

Endbericht

Fragebogenentwicklung zur Erhebung der
Qualitätsindikatoren aus dem Master-
Evaluationskatalog für österreichische
Primärversorgungseinrichtungen

(Teil B):

Psychometrische Analyse des
Patientenfragebogens

Kooperationsvereinbarung

zwischen dem

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

und der

Medizinischen Universität Graz

Projektteam

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Vorständin des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung,
Medizinische Universität Graz

Stellvertretende Institutsdirektorin und Leiterin des Arbeitsbereichs „Chronische Krankheit
und Versorgungsforschung“ am Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt
am Main

Dr. rer. medic. Muna Abuzahra, BSc, MA (Projektleitung)

Kerstin Wratschko, BSc

Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung,
Medizinische Universität Graz

Priv. Doz. Mag. Dr. Alexander Avian

Universitätsassistent am Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation,
Medizinische Universität Graz

Im folgenden Text wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Es sind damit auch weibliche Personen gemeint. Dies erfolgte ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) der Medizinischen Universität Graz ist fachlich unabhängig und vermeidet jegliche externe Parteinahme und Beeinflussung. In seiner Arbeit legt das IAMEV höchsten Wert auf Wissenschaftlichkeit, Objektivität und Transparenz.

Inhalt

Zusammenfassung	5
1. Hintergrund und Ziele	7
2. Methoden	10
2.1. Theoretische Grundlagen zur psychometrischen Analyse	10
2.2. Vorgehensweise	11
2.3. Rekrutierung von Hausarztpraxen	12
2.4. Rekrutierung von Patienten in Hausarztpraxen	13
2.5. Dateneingabe und –auswertung	14
3. Ergebnisse	16
3.1. Deskriptive Darstellung der Antworten aus der ersten Befragung	16
3.2. Dichotome Auswertung	17
3.2.1. Modellanalyse	17
3.2.2. Faktorenstruktur	17
3.2.3. Test-Retest-Reliabilität	19
3.3. Auswertungsschema für den Patientenfragebogen	21
3.3.1. Auswertung	21
3.3.2. Beispiel der Ergebnisdarstellung	21
4. Diskussion	24
5. Fazit	25
6. Referenzen	26
Anhang 1: Patientenfragebogen	27
Anhang 2: Antworten der ersten Befragung	31
Anhang 3: Indikatorbildung	36
Anhang 4: Faktorbildung	38
Anhang 5: Zielkriterien	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog und ihre Datenquellen..	9
Tabelle 2: Hausarztrekrutierung	12
Tabelle 3: Anzahl retournierter Fragebögen	13
Tabelle 4: Übersicht der analysierten Items.....	16
Tabelle 5: Cohens κ als Maß der Übereinstimmung des Erreichens des definierten Kriteriums in den Faktoren (maximaler Score) beider Zeitpunkte	20
Tabelle 6: Cohens κ als Maß der Übereinstimmung des Erreichens des definierten Kriteriums in den Indikatoren (maximaler Score) beider Zeitpunkte.....	20
Tabelle 7: Beispiel Ergebnisdarstellung - Anteil der Patienten mit den erfüllten Zielkriterien der Faktoren.....	22
Tabelle 8: Beispiel Ergebnisdarstellung - Anteil der Patienten mit den erfüllten Zielkriterien der Indikatoren	22

Zusammenfassung

Hintergrund des Projektes: Primärversorgungseinrichtungen sollen die hausärztliche und multiprofessionelle Versorgung in Österreich stärken und sich deshalb an bestimmten Qualitätsanforderungen orientieren.

In einem vorangegangenen Projekt wurde ein Master-Evaluationskatalog für Primary-Health Care-Einrichtungen am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz erstellt. Um einen Teil der in dem Master-Evaluationskatalog angeführten Qualitätsindikatoren zu erheben, wurde neben einem Team- und Kooperationspartnerfragebogen ein Patientenfragebogen entwickelt. Diese Fragebögen wurden speziell für die Erhebung von Qualitätsindikatoren für österreichische Primärversorgungseinrichtungen entwickelt.

Ziel des Projektes: Das Ziel des Projektes war die Testung des Patientenfragebogens (psychometrische Analyse inkl. Testung der Test-Retest-Reliabilität) und die Entwicklung eines standardisierten Auswertungsschemas, um die Güte (Qualität) des Patientenfragebogens zu überprüfen, bevor er zukünftig als Instrument zur Erhebung von Qualitätsindikatoren eingesetzt werden kann.

Methode: Es wurden 227 Patienten in 12 Hausarztpraxen innerhalb der Steiermark rekrutiert. Die Patienten wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb von einer Woche zwei Mal auszufüllen. Den Patienten wurde der erste Fragebogen direkt in der Hausarztpraxis vorgelegt, der zweite Fragebogen wurde ihnen inkl. Kuvert mitgegeben. Dieser sollte nach einer Woche ausgefüllt werden. Es bestand die Möglichkeit, an das Ausfüllen des Fragebogens mittels Anruf oder SMS von einem Mitarbeiter des Instituts erinnert zu werden. In die Analyse der Faktorenstruktur konnten 227 Patienten (=Anzahl der Patienten, die mindestens einen Fragebogen ausgefüllt haben) und in die Analyse der Test-Retest-Reliabilität konnten 129 Patienten, die den Fragebogen zwei Mal ausgefüllt haben, aufgenommen werden. Mittels Statistiksoftware SPSS erfolgte die Dateneingabe und deskriptive Auswertung. Mittels Statistiksoftware R erfolgte die psychometrische Analyse. Dabei wurde die Faktorenstruktur erhoben. Diese zeigt, welche übergeordneten Faktoren der Fragebogen umfasst und welche Indikatoren welchem Faktor zugeordnet werden können. Im letzten Schritt wurde die Zuverlässigkeit (Test-Retest-Reliabilität) der Qualitätsindikatoren und Faktoren des Fragebogens getestet.

Ergebnisse: Die psychometrische Analyse unter Verwendung eines Rasch-Modells zeigt, dass der Patientenfragebogen vier Faktoren umfasst:

- Faktor 1: Arzt-Patienten-Gespräch
- Faktor 2: Unterstützung zum Selbstmanagement
- Faktor 3: Patientenzufriedenheit
- Faktor 4: Behandlungszugang

Die der Entwicklung des Fragebogens zugrundeliegenden Indikatoren werden größtenteils sehr gut abgebildet. Lediglich zwei Indikatoren (Wartezeit – nicht-akuter Behandlungstermin; Wartezeit - akuter Behandlungstermin) konnten keinem Faktor eindeutig zugeordnet werden. Da diese beiden Indikatoren aber nur aus jeweils einem Item gebildet werden, beeinflusst dies die Indikatorbildung nicht. Des Weiteren gab es je ein Item in zwei Indikatoren, das nicht dem gleichen Faktor zugeordnet werden konnte, wie die restlichen Items des gleichen Indikators. Diese beiden Items werden bei der Indikatorenbildung nicht berücksichtigt. Aufgrund der wenigen Items, die zur Bildung eines Indikators herangezogen werden, weisen einige Indikatoren und Faktoren nur eine mäßige bis eingeschränkte Reliabilität auf.

Fazit: Mit dem vorliegenden Fragebogen liegt erstmals ein Patientenfragebogen vor, mit dem Qualitätsindikatoren, die sich speziell auf österreichische Primärversorgungseinrichtungen beziehen, erhoben werden können.

Durch die psychometrische Analyse und die Entwicklung eines Auswertungsschemas kann mittels Patientenfragebogen eine standardisierte Erhebung der Qualitätsindikatoren in Primärversorgungseinrichtungen erfolgen. Aufgrund der Kürze des Fragebogens ist die Reliabilität teilweise eingeschränkt. Die Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog werden größtenteils sehr gut abgebildet.

Der Fragebogen kann in der Routine im Rahmen einer Evaluation oder eines Monitorings als Diskussionsgrundlage eingesetzt werden. Es ist jedoch nicht empfehlenswert, die mit dem Fragebogen erhobenen Qualitätsindikatoren und Faktoren als Basis für folgenreiche Entscheidungen heranzuziehen (z.B. Pay-for-Performance-Honorierungsmodell für eine Primärversorgungseinrichtung auf Basis der Zielerreichung der Qualitätsindikatoren).

Möchte man die Reliabilität des Fragebogens noch weiter steigern, so müssten weitere Items und eine weitere psychometrische Analyse erfolgen. Dies könnte auch gezielt für spezielle Faktoren/Indikatoren erfolgen.

1. Hintergrund und Ziele

Primärversorgungseinrichtungen sollen bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen. Darüber hinaus verstehen sich Primärversorgungseinrichtungen als lernende Organisationen, in denen ständige Weiterentwicklung der Organisation und lebenslanges Lernen der Teammitglieder Teil der Arbeitskultur sind (1). Eine hohe Versorgungsqualität ist nicht nur für die Arbeitszufriedenheit der Leistungserbringer wichtig, sondern auch für die Patienten selbst. Auch die Krankenversicherungen haben ein Interesse für ihre Versicherten eine hohe Versorgungsqualität zu bieten (2).

Eine objektivierbare Darstellung von Versorgungsqualität ist mit Qualitätsindikatoren möglich (2). Qualitätsindikatoren sind Kennzahlen, deren Ausprägungen eine Aussage zum Ausmaß der Versorgungsqualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen ermöglichen (2, 3). Bisher werden im ambulanten Sektor in Österreich keine Kennzahlen zur Qualitätssicherung erhoben. Sie bergen jedoch ein großes Potenzial für Feedbackberichte für die einzelnen Leistungserbringer sowie für Trendverläufe und für regionale Vergleiche im Sinne eines Monitorings oder einer Evaluation. Zusätzlich bringen die erhobenen Daten mehr Transparenz in das Leistungsgeschehen (2).

In einem vorangegangenen Projekt wurde ein Master-Evaluationskatalog (4) für PHC-Einrichtungen am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) erstellt (Download unter:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.625747>). Die 30 darin enthaltenen Qualitätsindikatoren wurden in einem strukturierten Prozess aus Literaturrecherche und einer zweistufigen Bewertung in einem Expertenpanel ausgewählt und entwickelt. Dieses Indikatorenset bewertet nicht die medizinische Versorgungsqualität („vertical care“), sondern die Funktionen von Primary-Health-Care (Zugang, Koordination und Kontinuität der Versorgung) und versorgungsrelevante Qualitätsaspekte (Qualität der Versorgung und Sicherheit) („horizontal care“). Das Expertenpanel legte für jeden der 30 Qualitätsindikatoren die Datenquellen fest. Ein Überblick über die Datenquellen wird in Tabelle 1 gegeben. Ein Teil der Qualitätsindikatoren soll dabei durch Dokumentenanalyse oder Datenextraktion aus der Ordinationssoftware (z.B. im Rahmen eines externen oder internen Audits) und durch Krankenkassenauswertungen aus Routinedaten erhoben werden. Bei dem anderen Teil der Qualitätsindikatoren aus dem Indikatorenset (16 von 30) ist eine Fragebogenerhebung bei Patienten, bei Teammitgliedern der PHC-Einrichtung und bei Kooperationspartnern vorgesehen (4). Diese Qualitätsindikatoren, die mittels Fragebogen erhoben werden sollen, leiten sich aus Indikatoren unterschiedlicher internationaler

Qualitätsindikatorensets ab und werden darin mit unterschiedlichen Instrumenten (deutsche oder englische Fragebögen, Audits, ...) erhoben.

In Teil A des Projekts wurden Fragebögen zur Patientenbefragung, Teammitgliederbefragung und Kooperationspartnerbefragung für Primärversorgungseinrichtungen in Österreich zusammengestellt und auf Sprachverständnis getestet (Download unter:

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.638036>). Der Projektteil A wurde im Jahr 2016 durchgeführt (5).

Das **Ziel des Projektteils B** war die **psychometrische Analyse des Patientenfragebogens** sowie die **Entwicklung eines standardisierten Auswertungsschemas** für die im Patientenfragebogen abgefragten Qualitätsindikatoren. Der Patientenfragebogen ist in Anhang 1 eingefügt.

Tabelle 1: Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog und ihre Datenquellen

Indikator Nr.	Bezeichnung	Datenquelle
1	Behandlungszugang	Patientenbefragung
2	Wöchentliche Mindestöffnungszeit	Verwaltungsunterlagen
3	Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	Patientenbefragung
4	Wartezeit - nicht akuter Behandlungstermin	Patientenbefragung
5	Wartezeit - akuter Behandlungstermin	Patientenbefragung
6	Verfügbarkeit von Informationen zum Versorgungsmodell und zu allgemeinen krankheitsspezifischen Themen	Bewertungsbogen
7	Informationen zur Behandlung aus Patientensicht	Patientenbefragung
8	Patientenzufriedenheit mit der Kommunikation des Arztes	Patientenbefragung
9	Shared Decision Making	Patientenbefragung
10	Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen	Patientenbefragung
11	Weiterempfehlung des Versorgungsmodells	Patientenbefragung
12	Hausbesuche	Informationsmaterial d. Versorgungseinrichtung, Patientenakten
13	Zahl der stationären Aufenthalte	Patientenakten, Zusatzdokumentation
14	Teilnahme an Qualitätszirkeln	Teilnehmerlisten der Qualitätszirkel, Mitarbeiterverzeichnis d. Versorgungseinrichtung
15	Teilnahme an regionalen Informationsveranstaltungen zum Versorgungsmodell	Anwesenheitsliste der Informationsveranstaltungen
16	Informiertheit über Ziele und Aktivitäten im Versorgungsmodell	Teambefragung
17	Patientenschulungsangebot	Teambefragung
18	Durchführung einer Patientenbefragung	Verwaltungsunterlagen/ QM-Unterlagen d. Versorgungseinrichtung
19	Durchführung einer Teambefragung	Verwaltungsunterlagen/ QM-Unterlagen der Einrichtung
20	Teilnahme an der Teambefragung	Rücklaufquote der Teambefragung
21	Abgleich Medikation - Patientenakte	Patientenakten, Zusatzdokumentation
22	Wiederbestellsystem für chronisch Kranke	Patientenakten, Zusatzdokumentation
23	Verschiedene konsultierte Hausärzte je Patient	Patientenakten, Zusatzdokumentation
24	Zufriedenheit mit Ergebnissen des Versorgungsmodells	Teambefragung
25	Teammitgliederfluktuation in einer PHC-Versorgungseinrichtung	Personalunterlagen der Versorgungseinrichtung
26	Facharztkonsultationen mit Überweisung	Krankenkassendaten
27	Überweisungsqualität	Befragung der Kooperationspartner d. Versorgungseinrichtung
28	Kommunikation innerhalb eines Behandlungsteams	Ordinationssoftware, Zusatzdokumentation
29	System zur Informationsverwaltung	Teambefragung, QM-Unterlagen d. Versorgungseinrichtung, Verfahrensanweisung
30	Medikamentenallergien	Teambefragung, Ordinationssoftware

2. Methoden

2.1. Theoretische Grundlagen zur psychometrischen Analyse

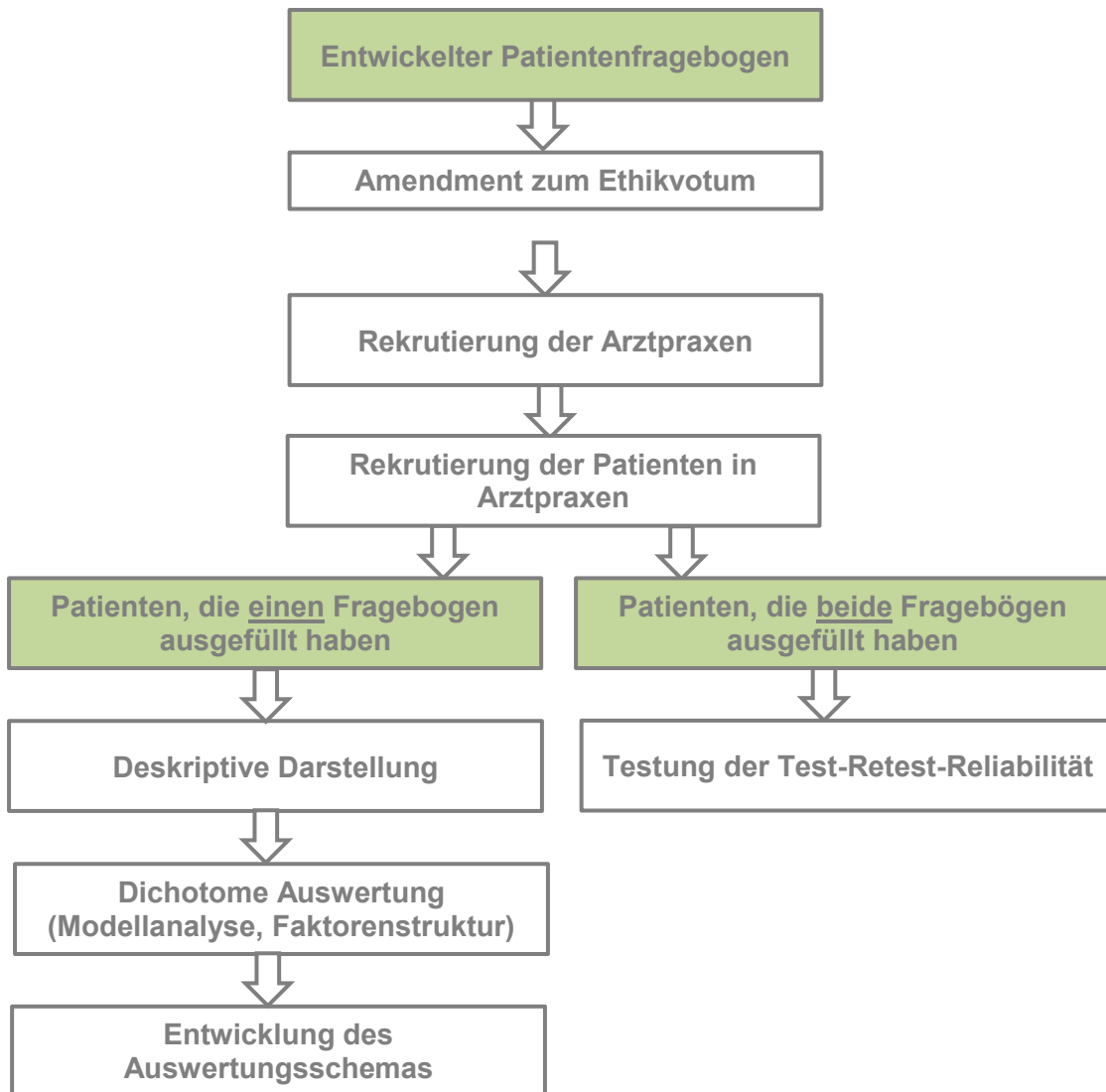
Durch psychometrische Analysen lässt sich testen, ob verschiedene Items eines Fragebogens dasselbe Merkmal messen und wie genau diese Messung ist (6). Da es wichtig ist, herauszufinden, ob die Items im Fragebogen auch wirklich die entsprechenden Qualitätsindikatoren abfragen bzw. Faktoren abbilden, ist eine Erhebung der **Faktorenstruktur** notwendig. Diese zeigt, welche übergeordneten Faktoren der Fragebogen umfasst und welche Indikatoren welchem Faktor zugeordnet werden können.

Gütekriterien bewerten die Wissenschaftlichkeit von empirisch entwickelten Fragebögen. Damit ein Fragebogen wissenschaftlich legitim ist, muss er bestimmte Gütekriterien erfüllen. Dazu gehört auch die Reliabilität (Zuverlässigkeit eines Testes) (7). Eine Methode zur Reliabilitätsmessung ist die Testung der **Test-Retest-Reliabilität**. Die Test-Retest-Reliabilität gibt an, ob ein Fragebogen über zwei Zeitpunkte hinweg stabil ist. Dazu wird derselbe Fragebogen derselben Stichprobe zwei Mal innerhalb eines bestimmten Zeitintervalls vorgegeben. Es wird überprüft, ob die Ergebnisse aus dem ersten Erhebungsdurchgang mit den Ergebnissen aus dem zweiten Erhebungsdurchgang zusammenhängen. Dieser Zusammenhang wird mittels Test-Retest-Reliabilität angegeben. Bei einer Test-Retest-Reliabilität von größer als .80, kann davon ausgegangen werden, dass der Fragebogen reliabel ist und somit über mehrere Zeitpunkte hinweg zuverlässig das gleiche misst (8). Als Reliabilitätsmaß für die Testung der Retest-Reliabilität wurde der Cohens Kappa-Koeffizient (κ) verwendet.

2.2. Vorgehensweise

Die Vorgehensweise zur psychometrischen Analyse ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Vorgehensweise im Projektteil B



2.3. Rekrutierung von Hausarztpraxen

Primärversorgungseinrichtungen gibt es bisher noch wenige in Österreich. Da davon ausgegangen werden kann, dass man die Qualitätsindikatoren zur Patientenversorgung auch in der derzeitigen allgemeinmedizinischen Versorgung testen kann, wurden die Patienten in Hausarztpraxen rekrutiert.

Bei der Rekrutierung der Hausarztpraxen wurde auf Hausärzte zurückgegriffen, welche sich in vorherigen Projekten des Instituts als Kooperationspartner bewährt hatten oder Interesse an einer Projektmitarbeit gezeigt hatten. Potentielle Hausärzte wurden zuerst telefonisch kontaktiert, bei Interesse wurden weitere Informationen zum Projekt per Mail oder per Post zugesendet. Bei sofortiger Zusage per Telefon wurde im Gespräch ein Termin vereinbart. Ansonsten erfolgte danach eine weitere Kontaktaufnahme, um Fragen zu klären und eine definitive Zu- oder Absage zum Projekt zu erlangen.

Das Risiko eines Selektionsbias wurde für nicht relevant erachtet, weil bei der Reliabilitätstestung dieses – im Falle eines Auftretens – bei beiden Erhebungen im gleichen Ausmaß auftreten und somit die Auswertung der Reliabilität nicht beeinträchtigen würde.

Es wurde ein Tag (oder gegebenenfalls mehrere Tage) vereinbart, an dem Patienten in der Hausarztpraxis rekrutiert wurden. Ein Mitarbeiter des Instituts unterstützte den Arzt bzw. deren Mitarbeiter bei der Rekrutierung der Patienten in der Ordination vor Ort.

Wie in Tabelle 2 ersichtlich wurden 14 Ärzte kontaktiert. Davon stimmten 13 Ärzte der Teilnahme zu. Es wurden schließlich 12 Praxen von Allgemeinmedizinern aufgesucht, da mit einem Allgemeinmediziner kein Termin im Rekrutierungszeitraum möglich war (Teilnahmequote 86%). Vier der 12 Ärzte erklärten sich bereit, die gemeinsame Rekrutierung an zwei Terminen durchzuführen, um zu einer höheren Anzahl an Patienten zu kommen. Für die Teilnahme am Projekt erhielten die Ärzte ein Honorar von 80 €.

Tabelle 2: Hausarztrekrutierung

Anzahl der Hausärzte, die...	
... zur Teilnahme eingeladen wurden	14
... zur Teilnahme zugestimmt haben	13
... aufgesucht wurden	12
Teilnahmequote	86%

2.4. Rekrutierung von Patienten in Hausarztpraxen

Es kamen grundsätzlich alle volljährigen, zurechnungsfähigen Patienten in Frage. Die Patienten wurden vom Arzt oder dessen Angestellten darüber informiert, dass es die Möglichkeit gibt, an einer Fragebogen-Studie teilzunehmen. Bei Interesse wurden alle weiteren Studieninformationen durch den Mitarbeiter des Instituts an den Patienten weitergegeben (mündliche Aufklärung über Ziel und Verlauf der Studie). Den Patienten, die mit der Teilnahme an der Studie einverstanden waren, wurde in der Ordination nach der Konsultation der Fragebogen vorgelegt und eingesammelt. Ein zweiter Fragebogen wurde dem Patienten inkl. Rückkuvert mitgegeben, welcher nach einer Woche ausgefüllt werden sollte. Patienten hatten die Möglichkeit, ihre Telefonnummer bei dem Mitarbeiter zu hinterlassen und telefonisch oder per SMS nach einer Woche an das Ausfüllen erinnert zu werden. Da die Übereinstimmung der Antworten zwischen dem ersten und zweiten Ausfüllen berechnet wird, war es notwendig, die Fragebögen zu kodieren. Es wurde bereits vorab jeweils derselbe Code auf zwei Fragebögen (erster und zweiter Fragebogen) gedruckt, sodass das Erstellen eines personalisierten Codes nicht notwendig war und somit die Komplexität verringert wurde.

Für die Testung der Test-Retest-Reliabilität wurde eine Stichprobe von etwa 115 Testpersonen, die den Fragebogen zwei Mal ausfüllen, benötigt. Da erfahrungsgemäß nicht alle Personen bereit sind, einen Fragebogen ein zweites Mal auszufüllen, wurde bei der Rekrutierung versucht, beim ersten Durchgang eine entsprechend höhere Anzahl an Testpersonen zu befragen (mind. 190 Testpersonen).

Insgesamt wurden 227 Patienten für die Ersterhebung in den Arztpraxen rekrutiert. 129 Fragebögen wurden bis zum 22. Juni 2017 zurückgeschickt und konnten in die Auswertung aufgenommen werden (Rücklaufquote Zweiterhebung: 57%) (siehe Tabelle 3: Anzahl retournierter Fragebögen).

Tabelle 3: Anzahl retournierter Fragebögen

Anzahl der Patientenfragebögen	
Erstfragebögen	227
Zweitfragebögen (Auswertung)	129
Rücklaufquote Zweitfragebögen	57%

2.5. Dateneingabe und –auswertung

Die generierten Daten wurden mittels Statistiksoftware SPSS eingegeben und deskriptiv ausgewertet. Die Analyse der Modelle wurde unter Verwendung des „R-Packages mirt“ (Version 1.25) durchgeführt. Damit soll zum einen die Reliabilität des Fragebogens überprüft werden, zum anderen die Verteilung der Antworten analysiert werden, welche die Basis für ein Auswertungsschema der im Fragebogen enthaltenen Qualitätsindikatoren darstellt.

Für die psychometrische Analyse wurden jene Items, die als Filterfragen fungierten, und jene Items, bei denen alle Patienten die gleiche Antwort gaben, eliminiert. Um das passende Modell zur Beschreibung der Daten zu finden, wurden in einem ersten Schritt die Daten polytom betrachtet und es wurde anhand eines Graded Response Modells (GRM) die Faktorenstruktur der Daten ermittelt. Dieses Modell wird einem Partial Credit Modell (PCM) gegenübergestellt¹. Das PCM geht von der Annahme unterscheidbarer Antwortkategorien aus, die sich in ihrem Schwierigkeitsparameter unterscheiden. Beim GRM wird zusätzlich angenommen, dass die Antwortkategorien eine ordinale Abfolge bilden. Daher geht eine höhere Ausprägung in der gemessenen Eigenschaft θ (z.B.: Patientenzufriedenheit) damit einher, dass eine höhere Antwortkategorie angekreuzt wird. In Abhängigkeit der Ausprägung der Eigenschaft θ in der Person modelliert das GRM die Wahrscheinlichkeit der Person, eine bestimmte Antwortkategorie oder eine Antwortkategorie mit einer höheren Ausprägung anzukreuzen. Die Antwortkategorien (g) eines Items i weisen die gleiche Diskriminationsfähigkeit (a_i) auf. Sie unterscheiden sich in ihrer Schwierigkeit (b_{ig}). Die Diskriminationsfähigkeit der Items kann sich unterscheiden.

Im Unterschied zum GRM müssen beim PCM die Antwortkategorien nicht geordnet sein. Daher wird in diesem Modell die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Antwortkategorie anzukreuzen berechnet – im Unterschied zum GRM, bei dem die Wahrscheinlichkeit, eine bestimmte Antwortkategorie oder eine höhere anzukreuzen, berechnet wird (9):

Die Passung der beiden Modelle wurde mittels Likelihood Quotienten Test verglichen. Des Weiteren wurden Informationskriterien (AIC, AICc, SABIC, BIC) berechnet.

In einem zweiten Schritt wurden die Daten dichotomisiert (die Kategorie mit den meisten Antworten wurde zu einer eigenständige Kategorie zusammengefasst und die anderen Kategorien wurden zusammengefasst) und mittels Modellen für dichotome Itemantworten analysiert. Dafür wurden das Rasch-Modell und das 2PL Modell verwendet. Das Rasch-Modell geht davon aus, dass die Antwort nur von der Schwierigkeit des Items (b) und der Eigenschaft der Person θ abhängt. Im Gegensatz dazu weisen im 2PL Modell die Items auch

¹ Ein Ratingscale Modell (RSM) wurde nicht verwendet, da sich die Anzahl der Antwortkategorien zwischen den Items unterschied. Mit Hilfe einer RSM könnte auch die Intervallskaleneigenschaft der verwendeten Antwortkategorien überprüft werden.

eine unterschiedliche Diskriminationsfähigkeit (a) auf (10). Die Passung des 2PL Modells und des Rasch-Modells wurden mittels Likelihood Quotienten Test verglichen.

Anhand des finalen Modells (Rasch-Modell) wurden die Faktorwerte berechnet. Des Weiteren wurde die Verteilung der Items der Indikatoren auf die Faktoren betrachtet, um daraus ableiten zu können, ob eine Berechnung der Indikatoren zulässig ist. Finden sich z.B. Items eines Indikators in unterschiedlichen Faktoren, ist eine Zusammenfassung dieser Items zu einem Indikator nicht mehr zulässig. Ob eine Berechnung der Indikatoren zulässig ist bzw. wie diese erfolgt, ist abhängig vom resultierenden Messmodell und von der gefundenen Faktorenstruktur. Für die Berechnung der Faktorwerte bzw. Indikatorwerte darf höchstens in einem Item, das zur Berechnung des entsprechenden Wertes herangezogen wird, ein fehlender Wert vorhanden sein. Für den Fall, dass ein Indikator aus nur zwei Items gebildet wird, dürfen keine fehlenden Werte vorhanden sein.

Die Berechnung der Test-Retest-Reliabilität erfolgte auf Faktorebene und auf Indikatorebene. Für die Berechnung der Test-Retest-Reliabilität wurden die Faktoren und die Indikatoren dichotomisiert (Kriterium erreicht vs. Kriterium nicht erreicht) und mittels Cohen's Kappa (κ) ausgewertet, wobei ein κ nahe 1 einer hohen Reliabilität und nahe 0 einer niedrigen Reliabilität entspricht.

3. Ergebnisse

3.1. Deskriptive Darstellung der Antworten aus der ersten Befragung

Die Antworten auf die einzelnen Items aus der ersten Befragung sind in Anhang 2 dargestellt.

Generell zeigte sich bei den polytomen Items (Items mit mehr als zwei Merkmalsausprägungen) eine sehr schiefe Verteilung. Eine der extremen Antwortkategorien wurde immer in mehr als 50% der Fälle ausgewählt. Bei einem polytomen Item wurden nur zwei Antwortkategorien verwendet, bei zwei Items wurden drei Antwortkategorien verwendet und bei fünf Items wurden alle vier bzw. alle fünf Antwortkategorien verwendet. Eine stärkere Differenzierung der Antworten könnte durch mehr Antwortkategorien (z.B. Hinzunahme einer fünften Antwortkategorie) oder eine geänderte verbale Verankerung der Antwortkategorien erzielt werden. Bei den dichotomen Items wurde bei einem Item nur eine Antwortkategorie verwendet, weshalb es aufgrund der nicht vorhandenen Variabilität aus der weiteren Analyse ausgeschlossen wurde. Die fünf Filterfragen werden ebenso nicht in die Auswertung einbezogen, da sie nicht der Bewertung der Primärversorgungseinrichtungen dienen, sondern nur zur Leitung der Patienten innerhalb des Fragebogens.

Tabelle 4: Übersicht der analysierten Items

Anzahl vorgegebener Items	27
Anzahl Filter-Items	5
Anzahl weiterer ausgeschlossener Items*	1
In die Analyse eingeschlossene Items	21
Anzahl der Itemkonstruktion zugrundeliegende Indikatoren	10
Gefundene Faktoren	4

* Das Item „Ist der Arzt auf das, was Sie gesagt haben, eingegangen?“ wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, da alle Patienten gleich antworteten.

Da die Verteilung der Antworten sehr schief war und die Faktorenstruktur zu keinem eindeutigen Ergebnis führte, wurden die Items dichotomisiert. Danach wurden die Items mittels Verfahren für dichotome Antwortkategorien analysiert.

3.2. Dichotome Auswertung

3.2.1. Modellanalyse

Der Vergleich des Rasch-Modells (1PL) mit dem 2PL Modell ergab, dass die Hinzunahme des Diskriminationsparameters zu keiner Modellverbesserung führte. Die Informationskriterien veränderten sich nur geringfügig und auch die Modellpassung, bewertet nach der log Likelihood, veränderte sich nur geringfügig. Diese Veränderung war statistisch nicht signifikant. Da beide Modelle zu einem vergleichbaren Modell Fit führten, wurde das einfachere Modell (Rasch-Modell) verwendet, wodurch die Bildung der Summenscores (Mittelwert) eine suffiziente Statistik darstellte.

3.2.2. Faktorenstruktur

Die sich ergebende Faktorenstruktur im Rasch-Modell umfasst 4 Faktoren² (siehe Abbildung 2: Faktorenstruktur und Zuordnung der Indikatoren zu den Faktoren).

Basierend auf den Analysen wird vorgeschlagen, dass aus diesem Fragebogen vier Faktoren berechnet werden:

- Der Wert des ersten **Faktors „Arzt-Patienten-Gespräch“** wird für jede Person als Mittelwert der dichotomisierten Items der Indikatoren „Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten“ und „Shared-Decision-Making“ gebildet, wobei die Items „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Gespräch mit dem Arzt?“, „Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht?“ und „Ist der Arzt auf das, was Sie gesagt haben, eingegangen?“ nicht in diesem Faktor berücksichtigt werden. Die Indikatoren können ebenso als Mittelwert gebildet werden – wiederum ohne Berücksichtigung der drei oben erwähnten Items.
- Der Wert des zweiten **Faktors „Unterstützung zum Selbstmanagement“** wird für jede Person als Mittelwert aus allen Items des gleichnamigen Indikators gebildet.
- Der Wert des dritten **Faktors „Patientenzufriedenheit“** wird für jede Person als Mittelwert der Items der Indikatoren „Weiterempfehlung“, „Info zur Behandlung - Patientensicht“ und der Items „Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Gespräch mit dem Arzt?“ und „Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht?“ gebildet.

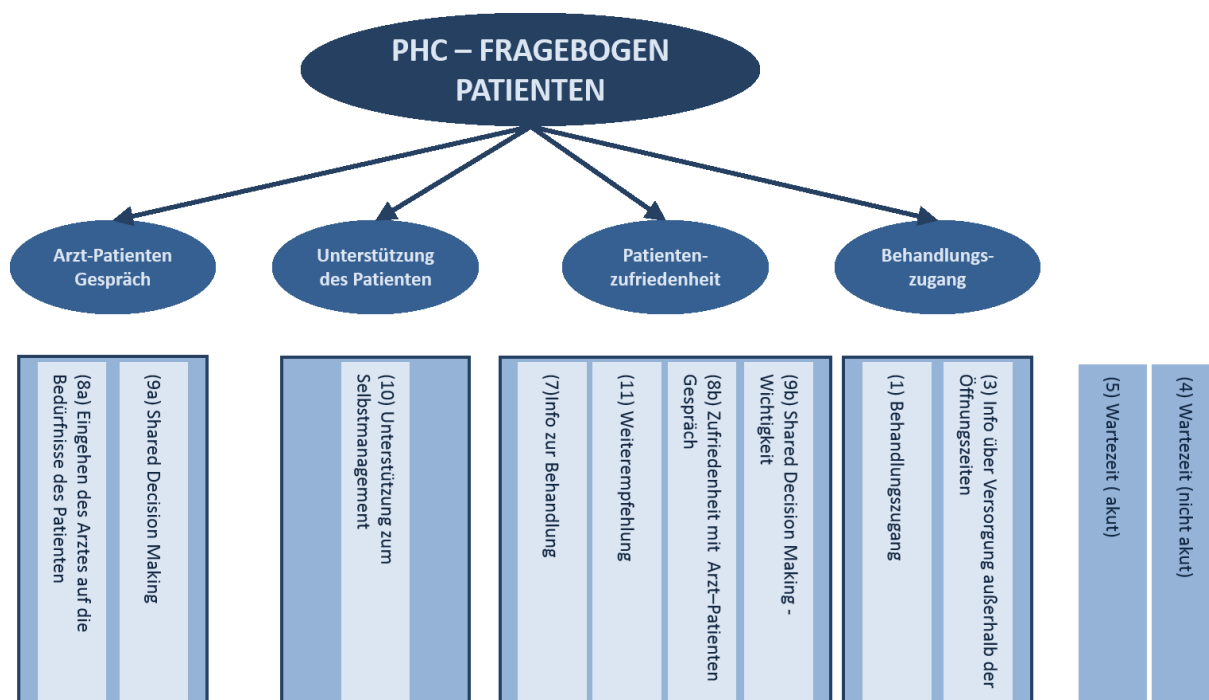
² Das Item „Ist der Arzt auf das, was Sie gesagt haben, eingegangen?“ wurde nicht in die Analyse eingeschlossen, da alle Patienten auf dieses Item gleich antworteten.

- Der Wert des vierten Faktors „**Behandlungszugang**“ wird für jede Person als Mittelwert der Items der Indikatoren „Behandlungszugang“ und „Info über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten“ gebildet.

Als Wert für jene Indikatoren, die nur aus einem Item bestehen, wird der Wert des Items übernommen. Für jene Indikatoren, die aus mehreren Items bestehen, wird der Indikatorwert als Mittelwert der Items des Indikators berechnet.

Die beiden Indikatoren, die keinem Faktor zugeordnet werden können („Wartezeit – nicht-akuter Behandlungstermin“, „Wartezeit - akuter Behandlungstermin“) bestehen jeweils aus einem Item und können daher als Einzelitem mittels Häufigkeitsverteilungen ausgewertet werden (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Faktorenstruktur und Zuordnung der Indikatoren zu den Faktoren



Der erste Faktor wird aus den meisten Items der Indikatoren „Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten“ und „Shared-Decision-Making“ gebildet; der zweite Faktor aus allen Items des Indikators „Unterstützung zum Selbstmanagement“ und einem Item des Indikators „Shared-Decision-Making“. Der dritte Faktor beinhaltet beide Items des Indikators „Info zur Behandlung – Patientensicht“, das Item des Indikators „Weiterempfehlung“ und je ein Item der Indikatoren „Shared-Decision-Making“ und „Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten“. Der vierte Faktor wird aus beiden Items des Indikators „Behandlungszugang“ und aus dem einen Item des Indikators „Info über Versorgung

außerhalb der Öffnungszeiten“ gebildet. Die beiden Indikatoren bezüglich der Wartezeit (jeweils ein Item) können keinem der Faktoren zugeordnet werden.

Aus der Faktorenstruktur ergibt sich, dass die Indikatoren größtenteils mit allen Items in einem Faktor wieder zu finden sind. Eine Ausnahme stellt hier der dritte Faktor dar, der sich aus Items unterschiedlicher Indikatoren zusammensetzt. Auffallend ist, dass die Items, die nicht dem gleichen Faktor wie die anderen Items des gleichen Indikators zugeordnet werden, einen anderen Aspekt des jeweiligen Indikators abbilden. Während die Items des Indikators „Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten“, die auf den ersten Faktor laden, spezifische Aspekte der Kommunikation abfragen (z.B. „Hat Ihnen der Arzt aufmerksam zugehört?“), beinhaltet jenes Item, das auf den dritten Faktor lädt, eine generelle Bewertung der Zufriedenheit mit dem Gespräch („Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Gespräch mit dem Arzt?“). Ebenso beinhalten die Items des Indikators „Shared-Decision-Making“, die auf den ersten Faktor laden, spezifische Aspekte des Shared-Decision-Makings (z.B.: „Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Nachteile dieser Behandlung (z.B. Nebenwirkungen) besprochen?“), und jenes Item, das auf den dritten Faktor lädt, eine generelle Bewertung der Wichtigkeit („Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht?“). Somit wird der dritte Faktor aus den beiden oben genannten Items sowie jenem Item des Indikators „Weiterempfehlung“ und dem Item des Indikators „Info zur Behandlung – Patientensicht“ gebildet. Der dritte Faktor bildet somit die allgemeine Patienten-Zufriedenheit ab.

Im Anhang 3: Indikatorbildung und Anhang 4: Faktorbildung ist die genaue Zuordnung der einzelnen Items zu den Indikatoren bzw. Faktoren ersichtlich.

3.2.3. Test-Retest-Reliabilität

Basierend auf dem Vorschlag, auf das Erreichen eines definierten Kriteriums abzielen, werden die Faktorenscores und Indikatorenscores dichotomisiert (Kriterium erreicht vs. nicht erreicht) und es wird als entsprechendes Maß der Test-Retest-Reliabilität Cohens Kappa (κ) berechnet.

Die *Faktoren* weisen Reliabilitäten (Cohens κ) zwischen 0,43 und 0,62 auf (siehe Tabelle 5: Cohens κ als Maß der Übereinstimmung des Erreichens des definierten Kriteriums in den Faktoren (maximaler Score) beider Zeitpunkte).

Die *Indikatoren* weisen Reliabilitäten (Cohens κ) zwischen 0,29 und 0,74 auf (siehe Tabelle 6: Cohens κ als Maß der Übereinstimmung des Erreichens des definierten Kriteriums in den Indikatoren (maximaler Score) beider Zeitpunkte). Die geringen Reliabilitäten in einigen Indikatoren sind auf die geringe Anzahl der Items zurückzuführen³. Jene Indikatoren, die aus mehreren Items bestehen (z.B. Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten), weisen ausreichende Reliabilitäten auf.

Tabelle 5: Cohens κ als Maß der Übereinstimmung des Erreichens des definierten Kriteriums in den Faktoren (maximaler Score) beider Zeitpunkte

Faktor	K
Arzt-Patienten-Gespräch	,585
Unterstützung zum Selbstmanagement	,456
Patientenzufriedenheit	,620
Behandlungszugang	,434

Tabelle 6: Cohens κ als Maß der Übereinstimmung des Erreichens des definierten Kriteriums in den Indikatoren (maximaler Score) beider Zeitpunkte

Indikator	K
Behandlungszugang	,471
Info über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	,410
Wartezeit – nicht-akuter Behandlungstermin	,494
Wartezeit – akuter Behandlungstermin	,292
Info zur Behandlung – Patienten-Sicht	,649
Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten	,741
Shared-Decision-Making	,642
Unterstützung zum Selbstmanagement	,456
Weiterempfehlung	,407

³ Unter Reliabilität wird die Messgenauigkeit eines Tests verstanden. Die Beantwortung eines Items anhand vorgegebener Antwortkategorien erfordert eine Entscheidung des Antwortenden. Die Einstellungen/Meinungen der befragten Personen zu einer abgefragten Aussage sind aber nicht genau in diesen Kategorien lokalisiert, sondern verteilen sich über das gesamte Kontinuum. Speziell Personen, die sich an der Grenze zwischen zwei Kategorien befinden haben es schwieriger sich einer der beiden Kategorien zu zuordnen („Soll ich ‚ja‘ oder ‚eher ja‘ ankreuzen?“). Bei diesen Personen ist es natürlich leicht vorstellbar, dass sie bei einer zweiten Befragung die jeweils andere Kategorie wählen und somit die Test-Retest Reliabilität sinkt. Ein üblicher Weg, um diese Problem zu umgehen besteht darin, dass nicht nur ein oder zwei Items vorgegeben werden sondern viele Items, die das gleiche Konstrukt messen – „Ein Test mißt [sic] umso genauer je länger er ist, d.h. je mehr Items er umfaßt [sic].“ (Rost 1996, S. 350). Ein weiterer Aspekt, der bei der Test-Retest Reliabilität berücksichtigt werden muss, ist die Frage ob sich die Einstellung aufgrund neuerer Erlebnisse geändert haben könnte und somit die Unterschiedlichkeit im Antwortverhalten nicht auf mangelnde Reliabilität, sondern auf eine tatsächliche Änderung zurückzuführen ist.

3.3. Auswertungsschema für den Patientenfragebogen

3.3.1. Auswertung

Die standardisierte Auswertung soll gewährleisten, dass die Darstellung der im Fragebogen enthaltenen Qualitätsindikatoren unabhängig von der auswertenden Person in derselben Weise erfolgt und damit die Ergebnisse vergleichbar sind. Die Auswertung sollte folgendermaßen erfolgen:

1. Die Items werden dichotomisiert (siehe Anhang 3: Indikatorbildung und Anhang 4: Faktorbildung).
2. Anschließend erfolgt die Berechnung des Indikatorscores bzw. Faktorscores pro Person, indem alle zum Indikator/Faktor gehörenden Items in einem Mittelwert zusammengefasst werden.
3. Abschließend wird der Prozentsatz der Befragten einer Einrichtung berechnet, der das Zielkriterium (die höchste Ausprägung) erreicht (siehe Anhang 5: Zielkriterien). Dies erfolgt jeweils auf Indikator- und Faktorebene.

Aufgrund der schiefen Verteilung in den meisten Faktoren und Indikatoren können keine Mittelwerte der Indikatorscores bzw. Faktorscores pro Versorgungseinrichtung berechnet werden. Es wird daher vorgeschlagen, dass der Prozentsatz der Patienten, die die Zielkriterien erfüllen, angegeben wird (d.h. der Anteil der Befragten, deren Indikatorscores bzw. Faktorscores 1 betragen, siehe Anhang 5: Zielkriterien). Diese Kennzahl ist für mit Statistik weniger vertrauten Menschen leichter verständlich als z.B. der Median und Interquartilsbereich. In der Auswertung wird somit angegeben, ob ein Indikator/Faktor erfüllt ist und bei wie vielen Personen dieser Indikator/Faktor erfüllt ist.

3.3.2. Beispiel der Ergebnisdarstellung

Als Beispiel werden hier die Ergebnisse aus der Erstbefragung herangezogen (siehe Tabelle 7 und Tabelle 8). In Tabelle 7 ist ersichtlich, welcher Anteil der Patienten das Zielkriterium der Faktoren erfüllt. In Tabelle 8 ist ersichtlich, welcher Anteil der Patienten das Zielkriterium der Indikatoren erfüllt.

Tabelle 7: Beispiel Ergebnisdarstellung - Anteil der Patienten mit den erfüllten Zielkriterien der Faktoren

	Anteil der Patienten (%)
Arzt-Patienten-Gespräch	78,9%
Unterstützung zum Selbstmanagement	38,2%
Patientenzufriedenheit	71,6%
Behandlungszugang	77,4%

Tabelle 8: Beispiel Ergebnisdarstellung - Anteil der Patienten mit den erfüllten Zielkriterien der Indikatoren

	Anteil der Patienten (%)
Behandlungszugang	85,0%
Info über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten	85,0%
Wartezeit	59,6%
Wartezeit - akuter Behandlungstermin	92,3%
Info zur Behandlung - Patientensicht	81,5%
Patientenzufriedenheit_Kommunikation	95,2%
Shared Decision Making	79,0%
Unterstützung zum Selbstmanagement	38,2%
Weiterempfehlung	96,9%

Um die Ergebnisse der Befragung besser interpretieren zu können, ist eine grafische Darstellung der Ergebnisse im Vergleich zu anderen Versorgungseinrichtungen empfehlenswert. Die Ergebnisse der Erstbefragung wurden in den untenstehenden Beispielen als die Werte „Anderer Primärversorgungseinrichtungen“ dargestellt, die Werte der Primärversorgungseinrichtung A sind fiktive Werte (siehe Beispiele Abbildung 3 und Abbildung 4).

Abbildung 3: Beispiel einer Ergebnisdarstellung auf Faktorebene

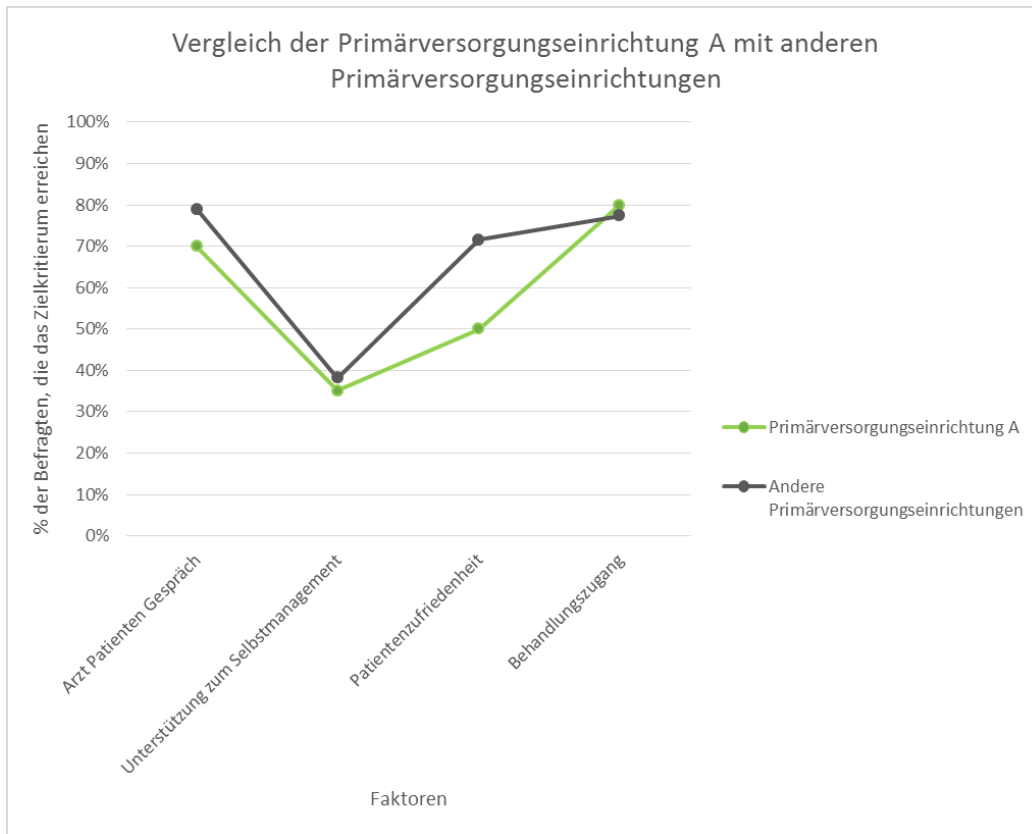
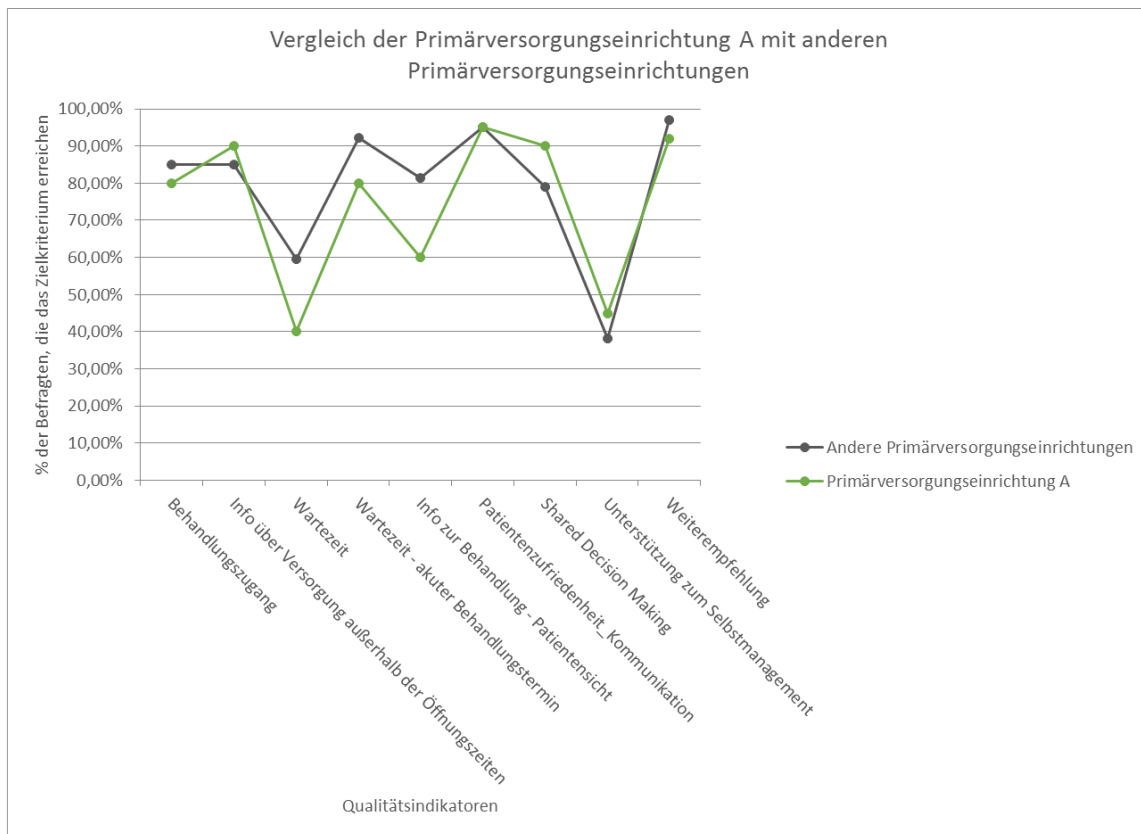


Abbildung 4: Beispiel einer Ergebnisdarstellung auf Indikatorebene



4. Diskussion

Es weisen zwei Faktoren (Unterstützung zum Selbstmanagement, Behandlungszugang) und einige Indikatoren (Behandlungszugang, Info über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten, Wartezeit – akuter und nicht-akuter Behandlungstermin, Unterstützung zum Selbstmanagement, Weiterempfehlung) eine eingeschränkte Reliabilität auf. Dies könnte auf die geringe Anzahl der Items, die einen Indikator bilden, zurückzuführen zu sein. Der Fragebogen könnte daher mit weiteren Items ergänzt werden, wodurch eine Reliabilitätssteigerung möglich wäre. Jedoch war es das Ziel des Projekts, einen kurzen Fragebogen zu entwickeln, der mit wenigen Fragen möglichst viel abfragen soll. Auch könnte ein längerer Fragebogen mit einer geringeren Anzahl an teilnehmenden Patienten einhergehen.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass z.B. beim Indikator „Wartezeit – akuter Behandlungstermin“ die Patienten durchaus mehrere und damit unterschiedliche Erfahrungen im Beobachtungszeitraum, also in den letzten 12 Monaten, gemacht haben können, und somit die geringe Reliabilität auch als ein Resultat der unterschiedlichen Erfahrungen sein könnte.

5. Fazit

Mit dem vorliegenden Fragebogen liegt erstmals ein Patientenfragebogen vor, mit dem Qualitätsindikatoren, die sich speziell auf österreichische Primärversorgungseinrichtungen beziehen, erhoben werden können.

Das Ziel des Projekts war die Testung eines standardisierten Fragebogens für Patienten in Primärversorgungseinrichtungen. Durch die psychometrische Analyse und die Entwicklung eines Auswertungsschemas kann mittels Patientenfragebogen eine standardisierte Erhebung der Qualitätsindikatoren in Primärversorgungseinrichtungen erfolgen. Aufgrund der Kürze des Fragebogens ist die Reliabilität teilweise eingeschränkt. Die mit diesem Patientenfragebogen erhobenen Indikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog werden größtenteils sehr gut abgebildet.

Der Fragebogen kann gut in der Routine im Rahmen einer Evaluation oder eines Monitorings als Diskussionsgrundlage eingesetzt werden. Es ist jedoch nicht empfehlenswert, die mit dem Fragebogen erhobenen Qualitätsindikatoren und Faktoren als Basis für folgenreiche Entscheidungen heranzuziehen (z.B. Pay-for-Performance-Honorierungsmodell für eine Primärversorgungseinrichtung auf Basis der Zielerreichung der Qualitätsindikatoren).

Möchte man die Reliabilität des Fragebogens noch weiter steigern, so müssten weitere Items und eine weitere psychometrische Analyse erfolgen. Dies könnte auch gezielt für spezielle Faktoren/Indikatoren erfolgen.

6. Referenzen

1. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit. Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich 2014 [updated 30.06.2014. Available from: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerver_sorgung.pdf.
2. Szecsenyi J, Stock J. Einleitung: Wozu brauchen wir Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen? In: Stock J, Szecsenyi J, editors. Stichwort: Qualitätsindikatoren Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt a. Main: KomPart Verlagsgesellschaft; 2007. p. 9-16.
3. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien – Qualitätsindikatoren – Manual für Autoren 2009 [updated 2009. Available from: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf>.
4. Semlitsch T, Abuzahra M, Horvath K, Jeitler K, Korsatko S, Posch N, et al. Primary Health Care: Erstellung eines Master-Evaluationskatalogs für österreichische PHC-Einrichtungen Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2015 [Available from: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.625747&action=b&cacheability=PAGE>.
5. Abuzahra MD, A; Jeitler, K; Posch, N; Semlitsch, T; Wratschko, K; Siebenhofer, A. Entwicklung eines Patienten-, Team- und Facharztfragebogens zur Erhebung von Qualitätsindikatoren aus dem Master-Evaluationskatalog für österreichische Primärversorgungseinrichtungen Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; 2017 [Available from: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.638036&version=1487755366>
6. Eid M, Schmidt K. Testtheorie und Testkonstruktion: Hogrefe Verlag; 2014.
7. Hussy W, Schreier M, Echterhoff G. Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor: Springer Berlin Heidelberg; 2013.
8. Döring N, Bortz J, Pöschl S, Werner CS, Schermelleh-Engel K, Gerhard C, et al. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften: Springer Berlin Heidelberg; 2015.
9. Ostini R, Nering ML. Polytomous item response theory models: Sage; 2006.
10. J. R. Testtheorie Testkonstruktion. Bern: Verlag Hans Huber; 1996.

Anhang 1: Patientenfragebogen



Medizinische Universität Graz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Medizinische Universität Graz führt eine Befragung durch, wie gut sich Patienten von ihrem Hausarzt/ihrer Primärversorgungseinrichtung versorgt fühlen. Wir bitten Sie daher diesen Fragebogen auszufüllen. Mit den Ergebnissen der Befragung möchten wir zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen.

Die Bearbeitung des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonymisiert ausgewertet und die Ergebnisse können in keiner Weise mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden.

Die Fragen beziehen sich auf **die letzten 12 Monate** und auf **diese Einrichtung**.

Im Fragebogen wurde aufgrund einer besseren Lesbarkeit auf eine geschlechterspezifische Formulierung verzichtet.

A.) Ihre Besuche in dieser Einrichtung

Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht?
(Sie können beide Auswahlmöglichkeiten ankreuzen, wenn dies der Fall war.)

- aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Gesundheitsproblems (z.B. Fieber, akute Schmerzen)
- aus anderen Gründen (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung)

B.) Termine bekommen

Wie oft war es **einfach**, die Behandlung oder Betreuung zu bekommen, die Sie gebraucht haben?

- nie immer

Wie oft haben Sie einen Termin in dieser Einrichtung so **schnell** bekommen, wie Sie ihn gebraucht haben?

- nie immer

Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie ein **plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem** hatten? (z.B. Fieber, akute Schmerzen)

- Termin noch am gleichen Tag
- 1 Tag
- 2-3 Tage
- 4-7 Tage
- mehr als 7 Tage
- ich hatte kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem

Bitte umblättern →

Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie **kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem** hatten? (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung)

- Termin noch am gleichen Tag
- 1 Tag
- 2-3 Tage
- 4-7 Tage
- mehr als 7 Tage
- ich hatte nur ein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem

C.) Mitentscheiden

Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht?

- überhaupt nicht wichtig sehr wichtig

D.) Erklärungen erhalten

Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Ihre Erkrankung und die Behandlung aufgeklärt?

- nie immer Aufklärung war nicht notwendig.

Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Kontrolltermine aufgeklärt?

- nie immer Kontrolltermine waren nicht notwendig.

Wie oft fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, wohin Sie sich wenden können, wenn die Einrichtung geschlossen hat?

- nie immer Information war nicht notwendig.

E.) Unterstützung im Umgang mit Ihrer Krankheit

Werden Sie in dieser Einrichtung aufgrund einer chronischen Krankheit behandelt? (z.B. Asthma, Bluthochdruck, Neurodermitis, Zuckerkrankheit)

- ja nein (weiter mit Abschnitt F)

Hat Sie jemand aus der Einrichtung gefragt, ob es etwas gibt, das es Ihnen schwer macht, mit Ihrer Krankheit umzugehen?

- ja nein

Hat jemand aus der Einrichtung mit Ihnen über konkrete Ziele bezüglich Ihrer Krankheit gesprochen?

- ja nein

Denken Sie bitte nun an eine Behandlung, über die Sie gesprochen haben (z.B. die Einnahme eines Medikamentes, eine bestimmte Untersuchung).

Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Vorteile dieser Behandlung (z.B. Erleichterung der Beschwerden) besprochen?

ja nein

Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Nachteile dieser Behandlung (z.B. Nebenwirkungen) besprochen?

ja nein

Hat Sie der Arzt gefragt, was Ihrer Meinung nach für Sie am besten wäre?

ja nein

G.) Empfehlung

Würden Sie diese Einrichtung Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?

bestimmt nicht bestimmt

H.) Sonstige Anmerkungen

I.) Angaben zu Ihrer Person

Alter unter 21 Jahre alt
 21-40 Jahre alt
 41-60 Jahre alt
 61-80 Jahre alt
 über 80 Jahre alt

Geschlecht männlich
 weiblich

Muttersprache deutsch
 andere: _____

Seit wann sind Sie Patient dieser Einrichtung? seit weniger als 1 Jahr
 seit 1-3 Jahren
 seit 4-6 Jahren
 seit 7-9 Jahren
 seit 10 oder mehr Jahren

Herzlichen Dank!

Anhang 2: Antworten der ersten Befragung

A.1.) 1_Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht? Aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Gesundheitsproblem?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	144	63,4	65,8
	nein	75	33,0	34,2
	Total	219	96,5	100,0
Missing	99	8	3,5	
Total		227	100,0	

A.2.) 1_Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht? Aus anderen Gründen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	160	70,5	73,1
	nein	59	26,0	26,9
	Total	219	96,5	100,0
Missing	99	8	3,5	
Total		227	100,0	

B.1.) 1_Wie oft war es einfach, die Behandlung oder Betreuung zu bekommen, die Sie gebraucht haben?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	2	4	1,8	1,8
	3	13	5,7	5,7
	immer	210	92,5	92,5
	Total	227	100,0	100,0

B.2.) 1_Wie oft haben Sie einen Termin in dieser Einrichtung so schnell bekommen, wie Sie ihn gebraucht haben?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	3	24	10,6	10,6
	immer	202	89,0	89,4
	Total	226	99,6	100,0
Missing	99	1	0,4	
Total		227	100,0	

B.3.) 1_Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie ein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem hatten?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Termin noch am gleichen Tag	179	78,9	92,3
	1 Tag	8	3,5	4,1
	2-3 Tage	4	1,8	2,1
	4-7 Tage	3	1,3	1,5
	Total	194	85,5	100,0
Missing	88	25	11,0	
	99	8	3,5	
	Total	33	14,5	
Total		227	100,0	

B.4.) 1_ Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem hatten?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	Termin noch am gleichen Tag	124	54,6	59,6
	1 Tag	27	11,9	13,0
	2-3 Tage	37	16,3	17,8
	4-7 Tage	13	5,7	6,3
	mehr als 7 Tage	7	3,1	3,4
	Total	208	91,6	100,0
Missing	88	11	4,8	
	99	8	3,5	
	Total	19	8,4	
Total		227	100,0	

C.) 1_ Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	2	2	0,9	0,9
	3	21	9,3	9,3
	sehr wichtig	204	89,9	89,9
	Total	227	100,0	100,0

D.1.) 1_ Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Ihre Erkrankung und die Behandlung aufgeklärt?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	nie	1	0,4	0,5
	2	3	1,3	1,4
	3	26	11,5	12,0
	immer	186	81,9	86,1
	Total	216	95,2	100,0
Missing	88	11	4,8	
Total		227	100,0	

D.2.) 1_ Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Kontrolltermine aufgeklärt?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	nie	1	0,4	0,5
	2	2	0,9	1,0
	3	14	6,2	7,1
	immer	181	79,7	91,4
	Total	198	87,2	100,0
Missing	88	29	12,8	
Total		227	100,0	

D.3.) 1_ Wie oft fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, wohin Sie sich wenden können, wenn die Einrichtung geschlossen hat?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	nie	2	0,9	1,2
	2	6	2,6	3,5
	3	18	7,9	10,4
	immer	147	64,8	85,0
	Total	173	76,2	100,0
Missing	88	53	23,3	
	99	1	0,4	
	Total	54	23,8	
Total		227	100,0	

E.1.) 1_Werden Sie in dieser Einrichtung aufgrund einer chronischen Krankheit behandelt?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	110	48,5	49,5
	nein	112	49,3	50,5
	Total	222	97,8	100,0
Missing	99	5	2,2	
Total		227	100,0	

E.2.) 1_Hat Sie jemand aus der Einrichtung gefragt, ob es etwas gibt, das es Ihnen schwer macht, mit Ihrer Krankheit umzugehen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	59	26,0	53,6
	nein	51	22,5	46,4
	Total	110	48,5	100,0
Missing	99	117	51,5	
Total		227	100,0	

E.3.) 1_Hat jemand aus der Einrichtung mit Ihnen über konkrete Ziele bezüglich Ihrer Krankheit gesprochen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	92	40,5	84,4
	nein	17	7,5	15,6
	Total	109	48,0	100,0
Missing	99	118	52,0	
Total		227	100,0	

E.4.) 1_Wurden Sie von jemandem aus der Einrichtung informiert, ob es Selbsthilfegruppen gibt, die Ihnen helfen können, mit Ihrer Krankheit besser umzugehen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	51	22,5	49,0
	nein	53	23,3	51,0
	Total	104	45,8	100,0
Missing	99	123	54,2	
Total		227	100,0	

F.1.) 1_Hatten Sie in den letzten 12 Monaten zumindest ein Gespräch mit dem Arzt in dieser Einrichtung?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	210	92,5	93,3
	nein	15	6,6	6,7
	Total	225	99,1	100,0
Missing	99	2	0,9	
Total		227	100,0	

F.2.) 1_Hatten Sie den Eindruck, dass dem Arzt wichtige Informationen zu Ihrer Krankengeschichte bekannt waren?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	203	89,4	97,6
	nein	5	2,2	2,4
	Total	208	91,6	100,0
Missing	99	19	8,4	
Total		227	100,0	

F.3.) 1_Ist der Arzt auf das, was Sie gesagt haben, eingegangen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	208	91,6	100,0
Missing	99	19	8,4	
Total		227	100,0	

F.4.) 1_Hat sich der Arzt ausreichend Zeit für Sie genommen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	207	91,2	99,5
	nein	1	0,4	0,5
	Total	208	91,6	100,0
Missing	99	19	8,4	
Total		227	100,0	

F.5.) 1_Hat Ihnen der Arzt aufmerksam zugehört?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	207	91,2	99,0
	nein	2	0,9	1,0
	Total	209	92,1	100,0
Missing	99	18	7,9	
Total		227	100,0	

F.6.) 1_Waren die Erklärungen des Arztes für Sie leicht verständlich?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	206	90,7	98,6
	nein	3	1,3	1,4
	Total	209	92,1	100,0
Missing	99	18	7,9	
Total		227	100,0	

F.7.) 1_Hat der Arzt Ihre gesundheitlichen Fragen und Bedenken leicht verständlich beantwortet?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	206	90,7	99,0
	nein	2	0,9	1,0
	Total	208	91,6	100,0
Missing	99	19	8,4	
Total		227	100,0	

F.8.) 1_Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Gespräch mit dem Arzt?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	gar nicht	1	0,4	0,5
	2	1	0,4	0,5
	3	14	6,2	6,7
	sehr	193	85,0	92,3
	Total	209	92,1	100,0
Missing	99	18	7,9	
Total		227	100,0	

F.9.) 1_Haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Arzt über eine Behandlung gesprochen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	177	78,0	85,5
	nein	30	13,2	14,5
	Total	207	91,2	100,0
Missing	99	20	8,8	
Total		227	100,0	

F.10.) 1_Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Vorteile dieser Behandlung (z.B. Erleichterung der Beschwerden) besprochen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	168	74,0	94,4
	nein	10	4,4	5,6
	Total	178	78,4	100,0
Missing	99	49	21,6	
Total		227	100,0	

F.11.) 1_Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Nachteile dieser Behandlung (z.B. Nebenwirkungen) besprochen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	153	67,4	86,9
	nein	23	10,1	13,1
	Total	176	77,5	100,0
Missing	99	51	22,5	
Total		227	100,0	

F.12.) 1_Hat Sie der Arzt gefragt, was Ihrer Meinung nach für Sie am besten wäre?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ja	144	63,4	83,2
	nein	28	12,3	16,2
	4	1	0,4	0,6
	Total	173	76,2	100,0
Missing	99	54	23,8	
Total		227	100,0	

G.) 1_Würden Sie diese Einrichtung Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	bestimmt nicht	1	0,4	0,4
	2	2	0,9	0,9
	3	4	1,8	1,8
	bestimmt	219	96,5	96,9
	Total	226	99,6	100,0
Missing	99	1	0,4	
Total		227	100,0	

Anhang 3: Indikatorbildung

Bezeichnung des Indikators (Indikator-Nr.)	Items im Fragebogen (Version 1.1, 06.12.2016)	Dichotomisierung
Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten (ehemals Patientenzufriedenheit mit Kommunikation) (Indikator-Nr.8)	Filterfrage: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten zumindest ein Gespräch mit dem Arzt in dieser Einrichtung? <i>ja / nein</i>	
	Denken Sie bitte nun an Ihr letztes Gespräch mit Ihrem Arzt in dieser Ordination.	
	Hatten Sie in den Eindruck, dass dem Arzt wichtige Informationen zu Ihrer Krankengeschichte bekannt waren? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat sich der Arzt ausreichend Zeit für Sie genommen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Waren die Erklärungen des Arztes für Sie leicht verständlich? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat Ihnen der Arzt aufmerksam zugehört? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat der Arzt Ihre gesundheitlichen Fragen und Bedenken leicht verständlich beantwortet? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Gespräch mit dem Arzt? <i>gar nicht - sehr (4-stufig)</i>	4 (sehr)=1, 1-3=0	
Shared Decision Making (Indikator-Nr.9)	Filterfrage: Haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Arzt über eine Behandlung gesprochen? <i>ja / nein</i>	
	Denken Sie bitte nun an eine Behandlung, über die Sie gesprochen haben (z.B. die Einnahme eines Medikamentes, eine bestimmte Untersuchung).	
	Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Vorteile dieser Behandlung (z.B. Erleichterung der Beschwerden) besprochen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Nachteile dieser Behandlung (z.B. Nebenwirkungen) besprochen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat Sie der Arzt gefragt, was Ihrer Meinung nach für Sie am besten wäre? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Ist der Arzt auf das, was Sie gesagt haben, eingegangen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht? <i>überhaupt nicht wichtig – sehr wichtig (4-stufig)</i>	4 (sehr wichtig)=1, 1-3=0
Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen (Indikator-Nr.10)	Filterfrage: Werden Sie in der Einrichtung aufgrund einer chronischen Krankheit behandelt? (z.B. Asthma, Bluthochdruck, Neurodermitis, Zuckerkrankheit) <i>ja / nein</i>	
	Hat Sie jemand aus der Einrichtung gefragt, ob es etwas gibt, das es Ihnen schwer macht, mit Ihrer Krankheit umzugehen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat jemand aus der Einrichtung mit Ihnen über konkrete Ziele bezüglich Ihrer Krankheit gesprochen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0

	<p>Wurden Sie von jemandem aus der Einrichtung informiert, ob es Selbsthilfegruppen gibt, die Ihnen helfen können, mit Ihrer Krankheit besser umzugehen? <i>ja / nein</i></p>	ja=1, nein=0
Informationen zur Behandlung aus Patientensicht (Indikator-Nr.7)	<p>Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Ihre Erkrankung und die Behandlung aufgeklärt? <i>nie - immer (4-stufig), Aufklärung war nicht notwendig.</i></p>	4 (immer)=1, 1-3=0 (88=Ausschluss)
	<p>Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Kontrolltermine aufgeklärt? <i>nie - immer (4-stufig), Kontrolltermine waren nicht notwendig.</i></p>	4 (immer)=1, 1-3=0 (88=Ausschluss)
Weiterempfehlung des Versorgungsmodells (Indikator-Nr.11)	<p>Würden Sie diese Einrichtung Ihrem besten Freund/ Ihrer besten Freundin weiterempfehlen? <i>bestimmt nicht - bestimmt (4-stufig)</i></p>	4 (bestimmt)=1, 1-3=0
Behandlungszugang (Indikator-Nr.1)	<p>Wie oft haben Sie einen Termin in dieser Einrichtung so schnell bekommen, wie Sie ihn gebraucht haben? <i>nie - immer (4-stufig)</i></p>	4 (immer)=1, 1-3=0
	<p>Wie oft war es einfach, die Behandlung oder Betreuung zu bekommen, die Sie gebraucht haben? <i>nie - immer (4-stufig)</i></p>	4 (immer)=1, 1-3=0
Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten (Indikator-Nr.3)	<p>Wie oft fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, wohin Sie sich wenden können, wenn die Einrichtung geschlossen hat? <i>nie - immer (4-stufig), Information war nicht notwendig</i></p>	4 (immer)=1, 1-3=0 (88=Ausschluss)
Wartezeit – nicht-akuter Behandlungstermin (Indikator-Nr.4)	<p>Filterfrage: Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht? (Sie können beide Auswahlmöglichkeiten ankreuzen, wenn dies der Fall war.) <i>- aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Gesundheitsproblems (z.B. Fieber, akute Schmerzen)</i> <i>- aus anderen Gründen (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung)</i></p>	
	<p>Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem hatten? (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung) <i>Termin noch am gleichen Tag / 1 Tag / 2-3 Tage / 4-7 Tage / mehr als 7 Tage / Ich hatte nur ein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem.</i></p>	1 (Termin noch am gleichen Tag)=1, 2-5=0 (88=Ausschluss)
Wartezeit – akuter Behandlungstermin (Indikator 5)	<p>Filterfrage: Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht? (Sie können beide Auswahlmöglichkeiten ankreuzen, wenn dies der Fall war.) <i>- aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Gesundheitsproblems (z.B. Fieber, akute Schmerzen)</i> <i>- aus anderen Gründen (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung)</i></p>	
	<p>Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie ein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem hatten? (z.B. Fieber, akute Schmerzen) <i>Termin noch am gleichen Tag / 1 Tag / 2-3 Tage / 4-7 Tage / mehr als 7 Tage / Ich hatte kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem.</i></p>	1 (Termin noch am gleichen Tag)=1, 2-5=0 (88=Ausschluss)

Anhang 4: Faktorbildung

Bezeichnung des Faktors	Items im Fragebogen (Version 1.1, 06.12.2016)	Dichotomisierung
Arzt-Patienten Gespräch	Filterfrage: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten zumindest ein Gespräch mit dem Arzt in dieser Einrichtung? <i>ja / nein</i>	
	Denken Sie bitte nun an Ihr letztes Gespräch mit Ihrem Arzt in dieser Ordination.	
	Hatten Sie in den Eindruck, dass dem Arzt wichtige Informationen zu Ihrer Krankengeschichte bekannt waren? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat sich der Arzt ausreichend Zeit für Sie genommen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Waren die Erklärungen des Arztes für Sie leicht verständlich? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat Ihnen der Arzt aufmerksam zugehört? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat der Arzt Ihre gesundheitlichen Fragen und Bedenken leicht verständlich beantwortet? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Filterfrage: Haben Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Arzt über eine Behandlung gesprochen? <i>ja / nein</i>	
	Denken Sie bitte nun an eine Behandlung, über die Sie gesprochen haben (z.B. die Einnahme eines Medikamentes, eine bestimmte Untersuchung).	ja=1, nein=0
	Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Vorteile dieser Behandlung (z.B. Erleichterung der Beschwerden) besprochen? <i>ja / nein</i>	
Hat der Arzt mit Ihnen die möglichen Nachteile dieser Behandlung (z.B. Nebenwirkungen) besprochen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0	
Hat Sie der Arzt gefragt, was Ihrer Meinung nach für Sie am besten wäre? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0	
Unterstützung des Patienten	Filterfrage: Werden Sie in der Einrichtung aufgrund einer chronischen Krankheit behandelt? (z.B. Asthma, Bluthochdruck, Neurodermitis, Zuckerkrankheit) <i>ja / nein</i>	
	Hat Sie jemand aus der Einrichtung gefragt, ob es etwas gibt, das es Ihnen schwer macht, mit Ihrer Krankheit umzugehen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Hat jemand aus der Einrichtung mit Ihnen über konkrete Ziele bezüglich Ihrer Krankheit gesprochen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
	Wurden Sie von jemandem aus der Einrichtung informiert, ob es Selbsthilfegruppen gibt, die Ihnen helfen können, mit Ihrer Krankheit besser umzugehen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0
Patientenzufriedenheit	Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Ihre Erkrankung und die Behandlung aufgeklärt? <i>nie - immer (4-stufig), Aufklärung war nicht notwendig.</i>	4 (immer)=1, 1-3=0 (88=Ausschluss)
	Wie oft fühlten Sie sich ausreichend über Kontrolltermine aufgeklärt? <i>nie - immer (4-stufig), Kontrolltermine waren nicht notwendig.</i>	4 (immer)=1, 1-3=0 (88=Ausschluss)
	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrem Gespräch mit dem Arzt? <i>gar nicht - sehr (4-stufig)</i>	4 (sehr)=1, 1-3=0

	Wie wichtig ist es Ihnen, dass Ihr Arzt Sie in Entscheidungen einbezieht? <i>überhaupt nicht wichtig – sehr wichtig (4-stufig)</i>	4 (sehr wichtig)=1, 1-3=0
	Würden Sie diese Einrichtung Ihrem besten Freund/ Ihrer besten Freundin weiterempfehlen? <i>bestimmt nicht - bestimmt (4-stufig)</i>	4 (bestimmt)=1, 1-3=0
Behandlungszugang	Wie oft haben Sie einen Termin in dieser Einrichtung so schnell bekommen, wie Sie ihn gebraucht haben? <i>nie - immer (4-stufig)</i>	4 (immer)=1, 1-3=0
	Wie oft war es einfach, die Behandlung oder Betreuung zu bekommen, die Sie gebraucht haben? <i>nie - immer (4-stufig)</i>	4 (immer)=1, 1-3=0
	Wie oft fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, wohin Sie sich wenden können, wenn die Einrichtung geschlossen hat? <i>nie - immer (4-stufig), Information war nicht notwendig</i>	4 (immer)=1, 1-3=0 (88=Ausschluss)
Kein Faktor	Filterfrage: Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht? (Sie können beide Auswahlmöglichkeiten ankreuzen, wenn dies der Fall war.) <i>- aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Gesundheitsproblems (z.B. Fieber, akute Schmerzen)</i> <i>- aus anderen Gründen (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung)</i>	
	Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem hatten? (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung) <i>Termin noch am gleichen Tag / 1 Tag / 2-3 Tage / 4-7 Tage / mehr als 7 Tage / Ich hatte nur ein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem.</i>	1 (Termin noch am gleichen Tag)=1, 2-5=0 (88=Ausschluss)
	Filterfrage: Warum haben Sie diese Einrichtung in den letzten 12 Monaten aufgesucht? (Sie können beide Auswahlmöglichkeiten ankreuzen, wenn dies der Fall war.) <i>- aufgrund eines plötzlich aufgetretenen Gesundheitsproblems (z.B. Fieber, akute Schmerzen)</i> <i>- aus anderen Gründen (z.B. Routineuntersuchung, Rezeptabholung)</i>	
	Wie viele Tage haben Sie normalerweise auf einen Termin gewartet, wenn Sie ein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem hatten? (z.B. Fieber, akute Schmerzen) <i>Termin noch am gleichen Tag / 1 Tag / 2-3 Tage / 4-7 Tage / mehr als 7 Tage / Ich hatte kein plötzlich aufgetretenes Gesundheitsproblem.</i>	1 (Termin noch am gleichen Tag)=1, 2-5=0 (88=Ausschluss)
	Ist der Arzt auf das, was Sie gesagt haben, eingegangen? <i>ja / nein</i>	ja=1, nein=0

Anhang 5: Zielkriterien

Bezeichnung des Indikators (Indikator-Nr.)	Zielkriterium
Eingehen des Arztes auf die Bedürfnisse des Patienten (ehemals Patientenzufriedenheit mit Kommunikation) (Indikator-Nr.8)	Indikatorscore* = 1
Shared Decision Making (Indikator-Nr.9)	Indikatorscore* = 1
Unterstützung zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen (Indikator-Nr.10)	Indikatorscore* = 1
Informationen zur Behandlung aus Patientensicht (Indikator-Nr.7)	Indikatorscore* = 1
Weiterempfehlung des Versorgungsmodells (Indikator-Nr.11)	Indikatorscore* = 1
Behandlungszugang (Indikator-Nr.1)	Indikatorscore* = 1
Informationen über Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten (Indikator-Nr.3)	Indikatorscore* = 1
Wartezeit – nicht-akuter Behandlungstermin (Indikator-Nr.4)	deskriptive Darstellung (%)
Wartezeit – akuter Behandlungstermin (Indikator 5)	deskriptive Darstellung (%)

* Der Indikatorscore bildet sich aus den Mittelwerten der dem Indikator zugehörigen Items.

Bezeichnung des Faktors	Zielkriterium
Arzt-Patienten Gespräch	Faktorscore** = 1
Unterstützung des Patienten	Faktorscore** = 1
Patientenzufriedenheit	Faktorscore** = 1
Behandlungszugang	Faktorscore** = 1
Kein Faktor (Wartezeiten)	deskriptive Darstellung (%)

** Der Faktorscore bildet sich aus den Mittelwerten der dem Faktor zugehörigen Items.