

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Patientenorientierung in der haus- und fachärztlichen
Versorgung – eine Untersuchung der Health System
Responsiveness in Deutschland

Assessing Health System Responsiveness in Germany –
Patient Centeredness in Primary and Specialist Care

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Florian Tille

aus Halle

Datum der Promotion: 13. Dezember 2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abstract in Deutsch	4
Abstract in Englisch	6
Dissertationsschrift	8
Eidesstattliche Versicherung	44
Anteilerklärung	45
Auszug aus der Journal Summary List	46
Druckexemplar der ausgewählten Originalpublikation	53
Lebenslauf	63
Vollständige Publikationsliste	65
Danksagung	68

Abkürzungsverzeichnis

FGW	Forschungsgruppe Wahlen
GPs	General Practitioners
HECOR	Berlin Centre for Health Economics Research
HSPA	Health System Performance Assessment
HSR	Health System Responsiveness
IMSR	Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KI	Konfidenzintervalle
MCSS	Multi-Country Survey Study
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OR	Odds Ratios
RAC	Exploring Health System Responsiveness in Ambulatory Care and Disease Management
SPs	Specialists
WHO	World Health Organization
WHR	World Health Report
WHS	World Health Survey

Abstract in Deutsch

Hintergrund: Die Perspektive der Nutzer*innen von Gesundheitssystemen wird zunehmend als Ressource wahrgenommen, die Maßnahmen zur Steigerung der Qualität in der Erbringung von Versorgungsleistungen stimuliert. In diesem Kontext wurde das Konzept der Health System Responsiveness (HSR) entwickelt, das eines der übergeordneten Ziele eines jeden Gesundheitssystems darstellt. HSR umfasst die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, die legitimen Erwartungen seiner Nutzer*innen an nicht-medizinische und nicht-finanzielle Aspekte des Versorgungsprozesses zu erfüllen. Für das deutsche Gesundheitssystem sind das bevölkerungsweite Niveau der HSR ebenso wie die Zusammenhänge mit sozialen Determinanten weitgehend unerforscht.

Ziel: Mit der vorliegenden Arbeit wurde das Ziel verfolgt, die Bewertung der HSR in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie Differenzen zwischen Sub-Gruppen der Patient*innen in dieser Bewertung in Deutschland zu identifizieren. Damit wurde ein Beitrag zur Messung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems erbracht.

Methoden: Die Untersuchung wurde auf Grundlage einer bevölkerungsweiten Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Jahr 2016 in Deutschland durchgeführt, die eine Stichprobe von 6.113 Erwachsenen umfasste. HSR wurde für Haus- und Facharztkonsultationen entlang der Dimensionen Freundlichkeit, Autonomie, Diskretion, Kommunikation und Vertrauen gemessen. Bivariate und multivariate binäre logistische Regressionen wurden für die statistische Analyse gerechnet.

Ergebnisse: Die Konsultation mit Haus- und Facharzt*innen wurde von über 90 % der Befragten hinsichtlich Freundlichkeit, Autonomie, Kommunikation und Vertrauen als gut bewertet. Diskretion in der Arztpraxis wurde dagegen sowohl bei Haus- als auch Facharztbesuchen wesentlich schlechter beurteilt (50,3 % als gut bei Hausarzt*innen, 52,4 % als gut bei Facharzt*innen). Eine negative Bewertung zeigte bei Hausarztkonsultationen einen Zusammenhang mit dem Alter (18 bis 34 Jahre) und Bildungsabschluss (höher als Hauptschule) der Befragten, bei Facharztkonsultationen ebenfalls mit dem Bildungsabschluss (höher als Hauptschule) sowie mit dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand (schlecht und sehr schlecht) und Grund des letzten Arztbesuchs (aktuelles Gesundheitsproblem).

Diskussion: Die Befunde dieser Studie offenbaren einen Bedarf an Maßnahmen, die die Infrastruktur und Prozesse innerhalb von Arztpraxen so gestalten, dass die Diskretion für Patient*innen besser gewahrt wird, und die HSR gegenüber jüngeren Patient*innen, mit mittlerem und hohem Bildungsniveau sowie denjenigen in schlechter gesundheitlicher Verfassung während Arztkonsultationen verbessern. Aufgrund der steigenden Bedeutung der Patientenorientierung in der Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist anzunehmen, dass HSR auch in Deutschland zukünftig weiter an Relevanz gewinnen wird.

Abstract in Englisch

Der nachfolgende englische Abstract-Text entspricht in Teilen dem Abstrakt der Arbeit: Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmeier, A. & Schnitzer, S. (2018). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling*, 102 (1), 162–171. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.020.

Background: The views of health system users are increasingly being appreciated as a resource for evaluating the provision of health services, promoting accountability and developing policies to prompt quality improvements in health care. In this context, the concept of Health System Responsiveness (HSR) has emerged as one of the major performance goals by which to measure health systems. HSR comprises the ability of a health system to meet the population's legitimate expectations regarding non-medical and non-financial aspects of the care process. In Germany, overall population levels of HSR as well as associations with social determinants are understudied, however.

Objective: The aim of this research was to determine overall population levels of HSR, as well as differences in the assessment between patient sub-groups for ambulatory health care, consisting of general practitioners (GPs) and specialists (SPs). This analysis contributes to the performance assessment of the German health system.

Methods: This doctoral work drew on the 2016 national health survey Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Germany, with a sample of 6,113 adults. HSR was measured for GP and SP consultations along the domains of dignity, autonomy, confidentiality, communication and trust. Bivariate and multivariate binary logistic regression techniques were applied for the statistical analyses.

Results: Over 90 % of all respondents assessed the dignity, autonomy, communication and trust they experienced during their last GP and SP consultation as good. Only half of all study participants rated the confidentiality during their visit positively (for GP consultations: 50.3 %; for SP consultations: 52.4 %). For GP visits, patients 18–34 years of age, and patients with an intermediate or higher level of education were more likely to experience lower levels of HSR. For SP visits, patients with an intermediate or higher level of education, as well as patients with a (very) poor self-assessed health status and a current health problem were more likely to experience lower levels of HSR.

Discussion: In German ambulatory care in 2016, a great majority of patients experienced high levels of HSR during their last consultation. However, the results imply a need for measures that improve health service delivery infrastructures and processes in doctors' offices, as well as for targeted measures for young adults, patients with an intermediate or higher level of education, and those with the poorest health status. Due to the increasing focus on patient experiences in assessing the performance of health systems, further scrutiny of HSR in Germany is pertinent.

Dissertationsschrift

Die Ergebnisse der Studie, auf der die folgende Dissertationsschrift basiert, wurden veröffentlicht in: Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmeier, A. & Schnitzer, S. (2018). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling*, 102 (1), 162–171. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.020.

Einleitung

Die Messung der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems – Health System Performance Assessment (HSPA) – ist zentral für die Untersuchung, welche Versorgungsziele dieses System erfüllt, an welchen Stellen es defizitär agiert und wie wirtschaftlich – weltweit werden in Industrieländern durchschnittlich neun Prozent des Bruttoinlandsproduktes für Gesundheitsversorgung ausgegeben (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2017) – es funktioniert. Auch können mittels HSPA-Analysen Gesundheitssysteme (über den Zeitverlauf) miteinander verglichen werden (Gakidou, Murray & Evans, 2003). Aus den Erkenntnissen dieses Bewertungsprozesses können versorgungspolitische Maßnahmen abgeleitet werden, die eine direkte Auswirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung haben (Adesanya et al., 2012). In den vergangenen drei Jahrzehnten hat die Bedeutung des HSPA global stark zugenommen; die Bestimmung ihrer Leistungsfähigkeit ist für viele Gesundheitssysteme zu einer Priorität und in der Entscheidungsfindung zu gesundheitsrelevanten Fragen für Regierungen, Entwicklungshilfeorganisationen und multilaterale Institutionen essenziell geworden (Murray und Frenk, 2000).

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO]) und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]) haben wesentlich zu der Konzeptualisierung und Vereinheitlichung verschiedener Ansätze des HSPA beigetragen (Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006; Valentine und Bonsel, 2016). Der Weltgesundheitsreport (World Health Report [WHR]) der WHO im Jahr 2000 war in diesem Prozess grundlegend (WHO, 2000). Zur Festlegung eines Analyserahmens für HSPA sind darin die drei allgemein gültigen, übergeordneten Ziele von Gesundheitssystemen definiert: Gesundheit der Bevölkerung (population health), finanzielle Absicherung im Krankheitsfall (fairness of financing) sowie Patientenorientierung, die durch das Konzept Health System Responsiveness (HSR) abgebildet ist (Schlette, Blum & Busse, 2009; Valentine und Bonsel, 2016; WHO, 2000). Während das erste Ziel den Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Individuen und Bevölkerungen umfasst, beschreibt das zweite die Gerechtigkeit in der Finanzierung der Leistungen des Gesundheitssystems durch seine Nutzer*innen. HSR umfasst dagegen die Fähigkeit eines Gesundheitssystems, die legitimen Erwartungen seiner Nutzer*innen an nicht-medizinische und nicht-finanzielle As-

pekte des Versorgungsprozesses zu erfüllen (Smith, Mossialos, Papanicolas & Leatherman, 2009).

Innerhalb dieses Bezugssystems bestimmt der WHR basierend auf diesen Zielen die fünf zentralen, messbaren Ergebnisse von Gesundheitssystemen: Die Niveaus (levels) der Gesundheit und HSR bilden die Qualitätsdimension (quality) eines Gesundheitssystems ab, die Verteilung (distribution) der Gesundheit, Finanzierung der Gesundheitsleistungen und HSR die Gerechtigkeitsdimension (equity) (ebd.).

Wie diese Ziele priorisiert werden, ist dabei eine normative Entscheidung innerhalb eines jeden Gesundheitssystems (Gakidou et al., 2003). Internationale Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass Gesundheit als bedeutendstes einzelnes Ziel eines Gesundheitssystems bewertet wird, die Ziele Finanzierung und HSR aber zusammen als wichtiger betrachtet werden (ebd.). Diese Relevanz nicht-medizinischer Ziele in Gesundheitssystemen hat Implikationen sowohl für den HSPA-Prozess als auch die damit einhergehende Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung (ebd.; Murray und Frenk, 2000). Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen im Sinne ihrer Nutzer*innen setzt dabei voraus, dass diese regelmäßig umfänglich gemessen wird (Gakidou et al., 2003; Murray und Frenk, 2000). Dies ist für HSR jedoch nicht der Fall, und sie erfährt konzeptionell wie auch empirisch deutlich weniger Aufmerksamkeit als die anderen beiden Ziele (Mirzoev und Kane, 2017; Valentine und Bonsel, 2016). An dieser Stelle setzt die vorliegende Promotionsschrift an.

Health System Responsiveness umfasst die Interaktionen zwischen Nutzern*innen eines Gesundheitssystems – also Patient*innen – und Professionen, Prozessen sowie organisatorischen Abläufen dieses Gesundheitssystems zu nicht-medizinischen und nicht-finanziellen Aspekten der Versorgung. Beispiele dafür sind die Patientenbeteiligung in der therapeutischen Entscheidungsfindung mit Ärzt*innen, die Weitergabe vertraulicher Patienteninformationen innerhalb und zwischen Versorgungseinrichtungen sowie die Wartezeit auf einen Behandlungstermin und in der Versorgungseinrichtung vor Ort. Das Konzept untersucht Aspekte der Patientenorientierung aus Sicht der Nutzer*innen des Gesundheitssystems und misst interpersonellen Erfahrungen in dem Versorgungsprozess besondere Bedeutung bei (Mirzoev und Kane, 2017; Peltzer und Phaswana-Mafuya, 2012). Wissenschaftliche Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass sich ein responsives Gesundheitssystem positiv auf die individuelle und kollektive

Gesundheit seiner Nutzer*innen auswirkt, indem es unter anderem zu einer adäquaten Inanspruchnahme der Versorgungsangebote, Einhaltung von Behandlungsempfehlungen und Medikationsplänen sowie Weitergabe medizinischer Informationen an und von Patient*innen beitragen kann (Mirzoev und Kane, 2017; Peltzer und Phaswana-Mafuya, 2012). Somit stellt HSR in seinen im Kapitel Forschungsstand erläuterten Dimensionen neben der medizinischen Versorgung ein Qualitätsmerkmal eines Gesundheitssystems dar (Darby, Valentine, Murray & De Silva, 2000; von dem Knesebeck, Bauer, Geyer & Mielck, 2009). Von den drei zuvor genannten Zielen von Gesundheitssystemen bildet HSR die Patientenperspektive dabei am besten ab, da Patient*innen HSR anhand ihrer eigenen Erfahrungen während des Versorgungsprozesses beurteilen können, während sie gewöhnlich etwa die medizinische Qualität aufgrund fehlenden Fachwissens kaum einschätzen und somit die Leistungsfähigkeit eines Systems diesbezüglich nur bedingt bewerten können (Adesanya et al., 2012).

Der WHR beschreibt, dass die Ziele Gesundheit, Gerechtigkeit in der Finanzierung der Gesundheitsleistungen und HSR nur dann erfüllt sind, wenn für diese neben einem zu definierenden Mindestmaß (efficiency) in der Bevölkerung auch eine gleichmäßige Verteilung (equity) über die Bevölkerung sichergestellt ist, die ausdrückt, dass keine Sub-Gruppen strukturell bevorzugt oder benachteiligt werden (WHO, 2000). In der Untersuchung der HSR ist – analog zur Untersuchung der Gesundheit – demnach neben der Erhebung des Gesamtniveaus in der Bevölkerung auch die Verteilung zwischen ihren Sub-Gruppen relevant (Jones, Rice, Robone & Dias, 2011). Dazu kann mittels einer Analyse entlang sozialer Determinanten der Ungleichheit (nach Hradil, 2005; vgl. auch Richter und Hurrelmann, 2009) ermittelt werden, inwieweit in der Bewertung der HSR Unterschiede zwischen verschiedenen Nutzergruppen des Gesundheitssystems existieren, die darauf hinweisen können, dass diese Gruppen bedarfsunabhängig unterschiedlich behandelt werden (Valentine, De Silva, Kawabata, Darby, Murray & Evans, 2003a). Systematische Unterschiede zwischen Sub-Gruppen in der medizinischen Versorgung nach sozialen Determinanten bilden dabei Privilegien und Benachteiligungen ab, die gesundheitliche Ungleichheit als eine Dimension sozialer Ungleichheit ausdrücken und verstärken können (Hradil, 2005; Klein und von dem Knesebeck, 2015; Schnitzer, 2013). Diese kann wiederum eine Form sozialer Ungerechtigkeit des Versorgungssystems mit Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Betroffenen widerspiegeln (health inequities) (Tille, Gibis, Balke, Kuhlmeier & Schnitzer, 2017).

Für die Versorgungspraxis bedeutet dies, dass von Nutzer*innen vermutete bzw. wahrgenommene oder tatsächliche mangelhafte HSR – wie etwa unverständliche Erklärungen ihrer Ärzt*innen oder ungenügende Diskretion am Empfangstresen in der Arztpraxis – diese Personen womöglich davon abhält, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, was wiederum in einer suboptimalen Gesundheitsversorgung resultieren und in deren Folge zu schlechteren Gesundheitsoutcomes entlang Mortalitäts- und Morbiditätsmaßen führen kann (Jones et al., 2011; Smith et al., 2009).

Eine Betrachtung sozialer Determinanten der Ungleichheit in der Analyse der HSR und die damit einhergehende Identifikation potenziell benachteiligter Sub-Gruppen der Bevölkerung stellen somit einen relevanten Teil des HSPA dar (Valentine und Bonsel, 2016). Eine mögliche Feststellung sozialer Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung ist dabei jedoch von der Identifizierung des „Erklärungsbeitrags von Versorgungsungleichheiten für den sozialen Gradienten“ (von dem Knesebeck et al., 2009, S. 61) der genannten Gesundheitsoutcomes zu unterscheiden (ebd.; Richter und Hurrelmann, 2009).

Health System Responsiveness als eines der zentralen Ziele von Gesundheitssystemen wurde für das deutsche Gesundheitssystem bislang kaum differenziert untersucht (Röttger und Busse, 2016). Dies gilt insbesondere für die ambulante Gesundheitsversorgung, die mit über einer Milliarde Patienten-Arzt-Kontakten pro Jahr (Bundesärztekammer, 2017) einen Schwerpunkt der Interaktion zwischen dem Gesundheitssystem und der Bevölkerung in Deutschland darstellt. In bisherigen Studien zu HSR des deutschen Gesundheitssystems wurden ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen ebenso wie Haus- und Fachärzt*innen als Kontaktpunkte in der ambulanten Versorgung nahezu ausschließlich gemeinsam betrachtet (Arah et al., 2006; Rice, Robone & Smith, 2008; Röttger und Busse, 2016; Valentine, De Silva & Murray, 2000; Valentine, Lavallée, Liu, Bonsel & Murray, 2003b), obwohl diese unterschiedliche Versorgungsbereiche beschreiben, für die sich die HSR-Bewertungen potenziell unterscheiden und die somit separat zu untersuchen sind (Röttger und Busse, 2016). Auch hat bis dato keine Analyse der HSR in Deutschland entlang sozialer Determinanten stattgefunden, anhand derer Rückschlüsse auf die Verteilung in der Bevölkerung und dadurch zu Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit (Richter und Hurrelmann, 2009) gezogen werden könnten.

Obwohl sie zentrale Leistungsindikatoren des deutschen Gesundheitssystems beschreiben, existieren somit bislang keine bevölkerungsweiten Ergebnisse zu der Bewertung der HSR der ambulanten Versorgung differenziert nach Haus- und Fachärzt*innen sowie entlang sozialer Determinanten. Die dieser Dissertationsschrift zugrundeliegende Publikation adressiert diese Forschungslücke. Ziel dieser Arbeit war es, HSR in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland anhand der folgenden Fragestellungen zu untersuchen und dadurch einen Beitrag zum HSPA des deutschen Gesundheitssystems zu erbringen:

- 1) „Wie bewerten Patient*innen die HSR ihrer Haus- und Facharztkonsultationen?“ und
- 2) „Welche Zusammenhänge bestehen in dieser Patientenbewertung der HSR mit sozialen Determinanten?“.

Forschungsstand

Das Konzept Health System Responsiveness

Ihren konzeptionellen Ursprung hat HSR in Avedis Donabedians Arbeiten zu Qualität in der medizinischen Versorgung (Valentine et al., 2003a). Darin wird der Qualitätsbegriff erstmals weiter als auf die technische Komponente der Qualität (Verbesserung von Gesundheit) gefasst, indem er um die Prozessqualität (interpersoneller Austausch) und die Strukturqualität (Umgebung) der Behandlung ergänzt wird. Patientenzufriedenheit wird darin als zentraler Faktor des interpersonellen Austauschs gesehen, der einen Indikator dafür darstellt, inwiefern medizinische Leistungserbringer – zumeist Ärzt*innen und das medizinische Fachpersonal – die Erwartungen ihrer Patient*innen erfüllen. Donabedian stellte den Zusammenhang von Patientenzufriedenheit und Gesundheitsoutcomes her, aufgrund dessen die Patientenzufriedenheit verstärkt als ein eigener Ergebnisparameter betrachtet wurde (ebd.). Dieser wurde dahingehend weiterentwickelt, dass neben der *Patientenzufriedenheit* mit der erhaltenen Versorgung die eigentliche *Patientenerfahrung* erfasst werden sollte (ebd.). Mit dem WHR ergänzte die WHO den Begriff der Patientenerfahrung außerdem insofern, dass diese neben der Interaktion zwischen den Gesundheitsprofessionen und Patient*innen zur medizinischen Behandlung des gesundheitlichen Problems auch die darüber hinaus gehenden Erfahrungen zwischen dem Gesundheitssystem und seinen Nutzer*innen etwa zur Wartezeit auf Arzttermine und freien Arztwahl umfasst. Daraus ging schließlich Health System Responsiveness hervor (ebd.; Mirzoev und Kane, 2017).

Trotz Gemeinsamkeiten unterscheiden sich Patientenzufriedenheit und HSR in wesentlichen Punkten. Ein zentraler Unterschied besteht darin, dass sich HSR auf die Erfahrungen der Nutzer*innen mit dem Gesundheitssystem bezieht, die Patientenzufriedenheit dagegen die Behandlungserfahrung in einer Gesundheitsversorgungseinrichtung untersucht. HSR umfasst außerdem ausschließlich die nicht-medizinischen Dimensionen der Versorgung, während Patientenzufriedenheit sowohl medizinische als auch nicht-medizinische Aspekte betrifft. Ferner beschreibt die Patientenzufriedenheit eine Kombination aus von Personen subjektiv wahrgenommenem Bedarf, individuellen Erwartungen an die und Erfahrungen mit der Versorgung, während HSR konzeptionell nicht von individuellen Erwartungen bestimmt wird. Stattdessen gleicht sie individuelle Erfahrungen der Nutzer*innen mit dem Gesundheitssystem gegen legitime Erwartungen

an dieses, die sich aus gesellschaftlich anerkannten Prinzipien und Regeln ableiten, ab. (De Silva, 2000)

Operationalisierung und empirische Untersuchungen der Health System Responsiveness

Drei empirische Untersuchungen haben zu Beginn der 2000er Jahre das theoretische Konzept der HSR angewandt und es inhaltlich wie methodisch weiterentwickelt.

Zunächst wurden im Rahmen der Key Informant Survey in 35 Ländern Expert*innen der jeweiligen Gesundheitssysteme zu Aspekten der HSR ihrer Systeme befragt. Auf Grundlage dieser Expertenmeinungen wurde das Konzept durch die WHO ausgebaut (Valentine et al., 2000). Darauf basierend erarbeitete die WHO einen Fragebogen, mit dem HSR erstmalig universell gemessen werden sollte. Dieser wurde im Rahmen der Multi-Country Survey Study (MCSS) in 70 Bevölkerungssurveys in 61 Ländern weltweit empirisch eingesetzt (Üstün et al., 2001; Valentine, Bonsel & Murray, 2007). Der bis heute ambitionierteste Versuch, HSR international vergleichend zu messen, wurde darauf folgend mit der WHO-Befragung World Health Survey (WHS) unternommen. Für diese wurden in 70 Ländern Bevölkerungsstichproben mit jeweils zwischen 600 und 10.000 Teilnehmer*innen zu verschiedenen Gesundheitsthemen – darunter auch HSR – befragt (Jones et al., 2011; Rice et al., 2008; WHO, 2003a).

Mit diesen empirischen Arbeiten wurde das Konzept der HSR weiter differenziert. Um diese in verschiedenen Ländern vergleichend messen zu können, definierte die WHO dabei acht für alle Gesundheitssysteme geltende HSR-Dimensionen, die zwei Hauptkategorien zuzuordnen sind. Die erste umfasst Dimensionen, die den respektvollen Umgang der Gesundheitsprofessionen mit Patient*innen betreffen (Kategorie respect-for-persons). Dazu gehören die Dimensionen Freundlichkeit (Patient*innen werden trotz ihrer Einschränkung aufgrund gesundheitlicher Probleme sowie ihres meist fehlenden medizinischen Fachwissens als ebenbürtig wahrgenommen), Autonomie (Patient*innen werden in die Entscheidungsfindung zwischen Behandlungsalternativen, Test- und Versorgungsmöglichkeiten, sowie der Option, Behandlungen abzulehnen, einbezogen), Diskretion (patientenbetreffende Informationen aus dem Behandlungsprozess werden vertraulich behandelt), und Kommunikation (relevanten Patienten Anliegen wird Aufmerksamkeit geschenkt und Sachverhalte werden verständlich erklärt). Die zweite

Hauptkategorie fragt, wie dienstleistungsorientiert das Gesundheitssystem die Bedarfe der Patient*innen und ihrer Angehörigen erfüllt (Kategorie client-orientation). Dies umfasst die Dimensionen Wahlfreiheit (Patient*innen haben die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Erbringer*innen medizinischer und therapeutischer Leistungen sowie Versorgungseinrichtungen zu wählen, inklusive der Option, Zweitmeinungen einzuholen), unmittelbare Versorgung (Patient*innen werden in Notfällen umgehend versorgt, können Versorgungseinrichtungen gut erreichen und erfahren kurze Wartezeiten auf Behandlungstermine sowie auf die Behandlung vor Ort), Qualität der Behandlungsräume (Erfüllung nicht-primär gesundheitsrelevanter Standards in den Versorgungseinrichtungen wie Sauberkeit, Hygiene, Sitzgelegenheiten und Essensqualität) sowie soziale Unterstützung (Besuchsmöglichkeiten für Angehörige während längerer Aufenthalte in den Versorgungseinrichtungen). (Röttger, Blümel, Fuchs & Busse, 2014)

Zu dieser etablierten Struktur haben aktuelle Forschungsarbeiten Ergänzungen vorgeschlagen. So wurde im Projekt Exploring Health System Responsiveness in Ambulatory Care and Disease Management (RAC) des Berlin Centre for Health Economics Research (HECOR) der Technischen Universität Berlin anhand qualitativer und quantitativer Forschung die Anwendbarkeit des HSR-Konzepts der WHO auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland untersucht (ebd.). Im Ergebnis wurden zu den vorhandenen acht Dimensionen zwei weitere herausgearbeitet, die für das ambulante Versorgungssystem in Deutschland Relevanz besitzen: Koordination und Vertrauen. Erstere Dimension umfasst sowohl die Koordination des patientenindividuellen Behandlungspfades als auch zwischen den verschiedenen Erbringer*innen der Versorgungsleistungen und den Versorgungseinrichtungen, und wurde der Kategorie client-orientation zugeordnet. Die Dimension Vertrauen fragt, inwiefern Patient*innen ihrem behandelnden Arzt bzw. ihrer behandelnden Ärztin Glauben schenken, dass dieser bzw. diese sie mit der jeweils optimalen medizinisch-indizierten Behandlung versorgt. Dies beinhaltet, dass der Arzt bzw. die Ärztin in der Entscheidungsfindung primär das Motiv des Patientenwohls verfolgt. Diese Dimension wurde als eine Ergänzung zur Kategorie respect-for-persons vorgeschlagen (ebd.).

In der aktuellsten internationalen Überblicksstudie zu HSR weisen auch Mirzoev und Kane darauf hin, dass die Dimension Vertrauen als ein relevanter Aspekt der HSR zu betrachten ist (2017).

Konzeptionelle Lücken zeigt die Forschung insofern als über die beschriebenen Dimensionen hinaus gehende Einflussfaktoren auf HSR – Mirzoev und Kane sprechen von den „wider determinants“ (2017, S. 7) – weitestgehend unbekannt sind. Bestehende Analyserahmen der HSR und die damit einhergehenden empirischen Untersuchungen verzichten auf kontextuelle Determinanten eines Gesundheitssystems, wie etwa das politische Ordnungssystem, die generelle Akzeptanz und das Ausmaß sozialstaatlicher Leistungen sowie verfügbare ökonomische Ressourcen, die die universellen Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem prägen und somit die Bewertung der Interaktionen beeinflussen können.

Auch liegt der Fokus bisheriger Analysen auf der direkten Interaktion zwischen dem Gesundheitssystem und seinen Nutzer*innen. Schlüsselattribute responsiver Gesundheitssysteme könnten aber auch institutionelle Ausgestaltungen, Prozesse und Beziehungen innerhalb des Gesundheitssystems sein wie beispielsweise Regulierungsmechanismen und Verwaltungsabläufe zwischen den Gesundheitsprofessionen und politischen oder wirtschaftlichen Entscheidungsträger*innen, die direkte Auswirkungen auf die Patientenversorgung haben und deshalb analysiert werden sollten (Mirzoev und Kane, 2017).

Auf den Erhebungen des Key Informant Survey, MCSS und WHS beruht der Großteil der international vergleichenden Ergebnisse zu HSR-Niveaus.

Die Resultate des Key Informant Survey identifizierten die Gesundheitssysteme in USA, Schweiz, Luxemburg, Dänemark, Deutschland, Japan, Kanada, Norwegen, Niederlande und Schweden als die mit den höchsten HSR-Niveaus (Valentine et al., 2000). Die Resultate dieses ersten Versuchs, HSR in verschiedenen Ländern zu vergleichen, müssen jedoch unter Vorbehalt betrachtet werden, da die Auswahl einiger weniger Expert*innen keine bevölkerungsweite Perspektive auf das Gesundheitssystem abbilden konnte.

Dieser Anspruch wurde dagegen mit dem universellen HSR-Modul erhoben, das im Rahmen der MCSS entwickelt und eingesetzt wurde. Die höchsten HSR-Niveaus wurden dabei ähnlich dem Key Informant Survey für Länder in West-Europa und Nord-Amerika festgestellt (Valentine et al., 2003a). Im Vergleich der einzelnen Dimensionen wurden Wahlfreiheit und Freundlichkeit insgesamt am besten, die Dimension Autonomie über die untersuchten Länder konstant schlechter bewertet (Valentine, Darby &

Bonsel, 2008). Neben den Gesamtniveaus in den Bevölkerungen wurde auf der Datengrundlage des MCSS auch die Wichtigkeit untersucht, die die Befragungsteilnehmenden den einzelnen HSR-Dimensionen zuordneten. Dabei wurden die Dimensionen unmittelbare Versorgung, Freundlichkeit und Kommunikation als die relevantesten, soziale Unterstützung als die am wenigsten relevante beurteilt. Ein weiteres zentrales Ergebnis der Studie war, dass die Korrelation der Bewertungen zwischen den untersuchten Subgruppen innerhalb einzelner Länder stärker war als zwischen den Gesamtniveaus der Länder (ebd.).

Durch die Ergebnisse des WHS wurden schließlich Zusammenhänge zwischen der Bewertung der HSR und der Nutzung öffentlicher und privater Gesundheitsversorgung deutlich. Verschiedene Studien auf dieser Datengrundlage haben dabei eine schlechtere Beurteilung der HSR-Dimensionen durch Patient*innen für die Nutzung öffentlicher denn privater Versorgungseinrichtungen gefunden (Adesanya et al., 2012; Peltzer und Phaswana-Mafuya, 2012). Ferner wurde auf Basis der WHS-Ergebnisse erstmalig der Zusammenhang einzelner, dem Gesundheitssystem übergeordneter Charakteristika mit HSR in den Ländern untersucht, und verdeutlicht, dass sowohl Gesundheitsausgaben pro Kopf als auch Bildungsniveaus der Bevölkerungen positiv, Gesundheitsausgaben des öffentlichen Sektors dagegen negativ mit HSR korrelierten (Robone, Rice & Smith, 2011).

Außerdem wurden in weiteren internationalen Studien Gesamtniveaus der HSR in einzelnen Ländern erhoben (vgl. Tille, Röttger, Gibis, Busse, Kuhlmeier & Schnitzer, 2018).

Die zentrale Erkenntnis und Übereinstimmung der bisherigen Studienergebnisse mit Deutschland ist, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten die HSR positiv einschätzte. Die Erhebungen berichten nahezu durchgängig von jeweils über 80 % aller Befragten, die die HSR-Dimensionen für das deutsche Gesundheitssystem als generell gut bewerteten (OECD, 2015; Petek, Künzi, Kersnki, Szecsenyi & Wensing, 2011; Röttger und Busse, 2016; Valentine et al., 2003b).

Die Rangfolge der Bewertung der einzelnen HSR-Dimensionen untereinander variierte dabei zwischen den Studien (OECD, 2015; Petek et al., 2011; Röttger und Busse, 2016; Valentine et al., 2003c; WHO, 2003b). Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass diese Studien unterschiedliche Formulierungen der Fragen zu HSR, Verfahren zur

Stichprobenziehung und Messmethoden sowie auch Bewertungsskalen anwendeten und somit nur bedingt vergleichbar sind.

In internationalen Vergleichsstudien stellte sich die Bewertung der HSR des deutschen Gesundheitssystems als insgesamt knapp überdurchschnittlich heraus, insbesondere gegenüber anderen OECD-Ländern (Tille et al., 2018). Dies zeigen Studien, die identische Instrumente in verschiedenen Ländern anwendeten (OECD, 2015; Petek et al., 2011; Valentine et al., 2000; Valentine et al., 2003b; WHO, 2003b). Neben tatsächlichen Unterschieden in der Interaktion zwischen den Gesundheitssystemen und ihren Nutzer*innen ist bei einem Vergleich der Bewertungen die potenzielle systematische Heterogenität im Antwortverhalten (heterogeneity in reporting behavior) der Befragten zwischen den Ländern zu berücksichtigen (Rice et al., 2008; Valentine et al., 2000). Diese resultiert, wenn Befragungsteilnehmende verschiedene Grenzwerte bei der Bewertung eines latenten Konstruktes wie HSR anwenden, die sie aufgrund unterschiedlicher Erwartungen an die Versorgung halten. Dadurch ist die Vergleichbarkeit der Antworten zwischen Untersuchungseinheiten wie Bevölkerungsgruppen und Ländern begrenzt. Zur Standardisierung der Antworten wurde in einigen HSR-Studien die Bewertung deshalb anhand sogenannter Vignetten (anchoring vignettes) vorgenommen. Dies sind kurze hypothetische Schilderungen einer Versorgungssituation dritter Personen entlang der HSR-Dimensionen, die die Befragten bewerten, wodurch nach ihren persönlichen Erwartungen kontrolliert und die eigene Erfahrung isoliert betrachtet werden soll (Rice et al., 2008). Um mit diesem Ansatz die Differenzen zwischen den Bevölkerungsgruppen hinsichtlich ihrer Erwartungen zu messen, müssten jedoch mehrere unterschiedliche Szenarien für jede Dimension abgefragt werden, was in der Befragungspraxis kaum praktikabel ist. Auch wurden Vignetten für einen ländervergleichenden Survey (MCSS) entwickelt, sind aber möglicherweise nicht für jedes der zu untersuchenden Länder und Gesundheitssysteme passend. Ferner kann trotz des Versuchs, den Fokus der Befragten auf eine dritte Person zu legen, grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass diese Bewertungen abgeben, die die eigenen Erfahrungen und nicht die hypothetischen Szenarien betreffen. (Salomon, Tandon & Murray, 2001)

Methodik

Gesundheitsbefragungen

Seit Mitte der 1990er Jahre haben die routinemäßige Messung und Verwendung von Patientenerfahrungen international zugenommen (OECD, 2015). Die Berücksichtigung der Patientenperspektive ist dabei ein Ausdruck der Systemnutzer- und Patientenorientierung und beschreibt ein Qualitätsmerkmal eines Gesundheitssystems (ebd.; Tille et al., 2017).

Aufgrund der Tatsache, dass HSR die Erfahrungen der Patient*innen untersucht, sind Bevölkerungsbefragungen, die die Nutzer*innen des Gesundheitssystems und somit Patient*innen identifizieren und befragen, die dazu am besten geeignete Quelle zur Datengewinnung, im Gegensatz etwa zur Erhebung von Expertenmeinungen (Darby et al., 2000; De Silva, 2000; Smith et al., 2009; Valentine und Bonsel, 2016). Die Verwendung von Bevölkerungsbefragungsdaten ergänzt die inhaltlichen Fragen zur HSR so um eine zweite Dimension der Patientenorientierung: Zum einen erfragt HSR die für Patient*innen relevanten Aspekte des Gesundheitsversorgungsprozesses, zum anderen erheben Bevölkerungsbefragungen diese direkt aus der Perspektive der Patientenschaft.

In Deutschland existieren verschiedene Befragungen, die routinemäßig die Perspektive der Bevölkerung zu verschiedenen Aspekten des Gesundheitssystems und ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung erheben. Für den für die vorliegende Arbeit relevanten Forschungsbereich der ambulanten Gesundheitsversorgung ist hierbei die Übersicht von Tille et al. (2017) relevant: Diese ermittelte sechs Erhebungen, die gegenwärtig regelmäßig die Bevölkerung zur ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland befragen. Das dargestellte Konzept der HSR auf Grundlage der von der WHO entwickelten und validierten Fragen wurde dabei in noch keine dieser Befragungen aufgenommen.

Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) erhebt als bundesweite Bevölkerungsbefragung die Erfahrungen mit Haus- und Facharztbesuchen aus der Perspektive der Nutzer*innen des Gesundheitssystems. Sie wird seit 2006 jähr-

lich als Querschnittsbefragung durchgeführt und fand ausschließlich in den Jahren 2007 und 2012 nicht statt. Seit der Befragung im Jahr 2008 existiert eine Zusammenarbeit des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin (IMSR) mit der KBV dazu, die neben einer themenspezifischen und methodologischen Beratung durch das IMSR für jedes Befragungsjahr auch gemeinsame wissenschaftliche Analysen und Publikationen zu ausgewählten Untersuchungsfragen vorsieht. Für die Befragung des Jahres 2016 wurde beschlossen, erstmals Fragen zu HSR aufzunehmen und damit bevölkerungsweit zu erheben. Der Fragebogen wurde von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der KBV, des IMSR sowie des Meinungsforschungsinstituts Forschungsgruppe Wahlen (FGW), das die Erhebung durchführte, konzipiert und vor Feldbeginn getestet. Das Erhebungsinstrument setzte sich aus Kernfragen, die in jedem Befragungsjahr in identischer Form erhoben werden, sowie Modulen zu jährlich wechselnden Themenblöcken zusammen. Eines dieser Module beinhaltete Fragen zu HSR. (ebd.; Tille et al., 2018)

Methodik unserer Studie

Stichprobenziehung und Studiendesign

Die Stichprobe der Versichertenbefragung 2016 wurde aus der Grundgesamtheit der deutschsprachigen Bevölkerung ab 18 Jahren in Privathaushalten mit Festnetztelefonanschlüssen in Deutschland gezogen. Die Grundgesamtheit wurde dazu zunächst in mehrere überschneidungsfreie Schichten nach Regierungsbezirken, Landkreisen und Stadtbezirken regional gruppiert. Daraus wurde die Stichprobe in zwei Stufen per Zufallsauswahl gezogen. Dabei wurden für die Haushaltsstichprobe die Telefonnummern aus der Gesamtheit der amtlichen Telefonbucheinträge zufällig ausgewählt, wobei Haushalte mit Festnetzanschluss, die nicht im amtlichen Telefonbuch verzeichnet waren, per Randomized-Last-Digit-Verfahren in die Stichprobe eingeschlossen werden konnten. Die zweite Auswahlstufe sah vor, durch die Last-Birthday-Methode am Anfang jedes Kontaktgesprächs die zu befragende Person aus den zur Grundgesamtheit gehörenden Haushaltsmitgliedern zufällig zu bestimmen und so die Personenstichprobe zu ziehen. Die Stichprobe umfasste schließlich 6.113 Befragte. Die telefonischen Befragungsgespräche wurden von der FGW im Zeitraum von 21. März bis 2. Mai 2016 durchgeführt und dauerten durchschnittlich zehn Minuten. (Tille et al., 2017)

Die Rohdaten der Erhebung wurden zur Ergebnisauswertung in zwei Stufen gewichtet: Die Haushaltstransformation glich dabei die Anzahl der Festnetznummern und der Zielpersonen des Haushalts den Inversen ihrer Inklusionswahrscheinlichkeit an. Durch dieses Verfahren wurden die designbedingten Unterschiede der Wahrscheinlichkeiten für Personen zwischen den Haushalten und innerhalb der Haushalte, für die Stichprobe ausgewählt zu werden, behoben. Anhand einer Anpassungsgewichtung wurden in der zweiten Stufe darüber hinaus Antwortausfälle korrigiert, um daraus resultierende Verzerrungen der Ergebnisse zu beheben. Außerdem wurde die Stichprobe der Grundgesamtheit entsprechend der Sollwerte der amtlichen Statistik und des Mikrozensus für Geschlecht, Alter und Bildung angeglichen. (ebd.)

Fragebogenkonstruktion

Aus Kapazitätsgründen des Erhebungsinstruments konnte ausschließlich eine der beiden genannten HSR-Kategorien – diese aber dafür mit allen dazugehörigen Dimensionen vollständig – in dem Fragebogen 2016 abgebildet werden. Da Erkenntnisse zu der Kategorie respect-for-persons aus Sicht der Arbeitsgruppe von größerem Interesse für die Versorgungspraxis als solche zu der Kategorie client-orientation waren, wurde die Entscheidung getroffen, erstere in dem Fragebogen abzubilden. Somit wurden Fragen zu Freundlichkeit, Autonomie, Diskretion, Kommunikation sowie der ergänzten Dimension Vertrauen aufgenommen. Die Fragen basierten auf denen aus den zuvor beschriebenen Studien MCSS, WHS und RAC, in denen sie umfassend auf Validität und Reliabilität geprüft worden waren (Tille et al., 2018; Valentine et al., 2003a; Valentine et al., 2003b). Wie in anderen nationalen Bevölkerungsbefragungen zu HSR (bspw. Adesanya et al., 2012) passte die Arbeitsgruppe diese Fragen dem deutschen Versorgungssystem und dem Telefoninterviewdesign der Erhebung an (Tille et al., 2018). Um dabei Validität und Reliabilität des Instruments beizubehalten, wurden die Fragen so identisch wie möglich zu den Originalfragen der WHO formuliert.

Variablen

Abhängige Variablen

Die zu untersuchenden Dimensionen der HSR-Kategorie respect-for-persons wurden jeweils anhand einer Frage in den Fragebogen aufgenommen. Diese waren im Wortlaut wie folgt: Vertrauen: „Wenn Sie an das Vertrauensverhältnis zu diesem Arzt denken: Ist

das [Antwortoption]?", Freundlichkeit: „Und wie war die Freundlichkeit des Arztes Ihnen gegenüber?", Diskretion: „Und wie waren die Möglichkeiten, in der Praxis mit den Mitarbeitern am Empfang vertraulich reden zu können, also ohne dass andere mithören konnten?", Autonomie: „Wie waren die Möglichkeiten, über Ihre Behandlung nach Ihren eigenen Vorstellungen mitzuentcheiden?“ und Kommunikation: „Wie verständlich waren die Erklärungen des Arztes?“ (Tille et al., 2018, S. 163).

Die Teilnehmer*innen der Befragung wurden in den Telefoninterviews gebeten, diese Fragen hinsichtlich ihres letzten Besuches einer Arztpraxis – also entweder bei einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin oder einem Facharzt bzw. einer Fachärztin – in den vorangegangenen zwölf Monaten zu bewerten. Die Antworten wurden auf einer 4-stufigen Ordinalskala gemessen, die die Optionen sehr gut, gut, weniger gut und überhaupt nicht gut enthielt. Analog zu der MCSS und weiteren HSR-Studien wurden diese für die weitere Analyse dichotomisiert in sehr gut/gut sowie weniger gut/überhaupt nicht gut zusammengefasst. (ebd.)

Unabhängige Variablen

Als Determinanten sozialer Ungleichheit – nach Hradil „soziale Positionen von Menschen in Beziehungsgeflechten, (...) die an sich keine Besser- oder Schlechterstellung darstellen, aber diese mit hoher Wahrscheinlichkeit nach sich ziehen“ (2005, S. 34) – wurden Alter (mit den Ausprägungen 18 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre sowie 65 Jahre und älter), Geschlecht (männlich, weiblich), höchster Bildungsabschluss (Hauptschule, Mittlere Reife/Realschule, Abitur/(Fach-)Hochschulreife), Erwerbsstatus (Vollzeit, Teilzeit/Kurzzeit, arbeitslos, in Rente, in Ausbildung), Größe des Wohnortes in Einwohnern (bis 5.000, über 5.000 bis 20.000, über 20.000 bis 100.000, über 100.000), und Art der Krankenversicherung (gesetzlich, privat) in die Analyse aufgenommen. Die Untersuchung dieser Determinanten auf ihre Zusammenhänge mit den Dimensionen der HSR sollte Ergebnisse über Ungleichheiten in HSR der haus- und fachärztlichen Versorgung gegenüber verschiedenen Patientengruppen entlang ihrer sozialen Merkmale liefern. Basierend auf der Annahme, dass auch gesundheitsbezogene Merkmale Determinanten sozialer Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung abbilden können (Tille et al., 2017), wurden der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand (ausgezeichnet, sehr gut/gut, weniger gut, schlecht), das Vorliegen einer chronischen Erkrankung (ja, nein) und einer Behinderung (ja, nein) sowie der Grund für den letzten Arztbesuch

(aktuelles Problem, chronische Krankheit, Vorsorgeuntersuchung/Impfung, sonstige Gründe) der Befragten in die Modelle aufgenommen.

Auswertungsmethodik

In dem ersten Untersuchungsschritt wurden die Gesamtniveaus der einzelnen HSR-Dimensionen bestimmt sowie die abhängigen Variablen auf bivariate Assoziationen mit allen sozialen Determinanten untersucht. Damit konnte festgestellt werden, inwiefern sich die einzelnen Sub-Gruppen bei der Bewertung der HSR-Dimensionen statistisch signifikant voneinander unterschieden. Aufgrund des kategorialen Skalenniveaus der abhängigen Variablen wurden dazu Chi-Quadrat-Tests durchgeführt.

Die zweite Analyse identifizierte die sozialen Determinanten derjenigen Befragten, die die einzelnen HSR-Dimensionen statistisch signifikant häufiger als weniger gut/schlecht bewerteten, multivariat. Diese Nutzergruppen sind besonders relevant für das (deutsche) Gesundheitssystem, da sie Hinweise auf Ungleichheiten in der Versorgung entlang der HSR-Dimensionen geben können. Dazu lagen bis zu unserer Forschung keine Resultate vor.

Die Modelle wurden mittels binär-logistischer Regressionen gerechnet. Variablen-Rückwärtsselektion wurde angewendet, wodurch in einem ersten Schritt alle unabhängigen Variablen in die Modelle einbezogen und anschließend nicht-signifikante schrittweise aus den weiteren Berechnungen ausgeschlossen wurden. Mit diesem Verfahren konnte überprüft werden, welche der Variablen einen statistisch relevanten Zusammenhang mit einer negativen Bewertung der HSR-Dimensionen multivariat aufwiesen. Alter und Geschlecht wurden als Kontrollvariablen definiert (Einschlussverfahren). Diese explorative multivariate Testmethode erlaubte, die Zusammenhänge verschiedener Variablen und die Tendenzen der bivariaten Analyse zu prüfen (IBM Corp., 2015; Tille et al., 2017; Tille et al., 2018).

Die statistischen Auswertungen wurden mit SPSS 23 durchgeführt. Aus den Berechnungen wurden fehlende Werte listenweise entfernt und das Signifikanzniveau auf 5 % gesetzt. Die Ergebnisse sind als Odds Ratios (Quotenverhältnisse [OR]) mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI) angegeben. (Tille et al., 2017; Tille et al., 2018)

Ergebnisse

Für die bi- und multivariaten Analysen wurden aus allen Befragten, die angaben, in den der Befragung vorangegangenen zwölf Monaten eine Arztpraxis aufgesucht zu haben (n=5.227), zwei gewichtete Stichproben gebildet: Eine derjenigen Befragten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten zuletzt bei einem Hausarzt bzw. einer Hausärztin waren (n=3.031), und eine derjenigen, die in den vorangegangenen zwölf Monaten zuletzt bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin waren (n=2.196).

Gesamtniveaus

Als zentrales Ergebnis kann konstatiert werden, dass über 90 % der Befragten die Dimensionen Freundlichkeit, Autonomie, Kommunikation und Vertrauen für ihren letzten Hausarztbesuch als sehr gut/gut bewerteten. Dabei wurde Freundlichkeit (98,4 %) vor Kommunikation (96,5 %), Vertrauen (95,4 %) und Autonomie (93,5 %) am häufigsten positiv beurteilt. Dagegen bewertete lediglich die Hälfte der Befragten (50,3 %) die Diskretion während dieser letzten Konsultation positiv.

Die Beurteilung der Befragten, die zuletzt einen Facharzt bzw. eine Fachärztin aufsuchten, war ähnlich. Auch diese bewerteten alle Dimensionen bis auf Vertraulichkeit überwiegend positiv, in identischer Reihenfolge wie für Hausarztbesuche (Freundlichkeit: 96,6 %, Kommunikation: 95,4 %, Vertrauen: 93,6 %, Autonomie: 91,3 %). Die Dimension Diskretion wurde auch für Facharztbesuche mit 52,4 % positiven Antworten wesentlich schlechter beurteilt.

Für die einzelnen HSR-Dimensionen wies die Analyse entlang der sozialen Determinanten die folgenden wesentlichen statistisch signifikanten Ergebnisse aus:

Dimensionen

Freundlichkeit

Die Bewertung der Freundlichkeit während der letzten Hausarztkonsultation zeigte bivariat keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen. Die multivariate Analyse dagegen stellte Assoziationen mit verschiedenen Determinanten fest, wobei die Odds Ratios für 18- bis 34-Jährige (OR: 5,11; KI: 1,70–15,31) gegenüber 65-Jährigen und Älteren besonders stark erhöht waren. Dies trifft ebenso auf schlechten (OR: 4,12; KI:

1,27–13,63) und sehr schlechten (OR: 10,64; KI: 2,58–43,93) selbst eingeschätzten Gesundheitszustand gegenüber ausgezeichnetem zu.

Den letzten Facharztbesuch bewerteten hinsichtlich der wahrgenommenen Freundlichkeit bivariat 18- bis 34-jährige Befragte sowie diejenigen mit einem aktuellen gesundheitlichen Problem schlechter als ihre Vergleichsgruppen. Auch war ein Gradient nach Gesundheitszustand erkennbar: Je schlechter der Gesundheitszustand, desto schlechter die Bewertung. Multivariat blieben die Zusammenhänge mit schlechter (OR: 2,65; KI: 1,29–5,47) und sehr schlechter (OR: 2,81; KI: 1,06–7,48) Gesundheit sowie aktuellem gesundheitlichen Problem (OR: 3,95; KI: 1,73–8,98) bestehen. Außerdem wies Mittlere Reife/Realschule (OR: 3,20; KI: 1,29–7,94) eine Assoziation mit einer schlechteren Bewertung dieser Dimension aus.

Autonomie

Die Möglichkeit, bei ihrem letzten Hausarztbesuch über ihre Behandlung nach den eigenen Vorstellungen mitzuentcheiden, bewerteten bivariat vor allem Frauen sowie Befragte in schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand negativer als ihre Vergleichsgruppen. Multivariat waren dagegen keine Assoziationen mit den Variablen vorhanden.

Bei Facharztkonsultationen gaben Befragte mit gesetzlicher Krankenversicherung, in schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand sowie diejenigen mit einem aktuellen Gesundheitsproblem am häufigsten eine negative Einschätzung ab. Multivariat traten diese Zusammenhänge ebenfalls auf: Gesetzliche Krankenversicherung (OR: 1,96; KI: 1,11–3,46), schlechter (OR: 2,01; KI: 1,21–3,34) und sehr schlechter (OR: 2,36; KI: 1,21–4,61) Gesundheitszustand sowie aktuelles Gesundheitsproblem (OR: 3,26; KI: 1,86–5,71) waren mit einer schlechteren Bewertung der Entscheidungsautonomie assoziiert.

Diskretion

Für die Besuche bei Hausärzt*innen wurden sowohl ein Altersgradient, der jüngere Patient*innen als kritischer denn ältere auswies, ein Bildungsgradient mit höher Gebildeten als kritischer denn niedriger Gebildeten sowie ein Gradient nach Wohnortgröße mit schlechterer Bewertung bei zunehmender Einwohnerzahl des Wohnortes der Befragten

erkennbar. Auch zeigten sich im Vergleich in Voll- und Teilzeit arbeitende Personen und diejenigen mit einem aktuellen gesundheitlichen Problem kritischer. Multivariat traten innerhalb dieser Dimension die stärksten Assoziationen mit jüngerem Alter (18 bis 34 Jahre: OR: 2,34; KI: 1,74–3,16), Abitur/(Fach-)Hochschulreife (OR: 1,78; KI: 1,39–2,28) und aktuellem Gesundheitsproblem (OR: 1,38; KI: 1,10–1,75) auf.

Ebenso wurden für Besuche bei Fachärzt*innen sowohl ein Alters- als auch ein Bildungsgradient deutlich. Außerdem gaben Befragte in Voll- sowie Teilzeit in Gegenüberstellung zu Arbeitslosen häufiger eine negative Bewertung ab. Als einzige der untersuchten Dimensionen wurde für diese auch eine Differenz zwischen Personen mit und ohne Behinderung deutlich, wobei letztere negativer bewerteten. Multivariat waren die Assoziationen für 35- bis 49-Jährige (OR: 2,02; KI: 1,52–2,70), Patient*innen mit Abitur/(Fach-)Hochschulreife (OR: 1,66; KI: 1,24–2,21) sowie diejenigen ohne Behinderung (OR: 1,39; KI: 1,08–1,80) am stärksten ausgeprägt.

Kommunikation

Die Verständlichkeit der Erklärungen der Hausärzt*innen bewerteten bivariat wie multivariat Befragte mit Mittlerer Reife/Realschule im Vergleich zur Referenzgruppe derjenigen mit Hauptschulabschluss schlechter (OR: 2,28; KI: 1,11–4,69).

Für Facharztbesuche waren es erneut gesetzlich Krankenversicherte, Personen mit schlechter und sehr schlechter Gesundheit sowie diejenigen mit einem aktuellen Gesundheitsproblem, für die bivariat eine schlechtere Bewertung als für ihre Vergleichsgruppen deutlich wurde. Multivariat wurde diese für gesetzlich Krankenversicherte (OR: 2,61; KI: 1,18–5,79), Befragte mit schlechter Gesundheit (OR: 2,35; KI: 1,25–4,40) und solche mit einem aktuellen gesundheitlichen Problem (OR: 2,85; KI: 1,48–5,48) bestätigt.

Vertrauen

Die bivariaten Resultate zu Vertrauen bei Hausarztbesuchen zeigten, dass diese Dimension am häufigsten von der jüngsten (18- bis 34-Jährige) und am seltensten von der ältesten (65-Jährige und älter) Patientengruppe negativ bewertet wurde. Ebenso gaben Frauen häufiger als Männer eine negative Einschätzung ab. Die multivariate

Analyse bestätigte die Assoziation für die jüngste Altersgruppe (OR: 2,59; KI: 1,34–5,01) im Vergleich zur Referenzgruppe der 65-Jährigen und Älteren.

Für die Konsultation der Fachärzt*innen wurden bivariat Unterschiede entlang der Art der Krankenversicherung, des Gesundheitszustandes sowie des Grundes für diesen Arztbesuch deutlich: So gaben gesetzlich Krankenversicherte, Patient*innen in schlechtem und sehr schlechtem Gesundheitszustand sowie solche mit einem aktuellen Problem signifikant häufiger als ihre Vergleichsgruppen ein weniger gutes/überhaupt nicht gutes Vertrauensverhältnis zu dem zuletzt besuchten Facharzt bzw. der zuletzt besuchten Fachärztin an. Multivariat wurden Assoziationen mit gesetzlicher Krankenversicherung (OR: 1,96; KI: 1,06–3,36) und sowohl akutem Gesundheitsproblem (OR: 5,60; KI: 2,85–11,02) als auch chronischer Erkrankung (OR: 3,64; KI: 1,76–7,52) als Grund für den letzten Arztbesuch festgestellt. Zusätzlich lag eine Assoziation mit dem Abschluss Mittlere Reife/Realschule (OR: 2,01; KI: 1,12–3,59) vor.

Diskussion der Ergebnisse und weiterführende Fragestellungen

Diskussion der Ergebnisse

Mit dieser Forschungsarbeit wurden erstmals bevölkerungsweite Ergebnisse zu der Bewertung der HSR der ambulanten Versorgung in Deutschland differenziert nach Haus- und Facharztkonsultationen erhoben und entlang sozialer Determinanten ausgewertet. Diese geben die Erfahrungen der Patient*innen mit dem deutschen Gesundheitssystem wieder. Mit dieser Messung wurden das Gesamtniveau der HSR sowie ihre Verteilung über die Bevölkerung als zentrale Leistungsindikatoren ermittelt, wodurch ein Beitrag zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems erbracht werden konnte.

Die Ergebnisse verdeutlichen zuvorderst eine hohe Qualität der Patienten-Arzt-Interaktion hinsichtlich der Dimensionen der Kategorie des respektvollen Umgangs – Freundlichkeit, Autonomie, Kommunikation und Vertrauen – in der ambulanten Versorgung in Deutschland. Gleichzeitig weisen die Befunde dieser Studie Defizite bezüglich der Diskretion in Haus- und Facharztpraxen aus. Daraus kann abgeleitet werden, dass Patient*innen während des Arztbesuchs bei dem Austausch vertraulicher Informationen, die ihre Gesundheit betreffen, potenziell Probleme wahrnehmen. Zu diesen Informationen können Angaben zu ihren gesundheitlichen Beschwerden, Behandlungsterminen und Verordnungen für Arznei- sowie Heil- und Hilfsmittel gehören. Aus Patientenperspektive lässt sich daraus ein Bedarf an Maßnahmen feststellen, die die Infrastruktur und Prozesse innerhalb von Haus- und Facharztpraxen so gestalten, dass die Vertraulichkeit für Patient*innen besser gewahrt wird.

Die Ergebnisse der Studie zeigen ferner, dass jüngere Patient*innen (18- bis 49-Jährige) die HSR bei Hausarztkonsultationen kritischer als ältere (65 Jahre und älter) bewerten. Dieser Befund korrespondiert mit den Resultaten einer europaweiten Erhebung zu HSR von Coulter und Jenkinson (2005). Außerdem wird in den Ergebnissen deutlich, dass Patient*innen mit höherem Bildungsabschluss die HSR bei sowohl Haus- als auch Facharztbesuchen negativer beurteilen als diejenigen mit Hauptschulabschluss sowie dass gesetzliche Krankenversicherte die HSR bei Facharztkonsultation kritischer einschätzen als privat Krankenversicherte. Die Art der Krankenversicherung wurde in noch keiner bekannten Studie auf ihren Zusammenhang mit HSR untersucht,

jedoch zeigen internationale Studien (aus Südafrika, Nigeria) die Tendenz, dass private Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich ihrer HSR besser als öffentliche bzw. solche für Personen mit staatlichem Krankenversicherungsschutz (Adesanya et al., 2012; Peltzer und Phaswana-Mafuya, 2012) bewertet werden. Während die zugrundeliegenden Mechanismen für diese Unterschiede in der HSR-Bewertung etwa in der Erwartungshaltung entlang der Determinanten Alter, Bildungsabschluss und Art der Krankenversicherung der Befragten weitestgehend unbekannt sind und weiterer umfangreicher Forschung bedürfen (vgl. auch Abschnitt zu weiterführenden Fragestellungen), ist die Konsequenz daraus prekär: Es besteht die Gefahr, dass Personen aufgrund ihrer eigenen Einschätzung, während ihres letzten Arztbesuchs nicht respektvoll behandelt worden zu sein, auf zukünftige Versorgung verzichten bzw. diese verzögern (Jones et al., 2011; Smith et al., 2009). Dies kann in schlechteren Gesundheitsoutcomes resultieren. Dazu ist festzustellen, dass mit dem steigenden Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der medizinische Behandlung in der ambulanten Versorgung in Anspruch nimmt und nehmen wird (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, 2017), die HSR in Haus- und Facharztkonsultationen zunehmend bedeutsam sein wird, um eine bevölkerungsweit qualitativ hochwertige, patientenzentrierte Gesundheitsversorgung zu erbringen (Peltzer und Phaswana-Mafuya, 2012). Dies würde substanziell dazu beitragen, diese Qualität in der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu erreichen (Tille et al., 2018).

Ferner wurde in unserer Studie eine systematische Assoziation zwischen einem als schlecht selbst eingeschätzten Gesundheitszustand der Patient*innen und negativer Bewertung der HSR festgestellt. Insbesondere dieser Zusammenhang kann in Kombination mit dem Befund, dass auch ein aktuelles Gesundheitsproblem als Grund des letzten Arztbesuches mit einer schlechteren Bewertung der HSR korreliert, auf Mängel in der ambulanten Gesundheitsversorgung hinweisen: Die Patientengruppen mit einem erhöhten Behandlungsbedarf gaben am häufigsten an, die interpersonelle Behandlung während ihres letzten Arztbesuchs nicht als den Erwartungen entsprechend empfunden zu haben. Eine mögliche Konsequenz dieser unzureichenden HSR könnte nun sein, dass auch diese – aufgrund ihres Gesundheitszustandes besonders vulnerablen – Personen zukünftig auf medizinische Versorgung verzichten oder Folgebehandlungen nur verzögert in Anspruch nehmen. In der weiteren Folge kann dies besonders für die am dringendsten versorgungsbedürftigen Personen die Rekonvaleszenz und somit die Ge-

sundheit zusätzlich beeinträchtigen (Faller und Lang, 2016; Tille et al., 2018). Eine Verbesserung der HSR gegenüber den Patientengruppen mit dem größten Versorgungsbedarf in der haus- und fachärztlichen Versorgung ist somit angezeigt.

Es lässt sich zusammenfassen, dass HSR einen wesentlichen Faktor der Inanspruchnahme und Qualität in der Gesundheitsversorgung darstellt. Soziale Ungleichheiten können dabei entstehen, wenn bestimmte Personengruppen systematisch auf Versorgung verzichten, die medizinisch indiziert ist und ihrer Genesung zuträglich wäre. Unterschiede in wahrgenommener HSR entlang sozialer Determinanten können so bestehende Barrieren in der Versorgung verstärken und zu einer suboptimalen Behandlung sowie schließlich schlechteren Gesundheitsoutcomes unter denjenigen führen, die sich subjektiv benachteiligt fühlen oder objektiv schlechter behandelt werden. Ungleichheiten führen so möglicherweise zu Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung (Hradil, 2005). Aus einer Health Equity-Perspektive betrachtet, können Maßnahmen, die solche sozialen Disparitäten in der haus- und fachärztlichen Versorgung reduzieren, das deutsche Gesundheitssystem insgesamt gerechter gestalten.

Weiterführende Fragestellungen

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich die zentrale Anschlussfrage, wie sich HSR konkret auf die Patientenversorgung auswirkt. Wie dargestellt, können negative Patientenerfahrungen in der haus- und fachärztlichen Versorgung eine Determinante für Verzicht auf zukünftige medizinische Behandlung sein. Wie sich dies in der Inanspruchnahme und Adhärenz im Behandlungsprozess tatsächlich ausdrückt, ist hingegen ebenso ungeklärt wie potenziell unterschiedliche Auswirkungen einzelner HSR-Dimensionen: Welche Bedeutung haben etwa geringes Vertrauen in den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin, eine den eigenen Vorstellungen nicht entsprechende Beteiligung an der Entscheidungsfindung zur Therapie oder unverständliche ärztliche Erklärungen? Diese Fragen interessieren in der weiteren Forschung zu HSR. Dabei können verschiedene theoretische Ansätze wie etwa Patientenmodelle zum paternalistischen, informativen und partizipativen Entscheidungsverhalten (Faller und Lang, 2016; Schnitzer, Tille, Balke & Kuhlmei, 2016) ebenso betrachtet werden wie vorhandene Erklärungen zur Patienten-Arzt-Kommunikation und (Non-)Compliance im Behandlungsverlauf (Faller und Lang, 2016). Die direkt daran anschließende Frage ist, inwiefern sich Verzicht auf Versorgung in Folge einer schlechten Bewertung der HSR auf den Gesundheitszustand der

Individuen und Bevölkerung gemessen durch Mortalitäts- und Morbiditätsparameter auswirkt. Eine solche Analyse könnte an die gegenwärtige Diskussion zu forgone care anschließen, die Verzicht auf Versorgung so definiert, dass krankenversicherte Personen Leistungen nicht in Anspruch nehmen, obwohl sie einen subjektiven Bedarf dafür empfinden (Röttger, Blümel, Köppen & Busse, 2016). Dies stellt einen relevanten Aspekt der Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems dar, da es eine Diskrepanz zwischen Bedarf an und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigt. Aktuelle Erkenntnisse verdeutlichen, dass eine negative Erfahrung mit dem Versorgungssystem wie etwa wahrgenommene ungerechte Behandlung ein Prädiktor für Verzicht auf Versorgung unter Personen mit chronischer Krankheit in Deutschland darstellt (ebd.).

Obwohl der Zusammenhang von HSR, Verzicht auf Versorgung und schlechteren Gesundheitsoutcomes also Relevanz sowohl für die Forschung als auch gesundheitspolitische Entscheidungen hat, ist dieser Bereich in Deutschland weitgehend unerforscht. Für Untersuchungen auf diesem Feld wären Longitudinalstudien geeignet, da diese Daten zu denjenigen Personen, die einen Behandlungsprozess trotz subjektiv oder objektiv wahrgenommenen Bedarfs abgebrochen oder nicht initiiert haben, generieren und entsprechend Fragen zu dieser Gruppe auch hinsichtlich der wahrgenommenen HSR beantworten können (Geyer, 2010; Hradil, 2005). In einer solchen weitergehenden Forschung auf der Grundlage von Theorien sozialer Ungleichheit interessiert insbesondere auch die Frage, welche sozialen Determinanten mit dem Verzicht und den daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen zusammenhängen und wie sich dies auf gesundheitsbezogene Gerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem auswirkt (ebd.).

Aus den dargestellten Ergebnissen leitet sich außerdem die Frage ab, auf welche Weise HSR der haus- und fachärztlichen Versorgung in Deutschland entlang der einzelnen Dimensionen verbessert werden könnte. Damit einhergehend ist zu erforschen, wie sich die Kategorien und Dimensionen der HSR zueinander verhalten, also ob Patient*innen auf einzelne Dimensionen höheren Wert legen als auf andere. Dies könnte etwa durch eine explorative Erhebung der Patientenpräferenzen anhand qualitativer Studien geschehen. Ferner kann für eine weitere Analyse gefragt werden, wie sich die Bewertung der HSR zwischen einzelnen Facharztgruppen unterscheidet. Die Ergebnisse würden Rückschlüsse darauf erlauben, in welchen Bereichen der ambulanten Versorgung aus der Patientenperspektive verhältnismäßig mehr oder weniger Defizite bestehen.

Eine umfängliche Analyse der HSR müsste auch Fragen zu den Dimensionen der zweiten Hauptkategorie – client-orientation – berücksichtigen, und neben dem ambulanten auch den stationären Versorgungsbereich explizit untersuchen. Es gilt dabei zu überprüfen, inwiefern grundlegende Unterschiede in HSR zwischen der stationären und haus- und fachärztlichen Versorgung etwa hinsichtlich der Behandlungsdringlichkeit und -intensität, Aufenthaltsdauer, Arzt- und Einrichtungswahl aus der Patientenperspektive existieren.

Des Weiteren schließt sich der hier vorgestellten Studie die Frage an, wie die angewandte Erhebungsmethode der Bevölkerungsbefragungen sinnvoll ergänzt werden kann. Wie beschrieben, werden die Ergebnisse aus Bevölkerungsbefragungen inzwischen häufig als Grundlage für Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung genutzt und Surveys mit Fragen zu HSR können Evidenz bereitstellen, die die Allokation von Ressourcen und Festlegung von Zielen leiten. Gleichwohl ist es für das weitere Erkenntnisinteresse essenziell, über zusätzliche Erhebungsmethoden Daten zu gewinnen und diese mit den Einschätzungen der Patient*innen abzugleichen. Dazu können Erhebungen der Erfahrungen von Ärzt*innen sowie medizinischem Fachpersonal ebenso wie Analysen der Gesetzgebung, Patientenchartas und Medieninhalte gehören, anhand derer die Bedeutung und Umsetzung von HSR in Deutschland gemessen werden könnten. Wenngleich HSR originär die Patientenperspektive abbildet, wäre die Einschätzung der weiteren im Versorgungsprozess beteiligten Akteure zu HSR relevant, um mögliche Verbesserungen in der Versorgung zu entwickeln.

Für die Beantwortung dieser Fragen ist es zuvorderst essenziell, dass HSR in der Versorgungsforschung zunehmend mehr Aufmerksamkeit erhält (Ärzte Zeitung, 2018). Entsprechend stellt sich die Frage, wie die HSR-Forschung dazu intensiviert werden kann. Da eine Funktion von HSPA ist, die Leistungsfähigkeit verschiedener Gesundheitssysteme miteinander zu vergleichen, ist ein Ansatz, auf Grundlage international vergleichender Erhebungen zu untersuchen, inwiefern die in der vorliegenden Arbeit gewonnenen Erkenntnisse auch auf andere Länder zutreffen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht zu HSPA generell, und dabei insbesondere hinsichtlich der Patientenorientierung in Gesundheitssystemen. Da die Untersuchung der HSR insgesamt zunehmend als ein Mittel zur Informationsgewinnung für Maßnahmen zur Gesundheitsversorgung bewertet wird (Valentine, Prasad, Rice, Robone & Chatterji,

2009), bleibt zu untersuchen, ob und in welchem Ausmaß Versorgung dadurch verbessert werden kann, dass Patient*innen als wesentliche Akteure in deren Gestaltung einbezogen werden. Auch gilt es, die Interdependenz der Patientenorientierung mit den anderen beiden übergeordneten Gesundheitssystemzielen zu beachten, und zu fragen, welche Wechselwirkungen zwischen den drei Zielen bestehen.

Fazit

Mit dieser Arbeit wurden auf Grundlage einer bevölkerungsweiten Befragung HSR in der haus- und fachärztlichen Versorgung aus Sicht der Patient*innen sowie die Differenzen zwischen den Patientengruppen in der Bewertung der HSR identifiziert. Damit wurde ein Beitrag zur Messung der Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems erbracht.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Interaktion zwischen Patient*innen und Haus- und Fachärzt*innen hinsichtlich Freundlichkeit, Kommunikation, Vertrauen und Autonomie mehrheitlich als sehr gut bewertet wird. Die Diskretion in der Arztpraxis wird dagegen sowohl bei Haus- als auch Facharztbesuchen bedeutend kritischer beurteilt.

Die Betrachtung der Befunde zu den sozialen Determinanten offenbart einen Bedarf an Maßnahmen, die die nicht-medizinischen und nicht-finanziellen Erfahrungen der Patient*innen unter 35 Jahren, mit mittlerem und höherem Schulabschluss sowie mit aktuellen gesundheitlichen Beschwerden während der Arztkonsultationen verbessern.

Obwohl HSR bereits seit über einem Jahrzehnt international erforscht wird, hat sie in der Versorgungsforschung zum deutschen Gesundheitssystem bislang vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit erhalten. Dadurch bleiben zahlreiche theoretisch-konzeptionelle und empirische Fragen, die über die grundlegende Messung der Gesamtniveaus hinausgehen, offen. Aufgrund der Entwicklung, systematisches HSPA sowohl für einzelne Gesundheitssysteme als auch system-vergleichend durchzuführen, ist jedoch davon auszugehen, dass die differenzierte Untersuchung der HSR in Deutschland und international zukünftig weiterhin an Bedeutung gewinnen wird und damit Antworten auf zentrale Fragen erarbeitet werden.

Die vorgestellten Resultate bilden eine Beschreibung der gegenwärtigen Versorgungsqualität in Deutschland ab und können für eine verbesserte Ausgestaltung der Versorgung genutzt werden.

Eigenbeitrag

Mein Beitrag in der Erarbeitung der Publikation, auf der diese Dissertationsschrift basiert, bestand aus einer Reihe selbst erbrachter Leistungen, die im Folgenden zusammenfassend dargestellt sind.

Zunächst hatte ich durch den Austausch mit Mitarbeiter*innen der KBV sowie des IMSR die Idee, das nach eigener Wahrnehmung im deutschen Versorgungskontext unterforschte Thema Health System Responsiveness wissenschaftlich zu bearbeiten. Dazu habe ich das Konzept und seine Einordnung eingehend studiert. Damit einher ging eine Literaturrecherche zu dem Thema, mittels derer ich den aktuellen Forschungsstand in Deutschland und international sowie vorhandene Forschungslücken herausarbeiten konnte. Neben dem konzeptionellen Verständnis umfasste dies auch eine Sichtung der aktuellsten Ergebnisse vorhandener empirischer Studien sowie Instrumente, mit denen diese Ergebnisse zu HSR erhoben wurden. Eine Erkenntnis dieser Recherche war, dass im Zeitraum 2012 bis 2016 das RAC-Forschungsprojekt am HECOR gefördert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung durchgeführt wurde. Nach meiner Kontaktaufnahme zu den Verantwortlichen dieses Projektes, konnte ich mich in Arbeitstreffen insbesondere mit Frau Dr. Julia Röttger als RAC-Projektverantwortliche über Ergebnisse und mögliche Anschlussfragen aus dieser Forschung beraten. Aus den darauffolgenden Überlegungen habe ich schließlich die übergeordnete, meine Forschung leitende Fragestellung in engem Austausch mit meiner Promotionsbetreuerin Frau Dr. Susanne Schnitzer formuliert. Gleichzeitig habe ich über meine Tätigkeit in der Abteilung für Patientenorientierung der KBV sichergestellt, dass diese Fragen in die für Frühjahr 2016 geplante bevölkerungsweite Versichertenbefragung der KBV Eingang fanden. Ferner habe ich den Vergabeprozess, mit dem die FGW zur Durchführung der Versichertenbefragung durch die KBV beauftragt wurde, begleitet.

Nach dem Beschluss, die Leistung an die FGW zu vergeben, bildete ich Teil einer Arbeitsgruppe von KBV, IMSR und FGW, die die Fragen zu den zu erhebenden HSR-Dimensionen für den Fragebogen so ausformulierte, wie sie in der Versichertenbefragung im Feld gestellt werden sollten. Dabei habe ich explizit darauf geachtet, bei der Anpassung der Fragen an das deutsche Gesundheitsversorgungssystem sowie für die telefonische Befragung, anhand derer der Fragebogen im Feld eingesetzt wurde, diese

Fragen so identisch wie möglich zu den englischsprachigen Originalfragen der WHO zu halten.

Nachdem die Befragung im Zeitraum 21. März bis 2. Mai 2016 durchgeführt worden war, habe ich die Daten von der FGW erhalten. Den Datensatz habe ich daraufhin für die Analysen aufbereitet. Anschließend habe ich die statistische Datenanalyse in engem Austausch mit Frau Dr. Susanne Schnitzer nach den beschriebenen Verfahren ausgeführt.

Auf Grundlage dieser Analyseergebnisse habe ich mit der Erarbeitung des Manuskripts begonnen. Dieses habe ich dabei vollständig und selbständig in englischer Sprache entworfen. Die Rückmeldungen und Hinweise der Ko-Autor*innen habe ich in die finale Version eingearbeitet. In der konzeptionellen Erarbeitung und technischen Ausarbeitung des Manuskripts habe ich einen Gesamtanteil von 80 % geleistet, und die Arbeitsergebnisse mit den Ko-Autor*innen konstant rückgekoppelt. Während dieses Prozesses habe ich auf verschiedenen wissenschaftlichen Fachkongressen die Gelegenheit genutzt, die HSR-Ergebnisse der Befragung und Zwischenergebnisse des Manuskripts vorzustellen, wodurch sich mir die Möglichkeit bot, Anmerkungen, Kritikpunkte und Ideen in das Manuskript aufzunehmen.

Nach Fertigstellung des Manuskripts habe ich dieses schließlich im Januar 2018 bei dem Journal Patient Education and Counseling eingereicht. Die Ergebnisse des Review-Verfahrens habe ich im Mai 2018 erhalten, die Änderungsempfehlungen eingearbeitet und in einem Austausch mit den Ko-Autor*innen rückgekoppelt. Im Juli 2018 habe ich das Manuskript erneut eingereicht und im August 2018 die Mitteilung erhalten, dass dieses zur Veröffentlichung angenommen wurde.

Das Manuskript wurde im August 2018 online in Open-Access-Form und in der Druckausgabe des Journals im Januar 2019 (Volume 102, Issue 1) auf den Seiten 162–171 veröffentlicht.

Literaturverzeichnis

- (1) Adesanya, T., Gbolahan, O., Ghannam, O., Miraldo, M., Patel, B., Verma, R. & Wong, H. (2012). Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria. *Journal of Public Health Research*, 1, 2–6.
- (2) Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J. & Klazinga, N.S. (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, 5–13.
- (3) Ärzte Zeitung (2018). *Patientenbedürfnisse stärker berücksichtigen*. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/973414/versorgungsforscher-patientenbeduerfnisse-staerker-beruecksichtigen.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-10-12.Versorgungsforschung.x [12.01.19].
- (4) Bundesärztekammer (2017). *Ärztestatistik 2016: Die Schere zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten öffnet sich*. Verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/> [12.01.19].
- (5) Coulter, A. & Jenkinson, C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health*, 15, 355–360.
- (6) Darby, C., Valentine, N.B., Murray, C.J.L. & De Silva, A. (2000). *World Health Organization (WHO): Strategy on measuring responsiveness*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf> [12.01.19].
- (7) De Silva, A. (2000). *A framework for measuring responsiveness*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf> [12.01.19].
- (8) Faller, H. & Lang, H. (2016). *Medizinische Psychologie und Soziologie*. Heidelberg: Springer.

- (9) Gakidou, E., Murray, C.J.L. & Evans, D.B. (2003). Quality and equity: preferences for health system outcomes. In C.J.L. Murray & D.B. Evans (Hrsg.), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism* (S. 667–675). Genf: World Health Organization.
- (10) Geyer, S. (2010). Research on social determinants and health: what sorts of data do we need? *International Journal of Public Health*, 55 (1), 1–3.
- (11) Hradil, S. (2005). *Soziale Ungleichheit in Deutschland* (8. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- (12) IBM Corp. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- (13) Jones, A.M., Rice, N., Robone, S. & Dias, P.R. (2011). Inequality and polarisation in health systems' responsiveness: a cross-country analysis. *Journal of Health Economics*, 30, 616–625.
- (14) Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2015). Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, 238–44.
- (15) Mirzoev, T. & Kane, S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Global Health*, 2, e000486.
- (16) Murray, C.J.L. & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), 717–731.
- (17) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2015). *Health at a glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- (18) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2017). *Spending on health: latest trends*. Verfügbar unter <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf> [12.01.19].

- (19) Peltzer, K. & Phaswana-Mafuya, N. (2012). Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Global Health Action*, 27, 1–11.
- (20) Petek, D., Künzi, B., Kersnki, J., Szecsenyi, J. & Wensing, M. (2011). Patients' evaluations of European general practice – revisited after 11 years. *International Journal for Quality in Health Care*, 23, 621–628.
- (21) Rice, N., Robone, S. & Smith, P.C. (2008). *The measurement and comparison of health system responsiveness. HEDG working paper*. Verfügbar unter https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/herc/wp/08_05.pdf [12.01.19].
- (22) Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2. Aufl.) (S. 13–34). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- (23) Robone, S., Rice, N. & Smith, P.C. (2011). Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. *Health Services Research*, 46, 2079–2100.
- (24) Röttger, J., Blümel, M., Fuchs, S. & Busse, R. (2014). Assessing the responsiveness of chronic disease care – is the World Health Organization's concept of health system responsiveness applicable? *Social Science & Medicine*, 113, 87–94.
- (25) Röttger, J., Blümel, M., Köppen, J. & Busse, R. (2016). Forgone care among chronically ill patients in Germany – results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. *Health Policy*, 120, 170–178.
- (26) Röttger, J. & Busse, R. (2016). How do chronically ill patients rate medical care by their gps and specialists? Results of a Germany-wide survey. *Das Gesundheitswesen*, 78, 89–96.
- (27) Salomon, J.A., Tandon, A. & Murray, C.J.L. (2001). Using vignettes to improve cross-population comparability of health surveys: concepts, design, and evaluation techniques. Verfügbar unter <https://pdfs.semanticscholar.org/cb06/bd407370dd74371c5102e2ca259dd94f1e8f>.

pdf?_ga=2.250353414.1813112956.1547322241-1018800643.1547322241
[12.01.19].

- (28) Schlette, S., Blum, K. & Busse, R. (2009). *Gesundheitspolitik in Industrieländern* 12. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- (29) Schnitzer, S., Tille, F., Balke, K. & Kuhlmei, A. (2016). Gesundheitsförderliches Verhalten in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 95–102.
- (30) Schnitzer, S. (2013). *Soziale Ungleichheit in der medizinischen Versorgung*. Veröffentlichte Dissertation, Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- (31) Smith, P.C., Mossialos, E., Papanicolas, I. & Leatherman, S. (2009). Introduction. In P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas & S. Leatherman (Hrsg.), *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects* (S. 3–24). Cambridge: University Press.
- (32) Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2017). Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 126, 52–65.
- (33) Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2018). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling*, 102 (1), 162–171.
- (34) Üstün, T.B., Chatterji, S., Villanueva, M., Bendib, L., Çelik, C., Sadana, R., Valentine, N., Ortiz, J., Tandon, A., Salomon, J., Cao, Y., Jun, X.W., Özaltin, E., Mathers, C. & Murray, C.J.L. (2001). *WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000–2001*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthinfo/survey/whspaper37.pdf> [12.01.19].
- (35) Valentine, N.B., Bonsel, G.J. & Murray, C.J.L. (2007). Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. *Quality of Life Research*, 16, 1107–1125.

- (36) Valentine, N.B. & Bonsel, G.J. (2016). Exploring models for the roles of health systems' responsiveness and social determinants in explaining universal health coverage and health outcomes. *Global Health Action*, 9, 29329.
- (37) Valentine, N.B., Darby, C. & Bonsel, G.J. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science & Medicine*, 66, 1939–1950.
- (38) Valentine, N.B., De Silva, A., Kawabata, K., Darby, C., Murray, C.J.L. & Evans, D.B. (2003a). Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization. In C.J.L. Murray & D.B. Evans (Hrsg.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (S. 573–596). Genf: World Health Organization.
- (39) Valentine, N.B., De Silva, A. & Murray, C.J.L. (2000). *Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthinfo/paper22.pdf> [12.01.19].
- (40) Valentine, N.B., Lavallée, R., Liu, B., Bonsel, G.J. & Murray, C.J.L. (2003b). Classical psychometric assessment of the responsiveness instrument in the WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000–2001. In C.J.L. Murray & D.B. Evans (Hrsg.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (S. 597–629). Genf: World Health Organization.
- (41) Valentine, N.B., Ortiz, J.P., Tandon, A., Kawabata, K., Evans, D.B., Murray, C.J.L. & Evans, D.B. (2003c). Patient experiences with health services: population surveys from 16 OECD countries. In C.J.L. Murray & D.B. Evans (Hrsg.), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism* (S. 643–652). Genf: World Health Organization.
- (42) Valentine, N.B., Prasad, A., Rice, N., Robone, S. & Chatterji, S. (2009). Health systems responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective. In P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas & S. Leatherman (Hrsg.), *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects* (S. 138–179), Cambridge: University Press.

- (43) von dem Knesebeck, O., Bauer, U., Geyer, S. & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 71, 59–62.
- (44) World Health Organization (WHO) (2000). *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Genf: World Health Organization.
- (45) World Health Organization (WHO) (2003a). *World Health Survey*. Verfügbar unter <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/> [12.01.19].
- (46) World Health Organization (WHO) (2003b). *World Health Survey – Germany*. Verfügbar unter <http://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/123> [12.01.19].
- (47) Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2017). *Zi-Studie zum Wandel in der Versorgung: Ambulante Behandlungen nehmen zu, Belegungstage im Krankenhaus nehmen leicht ab*. Verfügbar unter <http://www.zi.de/cms/presse/2017/26-juli-2017/> [12.01.19].

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Florian Tille, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

„Patientenorientierung in der haus- und fachärztlichen Versorgung – eine Untersuchung der Health System Responsiveness in Deutschland“ (englischer Titel: „Assessing Health System Responsiveness in Germany – Patient Centeredness in Primary and Specialist Care“)

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

15. Oktober 2019

Florian Tille

Anteilerklärung an der erfolgten Publikation

Florian Tille hatte an der folgenden Publikation folgenden Anteil:

Publikation:

Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2018). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling*, 102 (1), 162–171. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.020.

80 Prozent

Beitrag im Einzelnen:

- Erstellung des Forschungskonzepts und Festlegung der übergeordneten Fragestellung;
- Literaturrecherche;
- Formulierung der Forschungsfragen;
- Beteiligung an der Ausschreibung der telefonischen Befragung zur Datensammlung;
- Beteiligung an der Anpassung des validierten Forschungsinstruments an das deutsche Gesundheitswesen;
- Beteiligung an der Fragebogenentwicklung, Bildung der Items;
- Datenaufbereitung und Auswahl des geeigneten methodischen Verfahrens zur Datenanalyse;
- statistische Auswertung der Befragungsdaten;
- Manuskripterstellung in englischer Sprache.

Florian Tille

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2017** Selected Editions: SCIE
 Selected Categories: **"Public, Environmental and Occupational Health"**
 Selected Category Scheme: WoS
Gesamtanzahl: 180 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	Lancet Global Health	4,455	18.705	0.024320
2	MMWR-MORBIDITY AND MORTALITY WEEKLY REPORT	24,208	12.888	0.091830
3	Annual Review of Public Health	5,847	9.491	0.009010
4	INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	21,401	8.360	0.046420
5	ENVIRONMENTAL HEALTH PERSPECTIVES	39,741	8.309	0.043990
6	EPIDEMIOLOGIC REVIEWS	3,422	7.583	0.003580
7	EUROPEAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	7,281	7.023	0.016240
8	BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION	15,375	6.361	0.018360
9	JOURNAL OF TOXICOLOGY AND ENVIRONMENTAL HEALTH-PART B-CRITICAL REVIEWS	1,665	6.333	0.001750
10	EPIDEMIOLOGY	12,660	4.991	0.020120
11	INTERNATIONAL JOURNAL OF HYGIENE AND ENVIRONMENTAL HEALTH	4,282	4.848	0.006360
12	ENVIRONMENTAL RESEARCH	13,420	4.732	0.021790
13	CANCER EPIDEMIOLOGY BIOMARKERS & PREVENTION	19,976	4.554	0.029440
14	Travel Medicine and Infectious Disease	1,230	4.450	0.003610
15	INDOOR AIR	4,382	4.396	0.004930
16	AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	37,368	4.380	0.066190
17	Environmental Health	4,486	4.376	0.010680
18	AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	37,181	4.322	0.042230
19	NICOTINE & TOBACCO RESEARCH	8,476	4.291	0.022120
20	JOURNAL OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY	24,063	4.245	0.027230
21	Journal of Global Health	754	4.195	0.003280
22	TOBACCO CONTROL	6,643	4.151	0.015560
23	AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE	20,455	4.127	0.039330
24	JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH	14,174	4.098	0.026400

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
25	JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY AND COMMUNITY HEALTH	13,779	3.973	0.018340
26	OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE	8,486	3.965	0.010280
27	Clinical Epidemiology	2,200	3.799	0.009690
28	PALLIATIVE MEDICINE	4,636	3.780	0.008580
29	NEUROEPIDEMIOLOGY	3,261	3.697	0.005640
30	DRUG SAFETY	4,856	3.585	0.006600
31	Antimicrobial Resistance and Infection Control	820	3.568	0.003260
32	PREVENTIVE MEDICINE	14,479	3.483	0.027380
33	JOURNAL OF HOSPITAL INFECTION	7,523	3.354	0.010450
34	MEDICAL CARE	18,853	3.338	0.022590
35	Conflict and Health	543	3.305	0.002010
36	INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY	10,374	3.084	0.019450
37	Journal of Exposure Science and Environmental Epidemiology	3,391	3.083	0.004840
38	Globalization and Health	1,516	3.031	0.004670
39	SOCIAL SCIENCE & MEDICINE	40,645	3.007	0.051980
40	HEALTH & PLACE	5,894	3.000	0.011380
41	ENVIRONMENTAL GEOCHEMISTRY AND HEALTH	2,841	2.994	0.003110
42	Cancer Epidemiology	2,796	2.888	0.009460
43	TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE	8,744	2.820	0.006100
44	ANNALS OF EPIDEMIOLOGY	6,531	2.804	0.010340
45	SCANDINAVIAN JOURNAL OF WORK ENVIRONMENT & HEALTH	4,874	2.792	0.004830
46	PATIENT EDUCATION AND COUNSELING	11,985	2.785	0.016290
47	EUROPEAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	5,511	2.782	0.013330
48	CANCER CAUSES & CONTROL	7,748	2.728	0.013250
49	JOURNAL OF TOXICOLOGY AND ENVIRONMENTAL HEALTH-PART A-CURRENT ISSUES	4,136	2.706	0.003640
50	JOURNAL OF MEDICAL SCREENING	1,263	2.689	0.002710
51	Economics & Human Biology	1,625	2.675	0.003780

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
52	International Journal of Public Health	2,468	2.617	0.006910
53	Health Reports	1,293	2.571	0.001630
54	AMERICAN JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE AND HYGIENE	21,185	2.564	0.028120
55	TROPICAL MEDICINE & INTERNATIONAL HEALTH	7,679	2.541	0.012950
56	Translational Behavioral Medicine	1,037	2.521	0.003870
57	BIOMEDICAL AND ENVIRONMENTAL SCIENCES	2,001	2.518	0.003060
57	JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY	2,649	2.518	0.005210
59	LGBT Health	472	2.514	0.002260
60	PAEDIATRIC AND PERINATAL EPIDEMIOLOGY	3,000	2.508	0.006010
61	International Journal of Health Geographics	2,295	2.500	0.003510
62	PUBLIC HEALTH NUTRITION	12,113	2.485	0.019810
63	BMC PUBLIC HEALTH	31,232	2.420	0.082470
63	INJURY PREVENTION	3,127	2.420	0.004740
65	QUALITY OF LIFE RESEARCH	11,646	2.392	0.018940
66	PHARMACOEPIDEMIOLOGY AND DRUG SAFETY	5,693	2.314	0.013360
67	Prehospital Emergency Care	2,162	2.269	0.003750
68	Journal of Developmental Origins of Health and Disease	775	2.215	0.002420
69	PSYCHIATRIC SERVICES	10,185	2.205	0.014640
70	HEALTH EXPECTATIONS	2,524	2.173	0.005370
71	VECTOR-BORNE AND ZOO NOTIC DISEASES	3,711	2.171	0.007700
72	INTERNATIONAL ARCHIVES OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH	4,090	2.148	0.004510
73	International Journal of Environmental Research and Public Health	13,242	2.145	0.033050
74	Journal of Infection and Public Health	896	2.118	0.002430
75	JOURNAL OF WOMENS HEALTH	4,719	2.097	0.009590
76	EPIDEMIOLOGY AND INFECTION	8,424	2.044	0.016570
77	Reproductive Health	1,896	2.014	0.006330
78	COMMUNITY DENTISTRY AND ORAL EPIDEMIOLOGY	4,134	1.992	0.003400
79	JOURNAL OF SCHOOL HEALTH	3,404	1.935	0.004180
80	STATISTICS IN MEDICINE	23,519	1.932	0.033050

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
81	AMERICAN JOURNAL OF INFECTION CONTROL	7,726	1.929	0.016510
82	REVISTA DE SAUDE PUBLICA	4,097	1.911	0.003930
83	Global Health Action	2,393	1.906	0.008850
84	Annals of Global Health	458	1.891	0.001850
85	AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	3,069	1.889	0.003810
86	Public Health Genomics	674	1.867	0.001910
87	HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL	2,988	1.866	0.003130
88	Disability and Health Journal	979	1.863	0.002890
89	Preventing Chronic Disease	4,250	1.862	0.014530
90	Journal of Occupational Medicine and Toxicology	780	1.859	0.001230
91	HIGH ALTITUDE MEDICINE & BIOLOGY	1,119	1.854	0.001930
92	Noise & Health	1,196	1.842	0.002020
93	JOURNAL OF TRAVEL MEDICINE	1,572	1.800	0.002670
94	International Health	674	1.797	0.002600
95	Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada-Research Policy and Practice	115	1.796	0.000360
96	JOURNAL OF BEHAVIORAL HEALTH SERVICES & RESEARCH	1,045	1.769	0.002030
97	ETHNICITY & HEALTH	1,158	1.766	0.001930
98	JOURNAL OF RURAL HEALTH	1,602	1.762	0.002560
99	JOURNAL OF URBAN HEALTH-BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE	3,674	1.738	0.005620
100	AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE	5,429	1.729	0.005360
101	Pathogens and Global Health	596	1.703	0.002420
102	JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	2,482	1.670	0.005580
103	SCANDINAVIAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH	4,673	1.646	0.005450
104	Asian Pacific Journal of Tropical Medicine	2,368	1.634	0.004850
105	ANNALS OF OCCUPATIONAL HYGIENE	3,227	1.615	0.003210
106	PUBLIC HEALTH REPORTS	5,312	1.605	0.006600
107	Psychology Health & Medicine	1,949	1.589	0.002870

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
108	Gaceta Sanitaria	1,399	1.581	0.001850
109	EUROPEAN JOURNAL OF CONTRACEPTION AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE	954	1.558	0.002160
110	JOURNAL OF CANCER EDUCATION	1,626	1.547	0.003840
111	Tobacco Induced Diseases	436	1.539	0.001010
112	JOURNAL OF HEALTH POPULATION AND NUTRITION	1,771	1.532	0.002280
113	ANNALS OF HUMAN BIOLOGY	2,066	1.531	0.002600
114	OCCUPATIONAL MEDICINE- OXFORD	3,187	1.482	0.003130
115	JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HYGIENE	1,726	1.462	0.002460
116	PUBLIC HEALTH	4,017	1.441	0.007890
117	FLUORIDE	1,027	1.438	0.000410
118	JOURNAL OF PUBLIC HEALTH DENTISTRY	1,454	1.436	0.001570
119	INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL HEALTH RESEARCH	1,069	1.433	0.001300
121	Environmental Health and Preventive Medicine	1,015	1.376	0.001640
122	JOURNAL OF PUBLIC HEALTH POLICY	957	1.375	0.001800
123	International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health	1,217	1.367	0.001960
124	JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE	6,233	1.355	0.007850
125	INTERNATIONAL JOURNAL OF TECHNOLOGY ASSESSMENT IN HEALTH CARE	2,137	1.333	0.002990
126	Journal of Agromedicine	611	1.322	0.000900
127	Epidemiologia & Prevenzione	609	1.289	0.001160
128	JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH	2,836	1.285	0.001750
129	REVIEWS ON ENVIRONMENTAL HEALTH	916	1.284	0.001030
130	JOURNAL OF RADIOLOGICAL PROTECTION	984	1.274	0.002030

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
130	Traffic Injury Prevention	1,904	1.274	0.004860
132	JOURNAL OF ENVIRONMENTAL SCIENCE AND HEALTH PART B- PESTICIDES FOOD CONTAMINANTS AND AGRICULTURAL WASTES	2,111	1.273	0.002000
133	TOXICOLOGY AND INDUSTRIAL HEALTH	2,132	1.255	0.002410
134	Sexual Health	1,046	1.246	0.002680
135	Journal of Arthropod-Borne Diseases	244	1.231	0.000700
136	Geospatial Health	531	1.225	0.001510
137	Disaster Medicine and Public Health Preparedness	843	1.220	0.002020
138	Diving and Hyperbaric Medicine	307	1.197	0.000470
139	INTERNATIONAL JOURNAL OF OCCUPATIONAL AND ENVIRONMENTAL HEALTH	992	1.195	0.001270
140	PUBLIC HEALTH NURSING	1,268	1.163	0.001390
141	WILDERNESS & ENVIRONMENTAL MEDICINE	1,082	1.161	0.001400
142	ANNALI DELL ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA	912	1.158	0.001300
142	INDOOR AND BUILT ENVIRONMENT	1,289	1.158	0.001650
144	Malawi Medical Journal	410	1.123	0.001080
145	Arhiv za Higijenu Rada i Toksikologiju-Archives of Industrial Hygiene and Toxicology	640	1.117	0.000840
146	ANNALS OF AGRICULTURAL AND ENVIRONMENTAL MEDICINE	1,825	1.116	0.003010
147	INDUSTRIAL HEALTH	1,764	1.115	0.001850
148	Rural and Remote Health	1,358	1.096	0.002440
149	Public Health Ethics	283	1.083	0.000610
150	Families Systems & Health	792	1.077	0.001230
151	International Journal of Circumpolar Health	940	1.055	0.001700
152	ETHNICITY & DISEASE	2,002	1.053	0.001860
152	Iranian Journal of Public Health	1,701	1.053	0.002920
154	Asia-Pacific Journal of Public Health	1,284	1.013	0.002820
155	HEALTH PHYSICS	3,981	0.993	0.003220

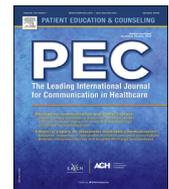
156	Cadernos de Saude Publica	5,157	0.971	0.005190
157	Australian Journal of Primary Health	764	0.935	0.001260
158	Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz	2,069	0.901	0.003790
159	MEDICC Review	293	0.900	0.000810
160	Aerospace Medicine and Human Performance	249	0.889	0.000570
161	Australian Journal of Rural Health	973	0.858	0.001230
162	JOURNAL OF ENVIRONMENTAL HEALTH	794	0.850	0.001240
163	RADIATION PROTECTION DOSIMETRY	5,823	0.822	0.006310
164	SOUTHEAST ASIAN JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH	2,818	0.817	0.001990
165	AJAR-African Journal of AIDS Research	444	0.810	0.000920
166	Central European Journal of Public Health	577	0.800	0.000870
167	Medicina del Lavoro	398	0.741	0.000370
168	EASTERN MEDITERRANEAN HEALTH JOURNAL	1,971	0.717	0.002070
169	REVUE D EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE	796	0.716	0.001100
170	Anales del Sistema Sanitario De Navarra	286	0.622	0.000150
171	MEDYCYNA PRACY	407	0.610	0.000490
172	TROPICAL DOCTOR	852	0.565	0.000880
173	Puerto Rico Health Sciences Journal	347	0.558	0.000520
174	Ethiopian Journal of Health Development	547	0.256	0.000190
175	Sante Publique	269	0.249	0.000430
176	Journal of Mens Health	200	0.231	0.000170
177	RADIOPROTECTION	260	0.225	0.000240
178	Journal of Nepal Medical Association	240	0.183	0.000190
179	Archives des Maladies Professionnelles et de l Environnement	145	0.145	0.000060
180	Annals of Work Exposures and Health	41	Not Available	0.000000

Copyright © 2018 Clarivate Analytics



Contents lists available at ScienceDirect

Patient Education and Counseling

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pateducou

Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany

Florian Tille^{a,b,*}, Julia Röttger^c, Bernhard Gibis^b, Reinhard Busse^c, Adelheid Kuhlmeier^a, Susanne Schnitzer^a

^a Charité Berlin University of Medicine (Charité – Universitätsmedizin Berlin), Department of Medical Sociology and Rehabilitation Science, Berlin, Germany

^b National Association of Statutory Health Insurance Physicians of Germany (Kassenärztliche Bundesvereinigung), Berlin, Germany

^c Technical University of Berlin (Technische Universität Berlin), Berlin Centre for Health Economics Research and Department of Health Care Management, Berlin, Germany

ARTICLE INFO

Article history:

Received 8 January 2018

Received in revised form 26 July 2018

Accepted 16 August 2018

Keywords:

Health system responsiveness

Ambulatory care

General practitioners

Specialists

Social determinants

Health equity

Health survey

Germany

ABSTRACT

Objective: To identify overall levels of health system responsiveness and the associations with social determinants for ambulatory health care in Germany from a user perspective.

Methods: This analysis drew on a 2016 health survey sample of 6113 adults in Germany. Responsiveness was measured for general practitioners (GPs) and specialists (SPs) along the domains trust, dignity, confidentiality, autonomy and communication. Bivariate and multivariate logistic regression techniques were applied.

Results: Over 90% of all patients assessed their last GP and SP visit as good regarding trust, dignity, autonomy and communication, but only half for confidentiality in the doctor office (GP visits: 50.3%; SP visits: 52.4%). For GP visits, patients' young age of 18–34 years showed most associations with poor assessment of the domains, for SP visits a current health problem as the reason for the last consultation. **Conclusion:** While overall responsiveness levels for ambulatory care are high, ratings of confidentiality are distressing. Particularly patients' young age and bad health are associated with a poor assessment of responsiveness.

Practice implications: Measures to improve doctor office infrastructure and to enhance responsiveness towards patients under the age of 35 years and those with health problems are vital to increase responsiveness.

© 2018 The Authors. Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

1. Introduction

The World Health Organization (WHO) identifies population health, financial risk protection and responsiveness as the three key outcomes on which to judge the performance of health systems [1–5]. Of these, health system responsiveness indicates the ability of a health system to meet the population's legitimate expectations regarding non-medical and non-financial aspects of the care process [6–9]. This quality aspect of users' interactions with the health care system and its services relates to notions of user and patient centeredness [10–12], directly impacting on people's well-being [3,4]: A responsive health system is considered to contribute to individual and collective health enhancement by being more conducive for individuals to seek medical care, to

disseminate relevant information to their health care providers and to comply with their medical treatments [1,2,4,13–15].

The concept of health system responsiveness was first developed and empirically studied in international comparative analyses by the WHO in the early 2000s, i.e. the Multi Country Survey Study (MCSS) [16] and the World Health Survey (WHS) [12,17]. Further study led to its categorization into two major dimensions relevant for all health systems [1,9,18,19]: 1) “respect for persons”, encompassing the qualitative domains dignity, confidentiality, autonomy and communication in the doctor-patient interaction, and 2) “client-orientation”, referring to choice, prompt attention, quality of basic amenities and social support. While the conceptual basis and operationalization of health system responsiveness have been comprehensively described elsewhere [4,13,18], recent qualitative and quantitative analysis by the Berlin Centre for Health Economics Research (HECOR) through the project Responsiveness in Ambulatory Care (RAC) assessed the concept's applicability to the ambulatory care setting in Germany [18,20,21]. As one central finding, adding the domain of trust to the dimension “respect for persons” was suggested [18].

* Corresponding author at: Herbert-Lewin-Platz 2, 10623, Berlin, Germany.
E-mail address: florian.tille@charite.de (F. Tille).

Further international research, e.g. by Mirzoev and Kane, confirmed this proposition [2].

In Germany, despite comprehensive analyses of responsiveness levels, past studies did not differentiate between the two groups providing ambulatory care – general practitioners (GPs) and specialists (SPs) – [16,17], who may systematically differ in their assessed responsiveness [20]. RAC performed differentiation analysis, but exclusively studied chronically ill persons insured by one statutory health insurance body [ibid.]. Consequently, the level and distribution of responsiveness [4,7] of the ambulatory care sector in the view of Germany's general population remain largely unexplored [6,10,20], although these are crucial performance indicators of a health care system [7,13,22–24]: First, the average level of responsiveness across the population displays the overall quality of the interactions between health system users and their health care providers [2,7,13]. Second, similarly as with health, beyond the overall achievement of responsiveness an analysis of its distribution along the social determinants is of relevance. Differences concerning these across individuals may indicate that a health system responds differently to the population's sub-groups [2,4,7,13,22,23,25]. As individuals with poorer assessment of the system's responsiveness are more likely to refrain from seeking and receiving adequate care [8,12], these differences may result in health disadvantages through non-medical aspects for certain groups of the population, unveiling issues of health system equity [13–15,22,23].

This article aims to fill this research gap by answering two questions:

- 1) What is the overall assessment of the domains of the responsiveness dimension “respect for persons” for the two groups of ambulatory care providers – GPs and SPs – in Germany?, and
- 2) What associations are there between social determinants and the assessment of these domains?

Scrutiny of the overall levels of and the differences between sub-groups in the patients' assessment of health system responsiveness contributes to measuring Germany's health care system performance [22,23,26].

2. Methods

The following analysis draws on household data collected by the cross-sectional national health survey *Versichertenbefragung* by the German National Association of Statutory Health Insurance Physicians (*Kassenärztliche Bundesvereinigung*) [27,28].

2.1. Study instrument

This survey has been conducted annually since 2006 in cooperation with Charité – Berlin University of Medicine and in 2016 included for the first time targeted questions on all domains of the responsiveness dimension “respect for persons”: dignity (respectful treatment), confidentiality (privacy of patient personal information), autonomy (patient involvement in decision-making on care), communication (care provider's clarity in conveying information) and trust (consultation and treatment in patients' interest) [2,18,27]. These questions built upon the MCSS and WHS questionnaires, which had been checked for validity and instrument reliability for ambulatory care [4,8,29–31]. An expert group of Charité, KBV, HECOR and the research company Forschungsgruppe Wahlen (FGW) representatives drafting the survey questionnaire slightly modified the WHO's original responsiveness questions in order to adapt them to the organization of ambulatory care in Germany as well as to a telephone interview design, analogous to other national responsiveness studies [32]. To assure a high level of validity and reliability of the instrument the wording was kept as exact to the original as possible. The survey questions are shown in Table 1.

2.2. Study population and sampling design

The survey sample was drawn from the population of all German-speaking persons aged 18 years old and above living in a household with a landline phone connection in Germany. Generating this random sample included regional stratification of the population, random selection of landline phone numbers through randomized last digit dialing, and random selection of the contact person for the phone interview via the last birthday method [28,33]. The computer-assisted telephone interviews (CATI) were conducted in German by the FGW from 21 March to 2 May 2016. Data weighting included transformations regarding the number of landlines per household and the number of persons per household. The survey sample was also weighted for the parameters sex, age and education according to their nominal distributions across the adult population in Germany [28,33].

2.3. Variables

2.3.1. Dependent variables

Survey participants were asked to assess the aforementioned domains of responsiveness with regard to their last doctor visit in the previous twelve months. The answers were measured on a four-point ordinal scale ranging from “very good” through “very

Table 1
Responsiveness questions (original and translated wording) and item properties in the survey.

Wording and translation of questions on health system responsiveness in the 2016 <i>Versichertenbefragung</i> ^a		
Domain	Original wording in German	English translation
Trust	Wenn Sie an das Vertrauensverhältnis zu diesem Arzt denken: Ist das ...	How would you rate your level of trust in your doctor?
Dignity	Und wie war die Freundlichkeit des Arztes Ihnen gegenüber?	And how would you rate your doctor's friendliness?
Confidentiality	Und wie waren die Möglichkeiten, in der Praxis mit den Mitarbeitern am Empfang vertraulich reden zu können, also ohne dass andere mithören konnten?	And how would you rate patient confidentiality in your doctor's practice, i. e. when interacting with staff, could other patients hear your conversation?
Autonomy	Wie waren die Möglichkeiten, über Ihre Behandlung nach Ihren eigenen Vorstellungen mitzuzentscheiden?	How would you rate the extent to which you were involved in decision-making about your treatment?
Communication	Wie verständlich waren die Erklärungen des Arztes?	How would you rate the clarity of your doctor's explanations?
Answer categories	<ul style="list-style-type: none"> • Sehr gut • Gut • Weniger gut • Überhaupt nicht gut 	<ul style="list-style-type: none"> • Very good • Good • Poor • Very poor

^a The respondents were informed that all questions asked for their subjective assessment and that the questions referred to their experience based on their last doctor office visit in the previous 12 months.

poor". Similar to the MCSS and other studies, the answers were dichotomized into "good" (combining responses "very good" and "good") and "poor" (responses "poor" and "very poor") for further analysis [29,34–36].

2.3.2. Independent variables

We included age and gender (so-called *non-modifiable factors* [37]) as well as educational status, occupational status, population of place of residence and type of health insurance (*modifiable factors* [ibid.]) as social determinants of inequality in the analysis (see Table 2). The health-related factors self-assessed health status, suffering from chronic disease, disability and reason for last doctor consultation were considered as social determinants of a hybrid form. Age was surveyed categorically and subsumed into young (18 to 34 years), middle (35 to 64 years) and old age (65 years and above) for the analyses, with the lower (18) and upper boundaries (65) chosen in analogy to studies based on WHS and MCSS data [11,38]. The age of 65 years further constitutes the age of retirement in Germany and hence a biographical cut that potentially affects individual health [39]. Due to the large sub-

sample size, the mid-aged group was further divided along the median into the two groups of 35 to 49 years and 50 to 64 years, allowing for more age-specific analysis.

2.3.3. Statistical analyses

The average population levels of the five responsiveness domains stratified by social determinants were estimated (Tables 3 and 4). These results were tested for statistically significant differences between the sample sub-groups via the chi-square test due to the categorical nature of the dependent variables.

Binary logistic regression was applied for the multivariate analysis to identify which determinants were associated with poor assessment within the responsiveness domains while controlling for confounding factors (Table 5). The models were calculated via iterative methodology (backward selection) to remove nonsignificant independent variables and recalculate the regression model [28,40]. All models were adjusted for age and gender per common practice.

The analyses were performed using SPSS Statistics version 23. Missing values were excluded listwise and significance was set at

Table 2

Description of the sample statistics (n for "last visit at General Practitioner" = 3031; n for "last visit at Specialist" = 2196; weighted).

	GP		SP	
	Quantity	Percentage ^a	Quantity	Percentage ^a
Age				
18 to 34 years	504	16.6	316	14.4
35 to 49 years	709	23.4	521	23.7
50 to 64 years	927	30.6	713	32.5
65 years and above	891	29.4	646	29.4
Gender				
Male	1,400	46.2	841	38.3
Female	1,631	53.8	1,355	61.7
Educational status				
Basic education	675	22.8	428	19.8
Intermediate education	1,085	36.7	721	33.3
Higher education	1,198	40.5	1,017	47.0
Occupational status				
Full-time	1,256	42.1	797	36.7
Part-time/temporary	422	14.1	332	15.3
Unemployed	70	2.3	50	2.3
Retired	1,003	33.6	747	34.4
Training/volunteering/school	122	4.1	77	3.5
Parental leave/not-employed	113	3.8	169	7.8
Population of place of residence				
≤ 5000 (rural)	867	30.7	497	24.1
≤ 20,000 (small town)	576	20.4	427	20.7
≤ 100,000 (medium-sized town)	637	22.6	483	23.4
> 100,000 (large town)	741	26.3	658	31.9
Type of health insurance				
Statutory	2,653	87.9	1,802	82.3
Private	366	12.1	388	17.7
Self-assessed health status				
Excellent/very good	919	30.4	649	29.7
Good	1,415	46.8	960	43.9
Poor	557	18.4	427	19.5
Very poor	130	4.3	150	6.9
Chronic disease				
Yes	1,524	50.6	1,265	57.8
No	1,486	49.4	925	42.2
Disability				
Yes	445	14.7	472	21.6
No	2,575	85.3	1,713	78.4
Reason for last doctor consultation				
Current problem	1,371	54.1	848	40.5
Chronic disease	536	21.2	534	25.5
Preventive examination, immunization	532	21.0	602	28.7
Other	94	3.7	110	5.3

Difference of sums to 3031 (GPs) and 2196 (SPs): no answer.

^a 'Basic education' comprises eight or nine years of schooling; 'intermediate' ten years; 'higher' twelve or 13 years.

^a Of all valid answers.

Table 3
Bivariate results for general practitioner (GP) contacts (n=3031; weighted).

Domain	Trust		Dignity		Confidentiality		Autonomy		Communication	
Rating	Good	Poor	Good	Poor	Good	Poor	Good	Poor	Good	Poor
Total percentage	95.4	4.6	98.4	1.6	50.3	49.7	93.5	6.5	96.5	3.5
Age (total)	95.4	4.6	98.4	1.6	50.3	49.7	93.5	6.5	96.5	3.5
18 to 34 years	93.2	6.8	97.2	2.8	40.5	59.5	91.7	8.3	96.5	3.5
35 to 49 years	95.8	4.2	98.2	1.8	41.8	58.2	93.9	6.1	97.2	2.8
50 to 64 years	94.7	5.3	99.0	1.0	48.7	51.3	93.0	7.0	96.2	3.8
65 years and above	96.9	3.1	98.6	1.4	65.5	34.5	94.9	5.1	96.2	3.8
n	2,951		2,983		2,818		2,617		2,914	
Gender (total)	95.4	4.6	98.4	1.6	50.3	49.7	93.5	6.5	96.5	3.5
Male	96.2	3.8	98.4	1.6	50.5	49.5	94.8	5.2	96.6	3.4
Female	94.6	5.4	98.4	1.6	50.2	49.8	92.5	7.5	96.4	3.6
n	2,951		2,983		2,818		2,617		2,914	
Educational status (total)	95.3	4.7	98.4	1.6	50.2	49.8	93.7	6.3	96.5	3.5
Basic education	96.6	3.4	98.8	1.2	62.6	37.4	94.2	5.8	97.2	2.8
Intermediate education	94.9	5.1	98.4	1.6	52.3	47.7	93.0	7.0	95.0	5.0
Higher education	95.0	5.0	98.2	1.8	41.5	58.5	94.0	6.0	97.4	2.6
n	2,883		2,912		2,749		2,554		2,846	
Occupational status (total)	95.4	4.6	98.4	1.6	50.4	49.6	93.6	6.4	96.5	3.5
Full-time	95.8	4.2	98.6	1.4	43.4	56.6	93.9	6.1	97.1	2.9
Part-time/temporary	94.7	5.3	98.3	1.7	42.3	57.8	93.0	7.0	95.8	4.2
Unemployed	89.9	10.1	97.1	2.9	53.1	46.9	87.5	12.5	94.1	5.9
Retired	96.1	3.9	98.5	1.5	63.7	36.3	94.5	5.5	96.2	3.8
Training/volunteering/ school	93.2	6.8	95.8	4.2	47.4	52.6	89.2	10.8	96.6	3.4
Parental leave/not- employed	91.9	8.1	99.1	0.9	49.1	50.9	93.8	6.2	96.3	3.7
n	2,926		2,956		2,791		2,594		2,888	
Population of place of residence (total)	95.6	4.4	98.5	12.4	49.4	50.6	93.6	6.4	96.7	3.3
≤ 5,000 (rural)	96.5	3.5	98.8	1.2	55.6	44.4	94.0	6.0	96.9	3.1
≤ 20,000 (small town)	95.5	4.5	97.3	2.7	48.3	51.7	93.1	6.9	96.9	3.1
≤ 100,000 (medium-sized town)	95.5	4.5	98.9	1.1	46.6	53.4	93.6	6.4	97.2	2.8
> 100,000 (large town)	94.9	5.1	98.6	1.4	45.3	54.7	93.3	6.7	96.0	4.0
n	2,752		2,783		2,627		2,440		2,718	
Type of health insurance (total)	95.4	4.6	98.4	1.6	50.3	49.7	93.6	6.4	96.5	3.5
Statutory	95.3	4.7	98.3	1.7	50.9	49.1	93.3	6.7	96.3	3.7
Private	96.1	3.9	99.2	0.8	46.4	53.6	95.8	4.2	98.0	2.0
n	2,940		2,971		2,807		2,607		2,902	
Self-assessed health status (total)	95.3	4.7	98.4	1.6	50.3	49.7	93.6	6.4	96.5	3.5
Excellent/very good	96.5	3.5	98.7	1.3	46.9	53.1	95.5	4.5	97.6	2.4
Good	95.1	4.9	98.5	1.5	53.1	46.9	93.3	6.7	96.1	3.9
Poor	94.5	5.5	98.0	2.0	48.9	51.1	91.5	8.5	95.9	4.1
Very poor	92.7	7.3	96.8	3.2	50.0	50.0	92.3	7.7	95.0	5.0
n	2,942		2,971		2,807		2,607		2,902	
Chronic disease (total)	95.3	4.7	98.4	12.4	50.3	49.7	93.5	6.5	96.5	3.5
Yes	94.6	5.4	98.1	1.9	53.0	47.0	93.6	6.4	96.3	3.7
No	96.1	3.9	98.6	1.4	47.6	52.4	93.5	6.5	96.7	3.3
n	2,933		2,962		2,799		2,600		2,893	
Disability (total)	95.3	4.7	98.4	12.4	50.2	49.8	93.6	6.4	96.5	3.5
Yes	94.7	5.3	98.9	1.1	55.4	44.6	93.4	6.6	96.0	4.0
No	95.5	4.5	98.3	1.7	49.4	50.6	93.6	6.4	96.6	3.4
n	2,941		2,972		2,808		2,607		2,903	
Reason for last doctor consultation (total)	95.4	4.6	98.4	1.6	50.0	50.0	93.9	6.1	96.8	3.2
Current problem	94.4	5.1	98.8	1.2	43.7	56.3	93.9	6.1	96.8	3.2
Chronic disease	95.6	4.4	98.1	1.9	57.0	43.0	93.8	6.2	96.5	3.5
Preventive examination/ immunization	96.4	3.6	98.1	1.9	57.2	42.8	93.9	6.1	97.3	2.7
Other	95.5	4.5	97.8	2.2	64.6	35.4	95.1	4.9	96.6	3.4
n	2,473		2,502		2,358		2,213		2,457	

difference of sums to 3,031:

no answer

p:

≤ 0.05

gray background:

not

significant

Difference of sums to 3031: no answer.

p: ≤ 0.05.

Gray background: not significant.

Table 4
Bivariate results for specialist (SP) contacts (n=2196; weighted).

Domain	Trust		Dignity		Confidentiality		Autonomy		Communication	
	Good	Poor	Good	Poor	Good	Poor	Good	Poor	Good	Poor
Total percentage	93.6	6.4	96.6	3.4	52.4	47.6	91.3	8.7	95.4	4.6
Age (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.4	47.6	91.3	8.7	95.4	4.6
18 to 34 years	94.1	5.9	94.2	5.8	45.0	55.0	90.6	9.4	94.4	5.6
35 to 49 years	93.5	6.5	97.1	2.9	45.3	54.7	91.6	8.4	95.1	4.9
50 to 64 years	93.6	6.4	97.5	2.5	49.8	50.2	89.6	10.4	94.9	5.1
65 years and above	93.5	6.5	96.2	3.8	66.4	33.6	93.4	6.6	96.7	3.3
n	2,081		2,126		1,985		1,829		2,094	
Gender (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.4	47.6	91.3	8.7	95.4	4.6
Male	93.8	6.2	96.5	3.5	53.3	46.7	90.8	9.2	95.2	4.8
Female	93.5	6.5	96.6	3.4	51.9	48.1	91.6	8.4	95.5	4.5
n	2,081		2,126		1,985		1,829		2,094	
Educational status (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.2	47.8	91.5	8.5	95.5	4.5
Basic education	94.6	5.4	97.6	2.4	63.7	36.3	92.3	7.7	95.6	4.4
Intermediate education	91.8	8.2	95.6	4.4	55.2	44.8	90.9	9.1	95.5	4.5
Higher education	94.4	5.6	97.0	3.0	45.5	54.5	91.6	8.4	95.4	4.6
n	2,056		2,100		1,960		1,807		2,068	
Occupational status (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.3	47.7	91.3	8.7	95.3	4.7
Full-time	92.9	7.1	96.0	4.0	44.2	55.8	90.6	9.4	95.6	4.4
Part-time/temporary	94.7	5.3	98.5	1.5	47.4	52.6	92.1	7.9	94.4	5.6
Unemployed	91.8	8.2	100.0	0.0	65.9	34.1	86.4	13.6	91.7	8.3
Retired	94.1	5.9	96.3	3.7	64.8	35.2	92.6	7.4	96.6	3.4
Training/volunteering/ school	94.5	5.5	93.3	6.7	48.6	51.4	90.8	9.2	94.6	5.4
Parental leave/not- employed	92.5	7.5	96.9	3.1	49.0	51.0	88.7	11.3	93.0	7.0
n	2,071		2,116		1,975		1,819		2,084	
Population of place of residence (total)	93.6	6.4	96.7	3.3	51.7	48.3	91.1	8.9	95.4	4.6
≤ 5,000 (rural)	95.2	4.8	97.3	2.7	56.2	43.8	91.4	8.6	96.4	3.6
≤ 20,000 (small town)	93.2	6.8	96.2	3.8	49.2	50.8	91.4	8.6	94.6	5.4
≤ 100,000 (medium-sized town)	92.3	7.7	95.1	4.9	53.9	46.1	90.4	9.6	95.3	4.7
> 100,000 (large town)	93.5	6.5	97.6	3.4	48.2	51.8	91.3	8.7	95.3	4.7
n	1,960		2,002		1,866		1,726		1,972	
Type of health insurance (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.4	47.6	91.3	8.7	95.4	4.6
Statutory	93.0	7.0	96.3	3.7	52.6	47.4	90.5	9.5	94.9	5.1
Private	96.5	3.5	97.6	2.4	51.8	48.2	95.1	4.9	97.6	2.4
n	2,076		2,121		1,980		1,825		2,089	
Self-assessed health status (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.4	47.6	91.3	8.7	95.4	4.6
Excellent/very good	94.9	5.1	97.8	2.2	52.8	47.2	93.5	6.5	96.5	3.5
Good	94.3	5.7	97.0	3.0	49.4	50.6	92.3	7.7	96.1	3.9
Poor	92.0	8.0	94.6	5.4	58.0	42.0	87.9	12.1	92.6	7.4
Very poor	87.3	12.7	93.8	6.2	53.6	46.4	84.7	15.3	93.8	6.2
n	2,074		2,119		1,978		1,822		2,087	
Chronic disease (total)	93.6	6.4	96.7	3.3	52.5	47.5	91.4	8.6	95.4	4.6
Yes	93.4	6.6	97.0	3.0	54.1	45.9	91.1	8.9	95.6	4.4
No	94.0	6.0	96.2	3.8	50.5	49.5	91.8	8.2	95.2	4.8
n	2,077		2,121		1,982		1,824		2,089	
Disability (total)	93.6	6.4	96.6	3.4	52.4	47.6	91.3	8.7	95.4	4.6
Yes	93.3	6.7	96.5	3.5	59.9	40.1	91.7	8.3	95.7	4.3
No	93.7	6.3	96.6	3.4	50.4	49.6	91.2	8.8	95.3	4.7
n	2,072		2,117		1,977		1,820		2,085	
Reason for last doctor consultation (total)	93.9	6.1	96.6	3.4	52.8	47.2	91.5	8.5	95.4	4.6
Current problem	90.8	9.2	94.3	5.7	49.9	50.1	87.8	12.2	93.2	6.8
Chronic disease	93.4	6.6	97.6	2.4	55.8	44.2	92.1	7.9	97.4	2.6
Preventive examination/ immunization	98.3	1.7	98.8	1.2	55.2	44.8	96.4	3.6	97.2	2.8
Other	96.3	3.7	98.2	1.8	47.9	52.1	92.0	8.0	93.6	6.4
n	1,996		2,039		1,898		1,752		2,011	

difference of sums to 2,196:

no answer

p:

≤ 0.05

gray background:

not

significant

Difference of sums to 2196: no answer.

p: ≤ 0.05.

Gray background: not significant.

Table 5
Multivariate logistic regression results; 0 = assessed “good”, 1 = assessed “poor”.

Domain	Trust			Dignity			Confidentiality			Autonomy			Communication		
	GPs	SPs	OR (CI)	GPs	SPs	OR (CI)	GPs	SPs	OR (CI)	GPs	SPs	OR (CI)	GPs	SPs	OR (CI)
Total respondents	2.231	1.842		2.255	1.882		2.123	1.749		1.995	1.616		2.215	1.855	
	OR (CI)	OR (CI)		OR (CI)	OR (CI)		OR (CI)	OR (CI)		OR (CI)	OR (CI)		OR (CI)	OR (CI)	
Age															
18 to 34 years	2.59	-		5.11	-		2.34	1.98		-	-		-	-	
	(1.34–5.01)			(1.70–15.31)			(1.74–3.16)	(1.42–2.75)							
35 to 49 years	1.79†	-		2.79	-		2.29	2.02		-	-		-	-	
	(0.95–3.38)			(1.02–7.67)			(1.76–2.96)	(1.52–2.70)							
50 to 64 years	1.94	-		0.69†	-		1.82	1.95		-	-		-	-	
	(1.06–3.55)			(0.21–2.22)			(1.43–2.31)	(1.50–2.52)							
65 years and above	Ref.	-		Ref.	-		Ref.	Ref.		-	-		-	-	
Educational status															
Basic education	-	Ref.		-	Ref.		Ref.	Ref.		-	-		Ref.	-	
Intermediate education	-	2.01		-	3.20		1.31	1.33†		-	-		2.28	-	
		(1.12–3.59)			(1.29–7.94)			(0.99–1.77)					(1.11–4.69)		
Higher education	-	1.40†		-	2.29†		1.78	1.66		-	-		1.03†	-	
		(0.77–2.56)			(0.91–5.78)			(1.24–2.21)					(0.47–2.24)		
Population of place of residence															
≤ 5000 (rural)	-	-		Ref.	-		-	Ref.		-	-		-	-	
≤ 20,000 (small town)	-	-		2.76	-		-	1.34		-	-		-	-	
				(1.12–6.80)				(1.00–1.79)							
≤ 100,000 (medium-sized town)	-	-		0.49†	-		-	1.13†		-	-		-	-	
				(0.13–1.87)				(0.86–1.50)							
> 100,000 (large town)	-	-		0.92†	-		-	1.44		-	-		-	-	
				(0.34–2.52)				(1.10–1.88)							
Type of health insurance															
Private	-	Ref.		-	Ref.		-	-		-	-		-	Ref.	
Statutory	-	1.96		-	1.96		-	-		-	1.96		-	2.61	
		(1.06–3.63)			(1.06–3.63)						(1.11–3.46)			(1.18–5.79)	
Self-assessed health status															
Excellent/very good	-	-		Ref.	Ref.		-	Ref.		-	-		-	Ref.	
Good	-	-		2.76†	1.13†		-	1.36		-	-		-	1.04†	
				(0.98–7.82)	(0.56–2.27)			(1.08–1.71)						(0.57–1.91)	
Poor	-	-		4.12	2.65		-	1.10†		-	-		-	2.35	
				(1.27–13.36)	(1.29–5.47)			(0.82–1.47)						(1.25–4.40)	
Very poor	-	-		10.64	2.81		-	1.52†		-	-		-	1.77†	
				(2.58–43.93)	(1.06–7.48)			(0.98–2.35)						(0.71–4.42)	
Disability															
Yes	-	-		-	-		-	Ref.		-	-		-	-	
No	-	-		-	-		-	1.39		-	-		-	-	
								(1.08–1.80)							
Reason for last doctor consultation															
Preventive examination/ immunization	-	Ref.		Ref.	Ref.		Ref.	-		-	Ref.		-	-	Ref.
Current problem	-	-		-	-		-	-		-	-		-	-	

Table 5 (Continued)

Domain	Trust		Dignity		Confidentiality		Autonomy		Communication	
	GPs	SPs	GPs	SPs	GPs	SPs	GPs	SPs	GPs	SPs
Total respondents	2,231	1,842	2,255	1,882	2,123	1,749	1,995	1,616	2,215	1,855
	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)
Chronic disease	-	5.60 (2.85–11.02)	0.28 (0.11–0.72)	3.95 (1.73–8.98)	1.38 (1.10–1.75)	-	-	3.26 (1.86–5.71)	-	2.85 (1.48–5.48)
	-	3.64 (1.76–7.52)	0.95† (0.36–2.51)	1.45† (0.54–3.86)	1.10† (0.84–1.45)	-	-	1.86† (0.99–3.48)	-	0.90† (0.39–2.07)
Other	-	2.19† (0.67–7.15)	0.00†	1.27† (0.26–6.31)	0.87† (0.52–1.46)	-	-	1.88† (0.75–4.76)	-	2.40† (0.87–6.65)

GPs:General Practitioners.

SPs:Specialists.

OR:Odds Ratios.

CI:Confidence Intervals.

Ref.:Reference category.

All results are statistically significant on the 5% level, except for those marked †.

All models were adjusted for gender. However, gender itself did not show any statistically significant associations.

The predictors occupational status and chronic disease did not show any statistically significant results on the 5% significance level in any of the models.

5%. The results are shown as percentages, odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) in Tables 3 through 5. The following results are statistically significant, unless otherwise noted.

3. Results

Of the two weighted final samples used for the analyses, one consisted of 3031 respondents who had last consulted a GP, and one of 2196 respondents who had last consulted an SP (Table 2). The bivariate results for GPs are depicted in Table 3, those for SPs in Table 4. Table 5 contains the outcomes of the multivariate analysis.

Over 90% of all respondents assessed the overall responsiveness for the domains trust, dignity, autonomy and communication as good during their last GP and last SP consultation. The assessment of confidentiality was considerably lower for both GPs (50.3% “good” vs. 49.7% “poor”) and SPs (52.4% “good” vs. 47.6% “poor”).

3.1. Trust

The bivariate results indicated that the trust domain for the most recently consulted-GP was rated poorly most often by people 18–34 years old. The multivariate analysis confirmed the association for this age group (OR: 2.59; CI: 1.34–5.01) in comparison to the reference group of people aged 65 years and above. The age group 65 years and above was set as reference as previous analysis has shown that younger people were more likely than older people to assess health system responsiveness critically [41] and since we sought to detect the patient sub-groups who were associated negatively with this issue.

For their last SP consultation, respondents with statutory health insurance, in poor and very poor health, as well as with a current health problem as the reason for their last consultation assessed trust as poor more frequently than their comparison groups. Multivariately, the associations with statutory health insurance (vs. private health insurance; OR: 1.96; CI: 1.06–3.63) and current health problem (vs. preventive examination; OR: 5.60; CI: 2.85–11.02) remained, while intermediate education (vs. basic education; OR: 2.01; CI: 1.12–3.59) and chronic disease as reason for last consultation (vs. preventive examination; OR: 3.64; CI: 1.76–7.52) showed correlations with poor assessment as well.

3.2. Dignity

The rating of dignity during the last GP consultation bivariately showed no statistically significant differences between the respondents. The multivariate analysis – drawn on the relatively small number of 32 cases that rated dignity as poor – displayed associations for multiple determinants, with particularly high odds for people 18–34 years old (OR: 5.11; CI: 1.70–15.31), in poor health (vs. excellent/very good health; OR: 4.12; CI: 1.27–13.63) and in very poor health (vs. excellent/very good health; OR: 10.64; CI: 2.58–43.93) to assess dignity poorly.

For SP consultations, people 18–34 years old, in very poor health, and with a current health problem rated dignity poorer than their comparison groups. Adjusted for the other independent variables, the associations with very poor health (OR: 2.81; CI: 1.06–7.48) and current health problem (OR: 3.95; CI: 1.73–8.98) remained, while intermediate education (OR: 3.20; CI: 1.29–7.94) and poor health (OR: 2.65; CI: 1.29–5.47) were also statistically significantly correlated.

3.3. Confidentiality

Patients 18–34 years and 35–49 years old, those with higher education, who are part-time employed and with a current health problem rated confidentiality during their last visit of the GP office

most frequently as poor. The multivariate results confirmed the associations with 18–34 (OR: 2.34; CI: 1.74–3.16) and 35–49 year-olds (vs. 65 years and above; OR: 2.29; CI: 1.76–2.96), people with higher education (vs. basic education; OR: 1.78; CI: 1.39–2.28) and those with a current health problem (OR: 1.38; CI: 1.10–1.75). They further revealed increased odds for respondents who are 50–64 years old (vs. 65 years and above; OR: 1.82; CI: 1.43–2.31) and with intermediate education (OR: 1.31; CI: 1.02–1.68). For SP visits, the results were similar: People 18–34 and 35–49 years old, those with higher educational status and who are employed full-time most often assessed confidentiality in the doctor office poorly. Multivariately, the associations with 18–34 (OR: 1.98; CI: 1.42–2.75) and 35–49 years old (OR: 2.02; CI: 1.52–2.70) as well as higher education (OR: 1.66; CI: 1.24–2.21) remained. Identical to GPs, 50–64-year olds (OR: 1.95; CI: 1.50–2.52) also showed increased odds of assessing confidentiality poorly during their SP office visit.

3.4. Autonomy

The bivariate results indicated that females and people in poor as well as very poor health most frequently rated autonomy during their last GP consultation as poor. The multivariate results showed no associations with the variables.

Regarding SPs, people with statutory health insurance, in poor and very poor health, and with a current health problem most often assessed dignity poorly. These associations are multivariately confirmed: Statutory health insurance (OR: 1.96; CI: 1.11–3.46), poor health (OR: 2.01; CI: 1.21–3.34), very poor health (OR: 2.36; CI: 1.21–4.61) and current health problem (OR: 3.26; CI: 1.86–5.71) were correlated with a poor rating of autonomy.

3.5. Communication

Communication during the last GP consultation was assessed poorly most often by respondents with intermediate education. This was also the only sub-group that multivariately showed increased odds of a negative assessment (OR: 2.28; CI: 1.11–4.69).

For SPs, once more statutory health insurance, poor health, very poor health and current health problem were bivariately related with a poor assessment of communication. The multivariate outcomes approved the associations with statutory health insurance (OR: 2.61; CI: 1.18–5.79), poor health status (OR: 2.35; CI: 1.25–4.40) and current health problem (OR: 2.85; CI: 1.48–5.48).

4. Discussion and conclusion

4.1. Discussion

This study's results indicate that the overall quality of dignity, communication, trust and autonomy in the patient-doctor interaction is high in ambulatory care in Germany. The principal finding that the vast majority of respondents assess these domains positively for ambulatory care in Germany corresponds with other research results [20,29,35,42–44], including those from the MCSS [38] and WHS [45]. International comparisons demonstrate, however, that Germany ranks predominantly as average considering its responsiveness, as studies that applied identical instruments across countries show [9,17,35,38,42,43]. Alongside actual differences in the doctor-patient interaction between the countries studied, this could also be due to heterogeneity in reporting behavior between countries as explored by Rice et al. [3] and Valentine et al. [9,15].

The RAC project's ranking of the positive assessment of these domains mirrored the order of our study, with dignity assessed

highest and confidentiality lowest for both GPs and SPs [20]. Our findings suggest improvements regarding confidentiality in doctor consultations are needed. These changes may involve developing doctor office infrastructure that provides separate space for the communication between the individual patient and the physician and assistants, but also raising the office staff's awareness to treat every patient concern discreetly. Patients otherwise may experience discomfort when disclosing their health problem, arranging follow-up appointments or receiving drug prescriptions. All of these barriers may result in patients refraining from adequate care. While Europep 2009 [35], Bramesfeld et al. [29], the MCSS [38], the WHS [45] and the Commonwealth Fund International Health Policy Survey [43] reported different ranking orders, this discrepancy has to take into consideration that these studies varied in their wording of the questions on responsiveness, sampling and measurement methods as well as rating scales, and considered only GPs, thus potentially concluding an overly positive assessment of aspects of the ambulatory care sector in Germany [20]. These caveats also hold true when comparing Germany's results to those from other single-country studies, e.g. from Thailand [46], South Africa [47], Nigeria [32] and India [22].

Our finding that younger respondents (18–34 years old) assess the responsiveness of GP consultations more critically than older ones (65 years old and above) corresponds with Coulter and Jenkinson's [41] in a cross-European survey. This result and that those patients with more than basic education rate GPs and SPs more critically may be due to different levels of expectations on the interaction with doctors in comparison to individuals of higher age and those with basic education. This can prove problematic as these patients may forgo care as a result of feeling inadequately treated during the health care process. Patients may also be wary of questions on an intervention's scope, costs and benefits [8]. As a growing share of Germany's population receives health interventions through ambulatory care [48], the providers' responsiveness to needs, expectations on and perceptions of quality of care of these and other patient groups are crucial to deliver high quality, patient-centered health interventions effectively [8,47]. Since this constitutes a key performance indicator of health care [47], GPs and SPs need to fulfill a pivotal role in the care provider-patient interaction and overall care process [8] in Germany and – against the background of a global rise of chronic diseases that require ambulatory care resources [49,50] – internationally [8,51].

While the results do not indicate any correlations with the type of health insurance for GP consultations, they do point to a more critical assessment of trust, autonomy and communication during SP consultations by respondents with statutory health insurance compared to those with private health insurance. This discrepancy may be due to higher rates of remuneration SPs receive in Germany for the treatment of privately insured patients [28], possibly inducing them to be more responsive towards this patient group's expectations. However, since also GPs obtain higher compensation for privately than for statutorily health insured patients, this disparity for SPs requires further research. Policy measures to level these differences could include both provider payment incentives and revised professional guidelines for physicians [4].

The detected systematic association of a negative assessment of responsiveness and respondents' poorer health is consistent with Valentine and Bonsel's results in a cross-country analysis [36]. Combined with the identified correlation of a poor assessment of responsiveness in connection with a current health problem as the reason for the last doctor consultation, this may allude to deficits in ambulatory care: If those individuals who require medical treatment most urgently consider their (last) attending doctor to be unresponsive to their expectations and as a consequence this unresponsiveness possibly disrupts the care and medication process, the patient's convalescence may be significantly delayed

or hindered. Therefore, increasing responsiveness to patient groups with the most severe health needs requires efforts on all aspects of the doctor–patient interaction. Raising physicians' awareness of this sensitivity matter during their basic and continuing medical education training can be a key measure for improvement [22].

Overall, these disparities in responsiveness along social determinants can exacerbate existing barriers in access to health care and may contribute to poorer treatment and health outcomes among those who are or feel disadvantaged (*ibid.*). As with other health care delivery strategies, responsiveness needs to be considered from an equity perspective [8], with initiatives integrated into “policies and programs targeted at improving health system responsiveness” [22, p. 204].

4.2. Limitations

These results are limited in that a complete analysis of Germany's health system responsiveness would need to scrutinize the aforementioned dimension “client-orientation” as well. This domain may be measured in future studies. Also, while the survey questions on responsiveness were formulated as closely as possible to the WHO's original ones, they were not identical. Furthermore, systematic recall bias error may have caused the study participants' assessment, evaluation and general recollection of past events and experiences to be imprecise [33,52]. The data moreover may be biased upwards as they do not fully capture those persons who, due to negative experiences in the consultation process, have forgone care in the year before the survey [8]. Also, due to the small number of cases for both GPs and SPs who rated dignity poorly, the multivariate results in this domain should be interpreted with caution [53,54]. Additionally, while the final sample was weighted for the parameters sex, age and education according to their nominal distribution across Germany's population, there are no official numbers for the German-speaking population 18 years and older, including of other nationalities than German, from which it had been drawn. The sample thus inevitably remained inexact to some extent.

4.3. Conclusion

This paper contributes to health systems performance research by presenting for the first time results on the overall assessment of health system responsiveness differentiated between GPs and SPs in Germany and stratified by social determinants.

While levels are high for dignity, communication, trust and autonomy, patient ratings of confidentiality during the last doctor office visit indicate room for improvement.

From an equity perspective, efforts to raise responsiveness to the expectations of patients under the age of 35 years old, as well as those with more than basic education, statutory health insurance and acute health problems are vital.

4.4. Practice implications

The implications for practice suggested by this study relate to the organization and set-up of the doctor office, the relationship between the doctor, office staff and patient as well as the compensation of medical attendance. Measures improving the doctor office infrastructure and the discreet handling of individual patient concerns may increase confidentiality in the care process. Accentuating the different patient sub-groups' expectations on ambulatory health care during the doctors' training and respecting these in practice may be crucial for interacting equally responsively with all patients.

Source of funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interests

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

- [1] A. De Silva, A Framework for Measuring Responsiveness (Discussion Paper 32) (2000). (Accessed 13 November 2017) <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>.
- [2] T. Mirzoev, S. Kane, What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework, *BMJ Glob. Health* 2 (2017) e000486.
- [3] N. Rice, S. Robone, P.C. Smith, The Measurement and Comparison of Health System Responsiveness, HEDG Working Paper, University of York, 2008.
- [4] N.B. Valentine, A. De Silva, K. Kawabata, C. Darby, C.J.L. Murray, D.B. Evans, Health system responsiveness: concepts, domains and operationalization, in: C.J.L. Murray, D.B. Evans (Eds.), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, Geneva, 2003, pp. 573–596.
- [5] World Health Organization, *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization, Geneva, 2000.
- [6] A. Bramesfeld, U. Klippel, G. Seidel, F.W. Schwartz, M.L. Dierks, How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care, *Soc. Sci. Med.* 65 (2007) 880–889.
- [7] C.J.L. Murray, J. Frenk, A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, 78, *World Health Organization, Bull. World Health Organ.*, 2000, pp. 717–731.
- [8] N.B. Valentine, A. Prasad, N. Rice, S. Robone, S. Chatterji, Health systems responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective, in: P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolaou, S. Leatherman (Eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*, University Press, Cambridge, 2009, pp. 138–179.
- [9] N.B. Valentine, A. De Silva, C.J.L. Murray, Estimating Responsiveness Level and Distribution for 191 Countries: Methods and Results (Discussion Paper 22) (2000). (Accessed 13 November 2017) <http://www.who.int/healthinfo/paper22.pdf>.
- [10] O.A. Arah, G.P. Westert, J. Hurst, N.S. Klazinga, A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project, *Int. J. Qual. Health Care* 18 (2006) 5–13.
- [11] R. Goldwag, B. Rosen, *Responsiveness of the Health Care System: Findings From the Israeli Component of the World Health Survey*, Myers-JDC-Brookdale Institute, Jerusalem, 2007.
- [12] A.M. Jones, N. Rice, S. Robone, P.R. Dias, Inequality and polarisation in health systems' responsiveness: a cross-country analysis, *J. Health Econ.* 30 (2011) 616–625.
- [13] C. Darby, N.B. Valentine, C.J.L. Murray, A. De Silva, *World Health Organization: Strategy On Measuring Responsiveness (Discussion Paper 23)* (2000). (Accessed 13 November 2017) <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf>.
- [14] J. Röttger, M. Blümel, J. Köppen, R. Busse, Forgone care among chronically ill patients in Germany – results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals, *Health Policy* 120 (2016) 170–178.
- [15] N.B. Valentine, E. Verdes-Tennant, G. Bonsel, Health systems' responsiveness and reporting behaviour: multilevel analysis of the influence of individual-level factors in 64 countries, *Soc. Sci. Med.* 138 (2015) 152–160.
- [16] T.B. Üstün, S. Chatterji, M. Villanueva, L. Bendib, C. Çelik, R. Sadana, N. Valentine, J. Ortiz, A. Tandon, J. Salomon, Y. Cao, X.W. Jun, E. Özalp, C. Mathers, C.J.L. Murray, *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000–2001 (Discussion Paper 37)* (2001). (Accessed 13 November 2017) <http://www.who.int/healthinfo/survey/whspaper37.pdf>.
- [17] World Health Organization (WHO), *World Health Survey (2018)*. (Accessed 13 November 2017) <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>.
- [18] J. Röttger, M. Blümel, S. Fuchs, R. Busse, Assessing the responsiveness of chronic disease care – is the World Health Organization's concept of health system responsiveness applicable? *Soc. Sci. Med.* 113 (2014) 87–94.
- [19] N.B. Valentine, C. Darby, G.J. Bonsel, Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of “health systems responsiveness” in 41 countries, *Soc. Sci. Med.* 66 (2008) 1939–1950.
- [20] J. Röttger, R. Busse, How do chronically ill patients rate medical care by their GPs and Specialists? Results of a Germany-wide Survey, *Gesundheitswesen* 78 (2016) 89–96.
- [21] J. Röttger, M. Blümel, S. Engel, B. Grenz-Farenholtz, S. Fuchs, R. Linder, F. Verheyen, R. Busse, Exploring health system responsiveness in ambulatory care and disease management and its relation to other dimensions of health system performance (RAC) – study design and methodology, *Int. J. Health Policy Manag.* 4 (2015) 431–437.

- [22] C. Malhotra, Y.K. Do, Socio-economic disparities in health system responsiveness in India, *Health Policy Plan.* 28 (2013) 197–205.
- [23] J.P. Ortiz, N.B. Valentine, E. Gakidou, A. Tandon, K. Kawabata, D.B. Evans, C.J.L. Murray, Inequality in responsiveness: population surveys from 16 OECD countries, in: C.J.L. Murray, D.B. Evans (Eds.), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, Geneva, 2003, pp. 653–665.
- [24] S. Robone, N. Rice, P.C. Smith, Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis, *Health Serv. Res.* 46 (2011) 2079–2100.
- [25] E. Gakidou, C.J.L. Murray, D.B. Evans, Quality and equity: preferences for health system outcomes, in: C.J.L. Murray, D.B. Evans (Eds.), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, Geneva, 2003, pp. 667–675.
- [26] P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas, S. Leatherman, Introduction, in: P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas, S. Leatherman (Eds.), *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*, University Press, Cambridge, 2009, pp. 3–24.
- [27] Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Versichertenbefragung [Patient survey]*. <http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>, 2016 (accessed 13 November 2017).
- [28] F. Tille, B. Gibis, K. Balke, A. Kuhlmei, S. Schnitzer, Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016 [Sociodemographic and health-related determinants of health care utilisation and access to primary and specialist care: Results of a nationwide population survey in Germany (2006–2016)], *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)* 126 (2017) 52–65.
- [29] A. Bramesfeld, F. Wedegärtner, H. Elgeti, S. Bisson, How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept, *BMC Health Serv. Res.* 7 (2007) 99.
- [30] N.B. Valentine, R. Lavallée, B. Liu, G.J. Bonsel, C.J.L. Murray, Classical psychometric assessment of the responsiveness instrument in the WHO multi-country survey study on health and responsiveness 2000–2001, in: C.J.L. Murray, D.B. Evans (Eds.), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, Geneva, 2003, pp. 597–629.
- [31] M.I. Witvliet, K. Stronks, A.E. Kunst, T. Mahapatra, O.A. Arah, Linking health system responsiveness to political rights and civil liberties: a multilevel analysis using data from 44 countries, *Int. J. Health Serv.* 45 (2015) 622–642.
- [32] T. Adesanya, O. Gbolahan, O. Ghannam, M. Miraldo, B. Patel, R. Verma, H. Wong, Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria, *J. Public Health Res.* 1 (2012) 2–6.
- [33] Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH (FGW), *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [Patient Survey of the National Association of Statutory Health Insurance Physicians and the Regional Associations of Statutory Health Insurance Physicians]* (2016). (Accessed 13 November 2017) http://www.kbv.de/media/sp/2016_Berichtband.pdf.
- [34] MCSS Data Analyst's Report, *Sample Report World Health Organization*, <http://www.who.int/responsiveness/MCSS%20Data%20Analyst%27s%20Report.pdf> n/a, (Accessed 13 November 2017)
- [35] D. Petek, B. Künzi, J. Kersnki, J. Szecsenyi, M. Wensing, Patients' evaluations of European general practice – revisited after 11 years, *Int. J. Qual. Health Care* 23 (2011) 621–628.
- [36] N.B. Valentine, G.J. Bonsel, Exploring models for the roles of health systems' responsiveness and social determinants in explaining universal health coverage and health outcomes, *Glob. Health Action* 9 (2016) 29329.
- [37] S. Hradil, *Soziale Ungleichheit in Deutschland [Social Inequality in Germany]*, 8th edition, Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2001.
- [38] N.B. Valentine, J.P. Ortiz, A. Tandon, K. Kawabata, D.B. Evans, C.J.L. Murray, C.J.L. Murray, D.B. Evans, Patient experiences with health services: population surveys from 16 OECD countries, *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, World Health Organization, Geneva, 2003, pp. 643–652.
- [39] S. Geyer, O. Spreckelsen, O. von dem Knesebeck, Wealth, income, and health before and after retirement, *J. Epidemiol. Commun. Health* 68 (2014) 1080–1087.
- [40] SPSS Inc, *Release Version 23.0.0 Chicago, IL*, (2015) .
- [41] A. Coulter, C. Jenkinson, European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers, *Eur. J. Public Health* 15 (2005) 355–360.
- [42] R. Grol, M. Wensing, J. Mainz, H.P. Jung, P. Ferreira, H. Hearnshaw, Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison, *Br. J. Gen. Pract.* 50 (2000) 882–887.
- [43] Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Patient Experience With Ambulatory Care, in: Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2015.
- [44] K. Wohlers, *TK-Meinungspuls Gesundheit [Health Survey by the Sickness Fund Techniker]*, Techniker Krankenkasse, Hamburg, 2017.
- [45] World Health Organization (WHO), *World Health Survey – Germany*, World Health Organization, Geneva, 2003. (Accessed 13 November 2017) <http://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/123>.
- [46] T. Liabsuetrakul, P. Petmanee, S. Sanguanchua, N. Oumudee, Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand, *Int. J. Qual. Health Care* 24 (2012) 169–175.
- [47] K. Peltzer, N. Phaswana-Mafuya, Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa, *Glob. Health Action* 27 (2012) 1–11.
- [48] Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi), *Zi-Studie zum Wandel in der Versorgung [Study on the Changing Provision of Health Care in Germany]*, (2017) . (Accessed 13 November 2017) <http://www.zi.de/cms/presse/2017/26-juli-2017/>.
- [49] A. Powell, *The Rise of Chronic Disease* (2010). (accessed 13 November 2017) <https://news.harvard.edu/gazette/story/2010/11/the-rise-of-chronic-disease/>.
- [50] World Health Organization (WHO), *Background – the Global Burden of Chronic* (2017). (Accessed 13 November 2017) http://www.who.int/nutrition/topics/2_background/en/.
- [51] R. Askari, M. Arab, A. Rashidian, A. Akbari-Sari, S.M. Hosseini, H. Gharaee, Designing Iranian model to assess the level of health system responsiveness, *Iran. Red Crescent Med. J.* 18 (2016) e24527.
- [52] L. Sundmacher, T. Kopetsch, Waiting times in the ambulatory sector, *Int. J. Equity Health* 12 (2013) 77–86.
- [53] K. Backhaus, B. Erichson, W. Plinke, R. Weiber, *Multivariate Analysemethoden [Methods for Multivariate Analyses]*, 12th edition, Springer, Berlin, 2008.
- [54] D. Urban, *Logit-Analyse: Statistische Verfahren zur Analyse von Modellen mit qualitativen Response-Variablen [Statistical Techniques for Analyzing Models With Qualitative Response Variables]*, Fischer, Stuttgart, 1993.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Vollständige Publikationsliste

Publikationen

Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Busse, R., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2018). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling*, 102 (1), 162–171.

Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2017). Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 126, 52–65.

Schnitzer, S., **Tille, F.**, Balke, K. & Kuhlmei, A. (2016). Gesundheitsförderliches Verhalten in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 11, 95–102.

Gellert, P. & **Tille, F.** (2015). What do we know so far? The role of health knowledge within theories of health literacy. *The European Health Psychologist*, 16, 266–274.

Abstracts

Tille, F., Weishaar, H., Gibis, B. & Schnitzer, S. (2018). Patients' Understanding of Health Information in Germany. *Das Gesundheitswesen*, 80 (Abstract zum Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention 2018).

Tille, F., Röttger, J., Gibis, B., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2017). Health System Responsiveness and its Social Determinants in Ambulatory Care in Germany. *European Journal of Public Health*, 27 (Abstract zum Vortrag auf der European Public Health Conference 2017).

Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmei, A. & Schnitzer, S. (2017). Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung von 2006 bis 2016. *Das Gesundheitswesen* 79 (Abstract zum Vortrag auf der Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention 2017)

Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmeier, A., Schnitzer, S. (2016). Die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland – zentrale Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung von 2006 bis 2015. *German Medical Science GMS Publishing House* (Abstract zum Vortrag auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung 2016).

Vorträge

Patients' Understanding of Health Information in Germany. Vortrag auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention „Prävention in Lebenswelten“ am 14.09.2018 in Dresden.

Health System Responsiveness and its Social Determinants in Ambulatory Care in Germany. Vortrag auf der „European Public Health Conference 2017 – Sustaining resilient and healthy communities“ am 03.11.2017 in Stockholm.

Health System Literacy in Germany: From Research to Action. Vortrag auf dem European Health Forum Gastein „Health in All Politics – a Better Future for Europe“ am 05.10.2017 in Bad Hofgastein.

Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung von 2006 bis 2016. Vortrag auf der Gemeinsamen Jahrestagung „Gemeinsam forschen und handeln“ der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie, der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention am 06.09.2017 in Lübeck.

Inanspruchnahme und Verzicht auf Arztbesuche in der ambulanten Versorgung. Vortrag auf dem Kongress „Armut und Gesundheit 2017 – Gesundheit solidarisch gestalten“ am 17.03.2017 in Berlin.

Die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland – zentrale Ergebnisse der KBV-Versichertenbefragung von 2006 bis 2015. Vortrag auf dem „Deutschen Kongress für Versorgungsforschung – Wissen schaf(f)t Nutzen“ am 07.10.2016 in Berlin.

Gesundheitsförderliches Verhalten in Deutschland. Vortrag auf dem Kongress „Gesundheit – bio.psycho.sozial 2.0“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie und Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie am 28.09.2016 in Berlin.

*Versichertenorientierung in der ambulanten Versorgung – Ergebnisse aus 10 Jahren
Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Vortrag auf dem Kon-
gress „Armut und Gesundheit 2016 – Gesundheit ist gesetzt!“ am 18.03.2016 in Berlin.*

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei meinen Promotions-Betreuerinnen Frau Dr. Susanne Schnitzer und Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier für ihre wertvolle Unterstützung. Beide waren mir über den gesamten Zeitraum der Promotion eine substanzielle Hilfe dank ihrer ausnahmslos konstruktiven Beiträge zu und Kritik an meiner Arbeit.

Auch danke ich Herrn Dr. Bernhard Gibis, Frau Dr. Susanne Armbruster und Herrn Klaus Balke für die Möglichkeit, die Daten der Versichertenbefragung der Kassennärztlichen Bundesvereinigung für wissenschaftliche Analysen verwenden zu dürfen, sowie für die nützlichen Hinweise in der Bearbeitung.

Ferner möchte ich denjenigen danken, die mich bis hierher begleitet und bestärkt haben: meinen Freunden, Freundinnen und meiner Familie.

