pdf>. Accessed 12 May 2019
129. Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (2016) Heilmittel-Richtlinie: Erweiterte Diagnoseliste und vereinfachtes Verfahren für die Langfristverordnung. *Z Rheumatol* 75(7): 749–750. doi: 10.1007/s00393-016-0181-4
130. Averill JR (1973) Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin* 80(4): 286–303. doi: 10.1037/h0034845

131. Burger JM (1992) *Desire for control: Personality, social, and clinical perspectives*. The Plenum series in social/clinical psychology. Plenum Pr, New York
132. Rodin J (1986) Aging and health: effects of the sense of control. *Science* 233(4770): 1271–1276
133. Rotter JB (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied* 80(1): 1–28. doi: 10.1037/h0092976
134. Wirtz MA (ed) (2017) *Dorsch - Lexikon der Psychologie, 18., überarbeitete Auflage*. Hogrefe, Bern
135. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2018) *S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten: Patientenversion*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/o6o-004p_S2e_Therapie_rheumatoide_Arthritits_krankheitsmod_Med_2018-10_01.pdf. Accessed 25 Apr 2019
136. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2011) *Interdisziplinäre Leitlinie: Management der frühen rheumatoiden Arthritis*. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/o6o-002l_S3_Management_fruhe_rheumatoide_Arthritis_2011-abgelaufen.pdf. Accessed 23 May 2019
137. Festinger L, Irle M, Möntmann V (eds) (1978) *Theorie der kognitiven Dissonanz*. Huber, Bern
138. Erzberger C, Derivaux JC, Ruhstrat EU (1989) Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 14 (2): 140–145
139. Schauder P, Berthold H, Eckel H et al. (eds) (2006) *Zukunft sichern: Senkung der Zahl chronisch Kranker: Verwirklichung einer realistischen Utopie; mit Beiträgen zahlreicher Autoren; mit 118 Tabellen*. Dt. Ärzte-Verl., Köln
140. Sánchez-Piedra CA, Prado-Galbarro FJ, García-Pérez S et al. (2014) Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *Qual Prim Care* 22(3): 147–155
141. al-Mandhari AS, Hassan AA, Haran D (2004) Association between perceived health status and satisfaction with quality of care: evidence from users of primary health care in Oman. *Fam Pract* 21(5): 519–527. doi: 10.1093/fampra/cmh508

142. Rahmqvist M (2001) Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *Int J Qual Health Care* 13(5): 385–390. doi: 10.1093/intqhc/13.5.385
143. Brettschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-058
144. Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E et al. (1998) Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol* 37(4): 391–397
145. Wright GE, Parker JC, Smarr KL et al. (1998) Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 41(2): 298–305. doi: 10.1002/1529-0131(199802)41:2<298:AID-ART14>3.0.CO;2-G
146. Pincus T, Griffith J, Pearce S et al. (1996) Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 35(9): 879–883
147. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D et al. (2002) Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 64(1): 52–60
148. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P et al. (1996) The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol* 25(6): 377–382
149. Löwe B, Willand L, Eich W et al. (2004) Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosom Med* 66(3): 395–402
150. Isik A, Koca SS, Ozturk A et al. (2007) Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 26(6): 872–878. doi: 10.1007/s10067-006-0407-y
151. Kamalaraj N, El-Haddad C, Hay P et al. (2019) Systematic review of depression and anxiety in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis* 22(6): 967–973. doi: 10.1111/1756-185X.13553
152. Zhao S, Thong D, Miller N et al. (2018) The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 20(1): 140. doi: 10.1186/s13075-018-1644-6
153. Englbrecht M, Wendler J, Alten R (2012) Depression als Systemeffekt bei rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol* 71(10): 859–863. doi: 10.1007/s00393-011-0926-z
154. Gossec L, Dougados M, Rincheval N et al. (2009) Elaboration of the preliminary Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) score: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 68(11): 1680–1685. doi: 10.1136/ard.2008.100271

155. DIMDI Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information ICD-10-GM Version 2020. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Affektive Störungen (F30-F39).: F32.- Depressive Episode. www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/block-f30-f39.htm. Accessed 19 May 2019
156. Clausen J (2019) Ausschreibungsschwerpunkt 2019: Fatigue -ein wenig beachtetes Syndrom bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen: Forschungsförderung der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e.V. https://www.rheumaliga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Aktuelles/2018/Ausschreibung_DRL__Fatigue_2019.pdf. Accessed 19 May 2019
157. Scotti DJ (2005) Satisfaction with medical care among elderly patients: a review of research findings with implications for management practice and future inquiry. *J Hosp Mark Public Relations* 15(2): 3–32. doi: 10.1300/J375v15n02_02
158. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J et al. (2009) The prisma statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 6(7): e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
159. Hall JA, Milburn MA, Roter DL et al. (1998) Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. *Health Psychol* 17(1): 70–75
160. Scholte op Reimer WJ, Haan RJ de, Limburg M et al. (1996) Patients' satisfaction with care after stroke: relation with characteristics of patients and care. *Qual Health Care* 5(3): 144–150. doi: 10.1136/qshc.5.3.144
161. Hjortdahl P, Laerum E (1992) Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 304(6837): 1287–1290. doi: 10.1136/bmj.304.6837.1287
162. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL (1978) The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev* 1(1): 1, 3-15
163. Bikker AP, Thompson AGH (2006) Predicting and comparing patient satisfaction in four different modes of health care across a nation. *Soc Sci Med* 63(6): 1671–1683. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.022
164. Butler D, Oswald SL, Turner DE (1996) The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality. *Jnl of Management in Medicine* 10(5): 8–20. doi: 10.1108/02689239610146508
165. Carlin CS, Christianson JB, Keenan P et al. (2012) Chronic illness and patient satisfaction. *Health Serv Res* 47(6): 2250–2272. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01412.x

166. Hsieh MO, Kagle JD (1991) Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health Soc Work* 16(4): 281–290. doi: 10.1093/hsw/16.4.281
167. Like R, Zyzanski SJ (1987) Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 24(4): 351–357
168. Lemon TI, Smith RH (2014) Consultation Content not Consultation Length Improves Patient Satisfaction. *J Family Med Prim Care* 3(4): 333–339. doi: 10.4103/2249-4863.148102
169. Eichhorn L, Murday A-K, Kohnen B et al. (2017) Patientenzufriedenheit als Maßeinheit im Qualitätsmanagement – ein Vergleich zwischen einem Universitätsklinikum und einem Krankenhaus der Regelversorgung. *Gesundheitswesen* 79(8-09): 627–632. doi: 10.1055/s-0041-110528
170. FOCUS Gesundheit FOCUS-Siegel: TOP-Krankenhaus. www.focus-arztsuche.de/dl/FOCUS-Siegel-TOP-Krankenhaus-2019.pdf. Accessed 03 Apr 2019
171. FOCUS Gesundheit Die Top 100 Kliniken. https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/09_Sonstige/Qualitaet-Risikomanagement/QRM_Fokus/2018_10_23_Die_TOP-100-Kliniken.pdf. Accessed 05 Apr 2019
172. Zich K, Tisch T, Bertelsmann Stiftung (2018) SPOTLIGHT Gesundheit: Krankenhausqualität aus Patientensicht: Große regionale Unterschiede in der Patientenzufriedenheit, 1. Auflage. BStift - Bertelsmann Stiftung
173. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. (1993) The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85(5): 365–376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
174. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD et al. (2017) Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* 390(10091): 231–266. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30818-8
175. Urban D, Mayerl J (2008) Regressionsanalyse: Theorie, Technik und Anwendung, 3., überarb. und erw. Aufl. Studienskripten zur Soziologie. VS, Verl. für Sozialwiss, Wiesbaden
176. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018) Qualitätsbericht 2018. Berichtsjahr 2017. https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2018.pdf. Accessed 25 Mar 2019

7 Thesen

1. Entzündlich rheumatische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, die häufig mit Schmerzen, Funktionseinschränkungen und Behinderungen einhergehen.
2. Insgesamt hat sich in den letzten Jahrzehnten die Behandlung in der Rheumatologie grundlegend verändert. Patienten in Deutschland können heute bei rechtzeitiger Diagnosestellung, konsequenter Therapie mit regelmäßigen Krankheitskontrollen und angemessener Rehabilitation, weitgehend ein Leben ohne gravierende Einschränkungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe führen.
3. Grundlage der Arbeit bildete eine freiwillige und anonyme schriftliche Befragung von 633 Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der ambulanten rheumatologischen Versorgung im Alter von 18-82 Jahren. Zur Erhebung der Patientenzufriedenheit wurde der standardisierte ZAP-Fragebogen zur Zufriedenheit von Patienten in der ambulanten Versorgung eingesetzt. Er differenziert auf fünf Subskalen zwischen den Dimensionen der „(Arzt-Patient-)Interaktion“, „Information“, „Praxisorganisation“, „Kooperation/Fachliche Kompetenz“, „Einbindung in die Entscheidungsfindung“ und den drei Globalitems „Vertrauen“, „Behandlungsqualität“ und „allgemeine Zufriedenheit“.
4. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen auf allen ZAP Subskalen und Globalitems eine insgesamt sehr hohe prozessbezogene Patientenzufriedenheit.
5. Männer waren auf der Mehrheit der ZAP Subskalen („Information“, „Interaktion“ und „Fachkompetenz“) zufriedener als Frauen.
6. Ältere Patienten (>65 Jahre) waren auf den ZAP Subskalen „Information“, „Interaktion“ und „Praxisorganisation“ zufriedener als jüngere Patienten (18-45 Jahre).
7. Die Zufriedenheit der Patienten aller Subskalen nahm mit Zunahme der Schwere der depressiven Symptomatik ab.
8. Patienten, die in Unikliniken, Kliniken und Praxen behandelt wurden, unterschieden sich lediglich in ihrer Zufriedenheit mit der Partizipation: Patienten, die in einer Klinik behandelt wurden, waren zufriedener mit der gemeinsamen Entscheidungsfindung als Patienten, die in einer Praxis behandelt wurden.

Thesen

9. Patienten, die länger im Arzt-Patienten-Gespräch verweilten, waren zufriedener als Patienten mit einer kürzeren Konsultationsdauer.
10. Die hier gefundenen Ergebnisse können unter Berücksichtigung der Limitierungen dieser Arbeit dazu beitragen, die rheumatologische Versorgung auf dem bestehenden positiven Niveau zu halten, anzupassen oder sogar noch zu steigern, um die Grundlage für langfristig gute Behandlungsergebnisse zu sichern.

8 Selbstständigkeitserklärung mit Unterschrift

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Halle (Saale), 23.11.2019

Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.

Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.

Halle (Saale), 23.11.2019

Zu allererst möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Wilfried Mau, Direktor des Institutes für Rehabilitationsmedizin der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, für seine Betreuung und viele konstruktive Anregungen und Hinweise bedanken.

Ein ganz besonderer Dank gebührt Frau Dr. Kerstin Mattukat für ihre inhaltlichen Überarbeitungsvorschläge und wertvollen methodischen Hinweise, die ich gern verinnerlicht habe. Ohne diese wäre die Arbeit sicherlich nicht in der vorliegenden Form entstanden.

Meinen herzlichen Dank möchte ich auch allen 30 teilnehmenden ambulanten rheumatologischen Einrichtungen aussprechen. Ohne das (unentgeltliche) Engagement aller Schwestern, Pflegern, Rheumatologen und aller 633 Patienten wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Meinen (ehemaligen) Kollegen des Institutes für Rehabilitationsmedizin der Universität Halle, danke ich für „stichelnde“ sowie auf- und ermunternde Worte über die Fertigstellung dieser Arbeit.

Abschließend möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken, die sich gern bereit erklärt haben, die Arbeit Korrektur zu lesen.