

Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient – aufrichtige Liebe oder nur eine leidliche Zweckgemeinschaft?

**EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUM THEMA
KUNDENBINDUNG IM HEALTHCARE-BEREICH**

**La relation entre le médecin généraliste et son patient –
véritable amour ou seulement association d'intérêt?**

(Résumé français: page 29)

**The relationship between family doctor and his patient –
a genuine love for each other or nothing more
than a sufferable partnership of convenience?**

(English summary: page 30)

LINK Focus 19 »Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient - aufrichtige Liebe oder nur eine leidliche Zweckgemeinschaft?«

Eine empirische Untersuchung zum Thema Kundenbindung im Healthcare-Bereich

Autoren: **Christian Kapitz**, Dipl. Kfm.

Leiter des Forschungsbereichs LINK Healthcare beim LINK Institut für Markt- und Sozialforschung. Nach seiner Ausbildung an der Ludwig-Maximilians-Universität München zum Diplom-Kaufmann war er mehrere Jahre als betrieblicher Marktforscher beim amerikanischen Pharmakonzern Merck & Co. in Deutschland beschäftigt.

Ruth Meili, Dipl. Math. ETH

Datenanalytikerin der Statistikabteilung des LINK Instituts. Nach ihrer Ausbildung in Mathematik und Statistik an der ETH Zürich arbeitete sie mehrere Jahre lang als Statistische Beraterin und Methodenentwicklerin in der Umfrageforschung. Sie hat verschiedene Konzepte der Marktforschung - unter anderem im Kundenbindungsbereich – validiert, statistisch überarbeitet und verfeinert.

INDEX

Wie es zu dieser Studie kam ...	4
1. Die Situation der Hausärzte in der Schweiz	5
2. Der Mittelpunkt der hausärztlichen Arbeit	5
3. Die Beziehungsanalyse - Studiendesign und Methodik	6
4. Eine erste Annäherung	7
4.1. Das Ansehen der Hausärzte	7
4.2. Zufriedenheit und Spass am Beruf	7
4.3. Pro und Contra im täglichen Umgang mit dem Patienten	8
4.4. Gesundheitliche Hintergründe des Hausarztbesuchs	10
4.5. Gründe für die Wahl und den Wechsel des eigenen Hausarztes	11
5. Was ist dem Patienten in der Beziehung zum eigenen Hausarzt wichtig?	13
5.1. „The Gap“	13
5.2. Relevanzmessung aus Kundensicht	13
5.3. Zufriedenheit als Entscheidungsgrundlage	15
6. Customer Experience: Jeder tickt anders!	16
6.1. Menschen sind verschieden	16
6.2. Customer Experience Management	16
6.2.1. Grundlagen	16
6.2.2. Migrationsanalyse	16
6.2.3. Vergleich zwischen den Migrationssegmenten	18
7. Weiss der Hausarzt um die Bedürfnisse seines „Partners“?	19
7.1. Relevanzmessung aus Anbietersicht	19
7.2. Klassischer Ansatz: Die direkte Einzelabfrage	19
7.3. Innovativer Ansatz: Die ranglistenbasierte Abfrage	20
7.4. Bedürfnisspezifische Segmentierung	22
7.5. Differenzierung zwischen den Arztsegmenten	23
8. Gibt es eine „ideale Partnerschaft“ zwischen Hausarzt und Patient?	24
8.1. Gegenüberstellung Ärzteprofil vs. Patientenprofil	24
8.2. Was ist eine „ideale Partnerschaft“?	24
8.3. Best szenario: Die „ideale Partnerschaft“	26
8.4. Worst szenario: Die „schwierigste Partnerschaft“	26
8.5. Interpretation	27
9. Finale Synthese und Ausblick	28
Résumé (Français)	29
Executive Summary (English)	30
Literaturhinweise	31
Anhang	33

Wie es zu dieser Studie kam ...

Die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient - aufrichtige Liebe oder nur eine leidliche Zweckgemeinschaft? Zugegeben: Dieser Titel klingt etwas skurril und gleichzeitig ungewöhnlich emotional, wenn man bei dem Thema "Hausarzt" zunächst an nüchterne klinische Fakten oder rational begründete Untersuchungen und Diagnosen denkt! Warum dieser Titel, warum diese vorliegende Arbeit?

Vor dem Hintergrund der grossen Hausarzt-demonstration im Frühjahr 2006 haben sich die Autoren dieser Arbeit die Frage gestellt, wie sich die Situation der Hausärzte aufgrund der sich ändernden Rahmenbedingungen im Praxisalltag selbst auswirkt. Wie sieht diese Beziehung zwischen Hausärzten und Patienten im täglichen Miteinander aus? Gibt es in der Arbeit mit den Patienten ebenso grosse Abgründe, wie sie im politischen Bereich von den Hausärzten ange-mahnt werden? Gilt der Patient mittlerweile nur noch als Nummer oder als gut verbuchte Abrechnungsziffer oder spiegelt sich im Umgang zwischen Hausarzt und Patient eine wahrhaft innige menschliche Fürsorglichkeit wider, so wie sie seit jeher die ureigenste Begründung des Berufs und der Berufung eines Hausarztes ist?

Das Image und der gesellschaftliche Stellenwert der Hausärzte in der Schweiz sind nach dieser Studie des LINK Instituts weiterhin in Takt. Patienten gehen nicht einfach nur zum nächstbesten Hausarzt, weil sie eben krank sind und jemanden auf die Schnelle brauchen, der sie wieder gesund macht. Loyalität und Kundenbindung spielen hier eine ganz zentrale Rolle. Im Sinne des Customer Experience Managements stellt sich die Frage, ob diese Kundenbindung von Hausärzten und Patienten gleichermaßen erlebt und gelebt wird und wie stark diese Kundenbindung den Praxisalltag prägt.

Wie so häufig in menschlichen Beziehungen, so hängt auch der Erfolg des Miteinanders von Hausarzt und Patient von jedem Einzelnen ab, von den Erwartungen, von den Bedürfnissen und vom Engagement eines jeden in dieser Beziehung. Die Autoren dieser Arbeit lösen die Frage, ob die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient eher Liebe oder doch nur eine Zweckgemeinschaft ist, differenziert auf und zeigen mit raffinierten statistischen Lösungen, warum es eben keine eindeutige Antwort auf diese Frage gibt und warum es Sinn macht, Marktforschungsergebnisse nicht immer nur im Gesamten zu betrachten, sondern nach einzelnen Respondertypen und Zielgruppen zu unterscheiden.

1. Die Situation der Hausärzte in der Schweiz

Können Sie sich noch erinnern? Es war am 1. April 2006 - eine Revolution schien auszubrechen! Tausende von Ärzten gingen vor dem Bundeshaus in Bern auf die Strasse, um gegen Einschnitte im Gesundheitswesen zu demonstrieren und zu protestieren - eine bislang beispiellose Welle von Empörung und Unmutsäusserung, die sich an diesem Tag entlud.

Vom Untergang der Hausärzte war da die Rede und dass es um das Überleben einer ganzen Berufsgruppe ginge. Schlüpft der Arzt auf einmal gar selbst ungewollt in die Rolle des Patienten, wenn es darum geht, im krankenden Gesundheitssystem in punkto finanzieller Entlohnung, beruflicher Freiheit und politischer sowie gesellschaftlicher Anerkennung etwa aufs Abstellgleis zu geraten?

In den letzten Jahren gab es eine Reihe von neuen Gesetzen im Gesundheitswesen, neue Strukturen und Entwicklungen, die alle darauf abzielten, mehr Effizienz, mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Gerechtigkeit zu erreichen. Doch wie so häufig, wenn es grössere Veränderungen gibt, zog dieser Umbruch als logische Folge nach sich, dass nicht alle Parteien, die davon betroffen

waren, besonders glücklich waren, u.a. die Hausärzteschaft.



Quelle: PrimaryCare 2006; 6: Nr. 14, S. 261

Um es kurz zu halten: Ein Grossteil der Schweizer Hausärzte fühlt sich von der Politik im Stich gelassen, wenn es darum geht, bessere Arbeitsbedingungen, mehr Mitsprache, eine stärkere Nachwuchsförderung und letzten Endes auch eine bessere Bezahlung durchzusetzen.

2. Der Mittelpunkt der hausärztlichen Arbeit

Ganz unabhängig davon, ob die Hausärzte mit ihren Forderungen Recht haben oder nicht - im Fokus der Arbeit der Hausärzte steht sicherlich die tägliche Arbeit mit ihren Patienten.

Auch wenn die sich möglicherweise verschlechternden Arbeitsbedingungen und politischen wie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die eigene Arbeit beeinträchtigen, ja sogar lähmen können, so steht immer noch im Mittelpunkt aller Fragen: Leistet der Hausarzt eigentlich das, was der Patient braucht und was er von ihm erwartet? Wie stark trifft der Hausarzt die Vorstellungen seiner Patienten von einem idealen Hausarzt? Und wie sehen diese Vorstellungen und Erwartungen der Patienten eigentlich konkret aus, nicht nur im medizinischen Sinne?

Wir als unabhängiges Marktforschungsinstitut sind dieser Frage - fern von allen politischen und

öffentlichen Diskussionen - im Detail nachgegangen und haben uns der Thematik sowohl von Patienten- als auch von Hausarztseite annähert und dabei versucht, beide Seiten miteinander in Einklang zu bringen.

Im Kern unserer Forschungsarbeit stand die zentrale Frage: Ist die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient eine aufrichtige Liebe oder doch nur eine leidliche Zweckgemeinschaft? - sprich: Wie sieht das tägliche Miteinander der beiden Parteien in der Realität wirklich aus? Wie stark identifizieren sich die Patienten mit ihren Grundversorgern, gibt es im Sinne einer starken Kundenbindung diese enge Verflechtung zum Hausarzt oder ist allein die Krankheit, sind allein die Beschwerden einzige Motivation des Patienten für den Besuch des manchmal nächstbesten oder nächstgelegenen Arztes?

3. Die Beziehungsanalyse - Studiendesign und Methodik

Für die Analyse dieser Beziehung zwischen Hausarzt und Patient haben wir im folgenden „beide Seiten getrennt voneinander befragt“ (wie es so schön in einer bekannten TV-Show heisst).

Im Frühjahr 2007 wurden von uns insgesamt 926 Personen aus der Deutsch- und Westschweiz im Alter von 15 bis 74 Jahren aus unserem Internetpanel befragt. Das Internetpanel von LINK ist das bislang einzige CATI-offline rekrutierte Internetpanel in dieser Grössenordnung, das es in der Schweiz gibt (Stand September 2007: > 55'000 aktive Teilnehmer). Dem Anspruch auf Repräsentativität können wir also ohne Zweifel gerecht werden!

Die Ergebnisse aus dieser umfangreich gestalteten Bevölkerungsstudie wurden in einem zweiten Schritt dazu verwendet, um für die Hausarztbefragung ein adäquates Gegenstück zu konzipieren.

161 Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Internisten mit vorwiegend hausärztlicher Tätigkeit wurden im Juni 2007 über unsere CATI-Labors in Zürich und Lausanne telefonisch befragt. Aufgrund der zufälligen Rekrutierung über allgemein publizierte Arztadresslisten und der hohen Erhebungsqualität in unseren CATI-Labors können wir bei den Ergebnissen auch hier von für die Schweiz allgemeingültigen Resultaten ausgehen.

Studienbeschreibung

▪ **Zielsetzung**

Was denken Hausärzte und Patienten über die Beziehung zueinander?

▪ **Methode**

Hausärzte: CATI-Befragung

Patienten: Online-Befragung

▪ **Felddaten**

Hausärzte: 04. bis 20. Juni 2007

Patienten: 08. bis 20. März 2007 (W1), 13. bis 26. April 2007 (W2)

▪ **Universum**

Hausärzte: Alle sprachassimilierten Allgemeinmediziner und hausärztlich tätigen Internisten aus der Deutsch- und Westschweiz

Patienten: Alle Personen aus der Bevölkerung der Deutsch- und Westschweiz im Alter von 15-74 Jahren, die das Internet nutzen

▪ **Stichprobe**

Hausärzte: n=161 Ärzte, bestehend aus 102 Allgemeinmedizinern und 59 Internisten

Patienten: n=926 Personen

4. Eine erste Annäherung

4.1. Das Ansehen der Hausärzte

Wagen wir einen ersten Blick auf das Thema mittels einer „Temperaturmessung“. Ab und zu wird ja in den Medien oder auch von diversen Organisationen, die ihre politischen Interessen durchsetzen wollen, behauptet oder zumindest der Anschein geweckt, dass das Image der Hausärzte in der Schweizer Bevölkerung nicht gerade zum besten bestellt sei.

Wir wollen dazu den Gegenbeweis antreten. Auf einer Skala von 0 bis 100 liegt das Image der

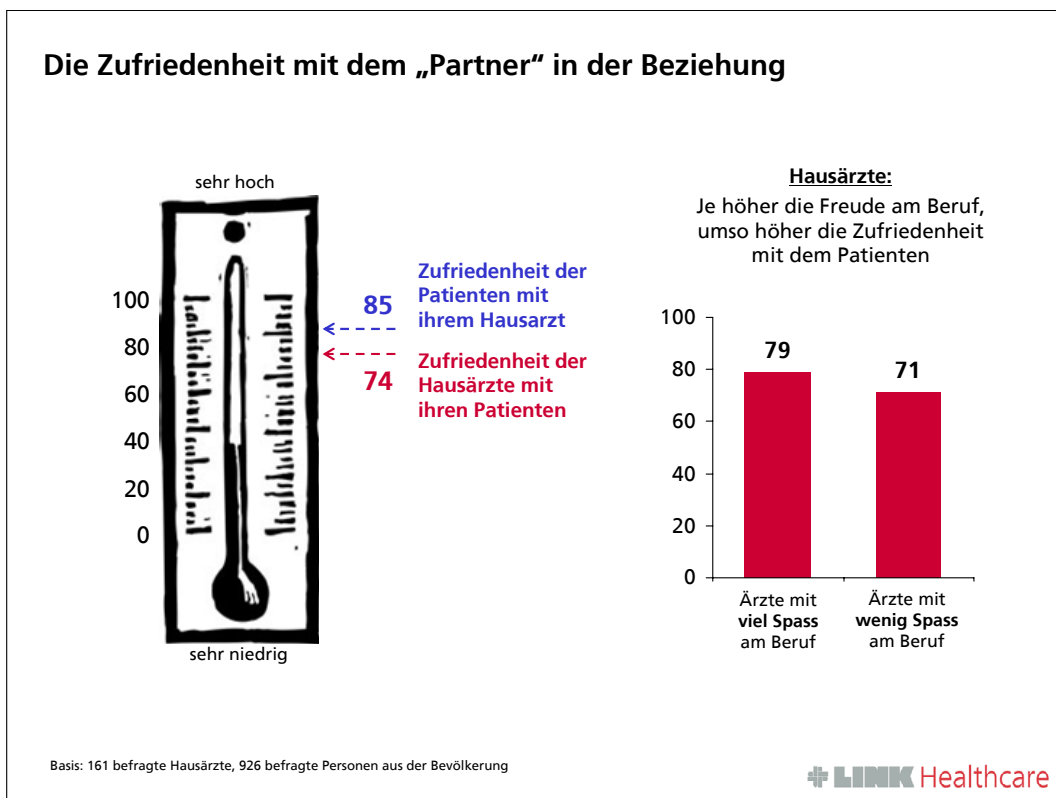
Schweizer Hausärzte aus Sicht der Patienten bei einem Durchschnittswert von 72 Punkten. Die Hausärzte selbst vergeben hier 69 Punkte - insgesamt bei weitem also nicht so schlecht, wie es manchmal behauptet wird.

Top-Werte in den obersten Punktebereichen werden dabei allerdings nicht so häufig gegeben. Nur 43% der Patienten und 33% der Hausärzte sind demzufolge vom guten Image der Hausärzte voll und ganz überzeugt.

4.2. Zufriedenheit und Spass am Beruf

Höhere Werte erreicht man hingegen in der Frage nach der Zufriedenheit mit dem jeweiligen „Partner“. Während die Patienten in der Bewertung ihrer Zufriedenheit mit dem eigenen Hausarzt durchschnittlich 85 von 100 Punkten geben, erreichen sie selbst in der Gunst der Hausärzte immerhin einen Wert von 74, gemessen an der Zufriedenheit der Ärzte mit der Compliance ihrer Patienten.

Als weiteren Gradmesser für eine erste Gesamteinschätzung der Arzt-Patienten-Beziehung haben wir ausserdem den Aspekt der Arbeitsfreude hergenommen, die die Hausärzte in ihrem täglichen Beruf verspüren. Immerhin 84% der befragten Hausärzte geben an, in ihrem Berufsalltag sehr viel Spass oder häufig Spass zu haben, nur 1% der Befragten hat gar keinen Spass am Beruf.

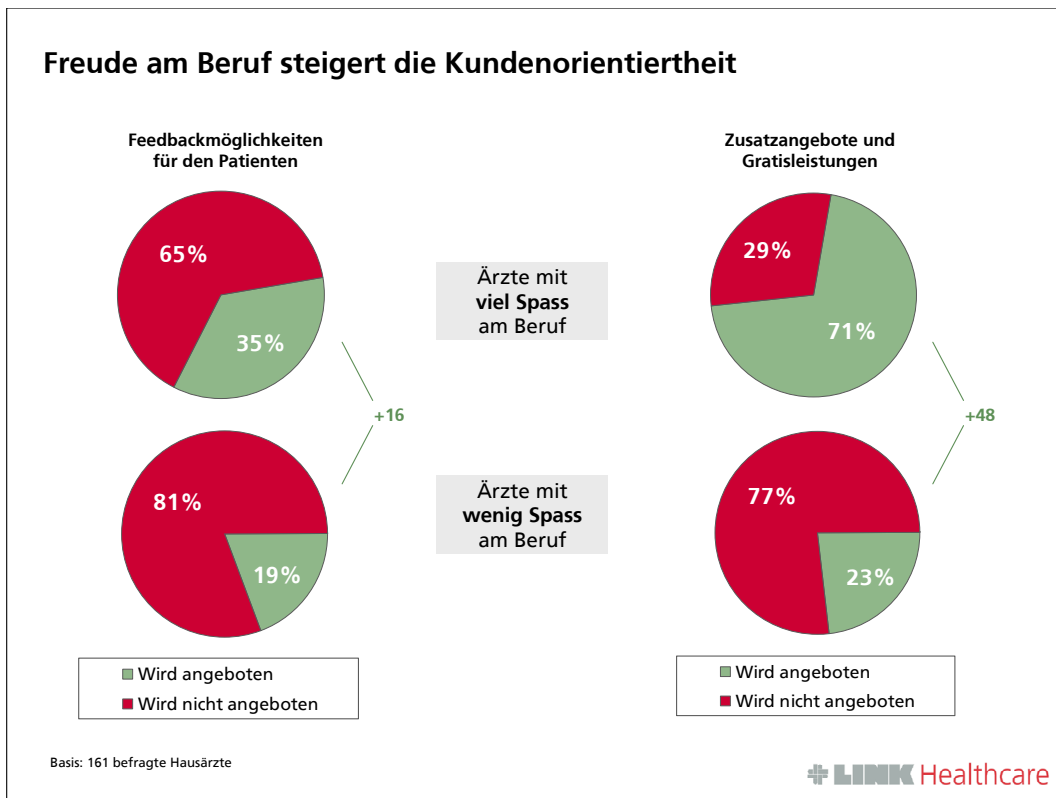


Wie wichtig eine grundsätzlich positive Einstellung der Hausärzte zu ihrem Beruf ist, zeigt eine Subanalyse zu den Ärzten, die in der Top-Gruppe mit sehr viel Spass zu finden sind (21%). In dieser Gruppe sind die Werte für die Zufriedenheit mit den Patienten signifikant höher als bei den restlichen Befragten, die nicht ganz so viel Spass an ihrem Beruf haben.

Des weiteren lässt sich feststellen, dass eine erhöhte berufliche Zufriedenheit mit einem erhöhten Involvement und Engagement für die Arzt-Patienten-Beziehung einher geht, und zwar über die reine medizinische Behandlung hinaus.

Insbesondere dem Patienten die Gelegenheit einzuräumen, dem Arzt z.B. über Feedback-Postkarten, Kummerkästen oder dergleichen eine schriftliche Rückmeldung über die eigene Zufriedenheit mit dem Arzt und der Praxis zu geben, wird in der Top-Gruppe der Ärzte mit viel Spass am Beruf deutlich häufiger angeboten.

Ebenso stehen Gratisangebote, Sonderaktionen rund um die Gesundheit sowie Zusatzuntersuchungen bei diesen Ärzten häufiger auf der Liste als bei den Kollegen, die manchmal etwas missmutig ihren Job ausführen.

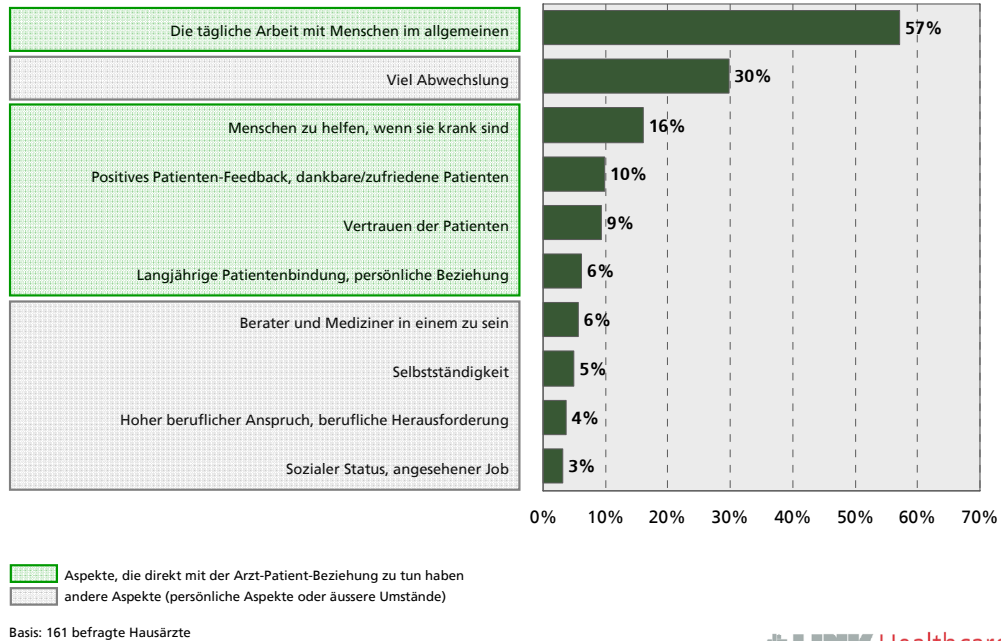


4.3. Pro und Contra im täglichen Umgang mit dem Patienten

Wie äussert sich nun die Zufriedenheit der Hausärzte in der täglichen Arbeit mit ihren Patienten im Detail? Was sind die Hauptaspekte, die dem hausärztlich tätigen Allgemeinarzt oder Internisten am meisten gefallen und die den Beruf wertvoll machen?

Im wesentlichen ist es die Arbeit mit Menschen an sich, d.h. die vielen Kontakte, die Abwechslung und die Unterstützung, die sie den Menschen geben können, den Patienten zu helfen, wenn sie krank sind, das Vertrauen der Patienten zu spüren. Eine sehr persönliche Beziehung und soziale Nähe scheint sich hier auszudrücken.

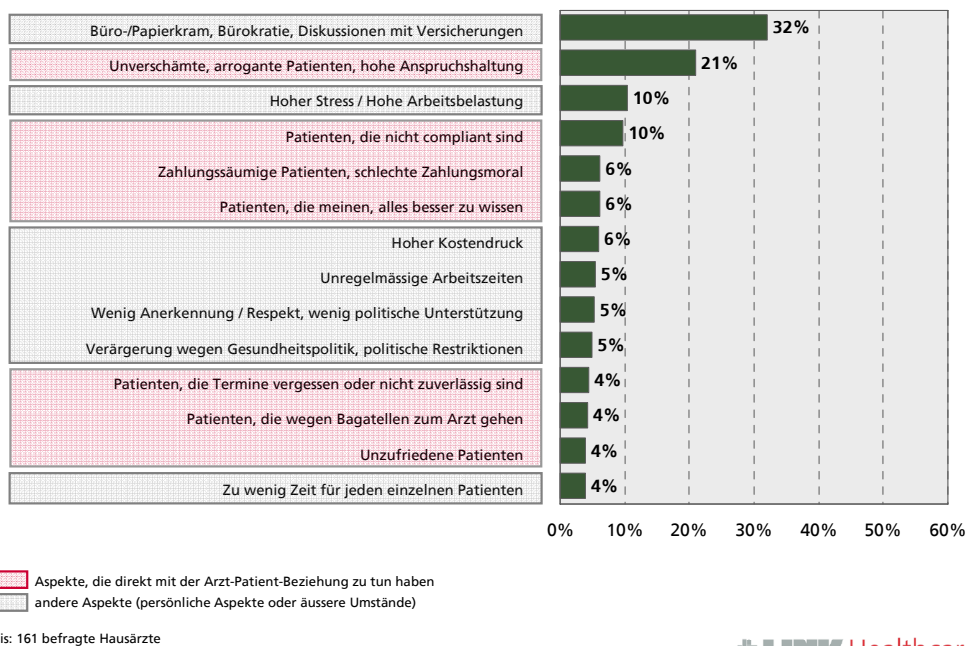
Was den Hausärzten an ihrem Beruf sehr gefällt...



Im Gegensatz dazu gibt es immer wieder Patienten, die den Hausärzten das Leben schwer machen, sei es aufgrund von Zahlungsverzug, Unpünktlichkeit oder übertriebenen resp. unverhältnismässig geäusserten Ansprüchen. Neben diesen meist nachrangig genannten negativen Eindrücken

von der Arbeit mit ihren Patienten belasten insbesondere der überhand nehmende Bürokratismus, der Stress und Ärger mit den Versicherungen sowie die gesundheitspolitischen und äusseren Rahmenbedingungen die Hausärzte in hohem Masse.

Was den Hausärzten an ihrem Beruf nicht gefällt...



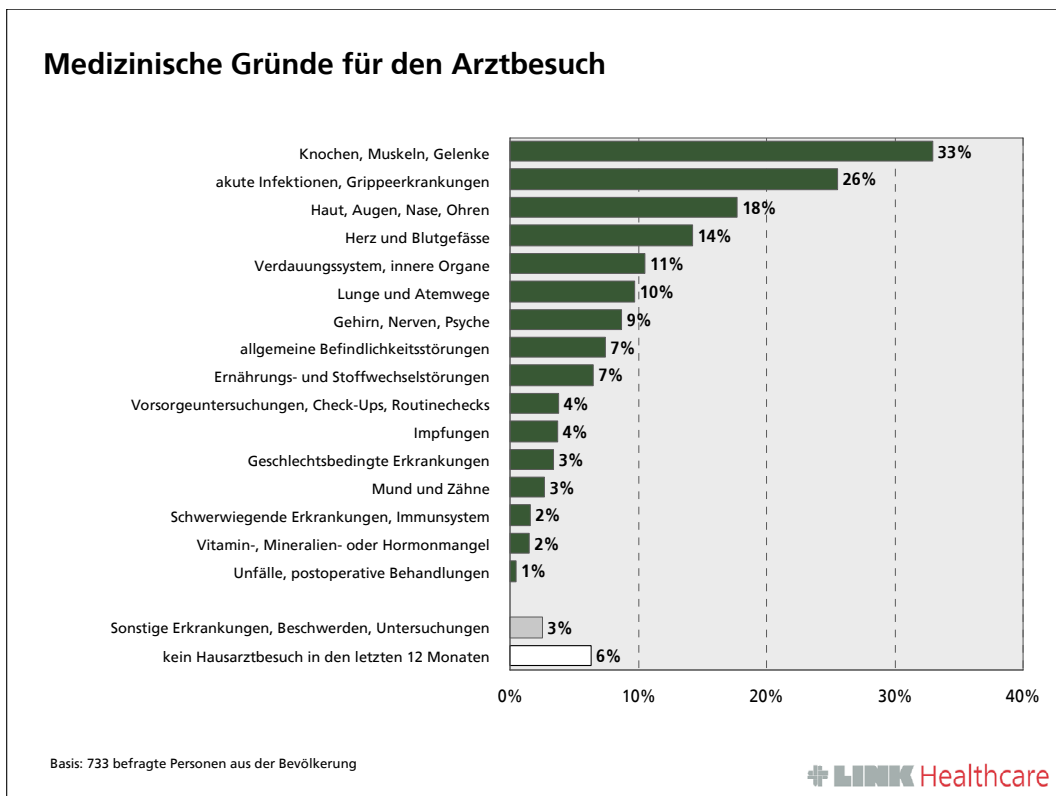
4.4. Gesundheitliche Hintergründe des Hausarztbesuchs

Wenden wir uns der Patientenseite zu: Warum geht ein Patient zu seinem Hausarzt? Und warum geht er gerade zu diesem und nicht zu einem anderen?

Zunächst sei erwähnt, dass die befragten Personen aus der Bevölkerung sich nach eigenen Angaben relativ gesund fühlen. Entweder bezeichnen sie ihren Gesundheitszustand als top-fit (27%) oder zumindest als gut (59%). 14% geben hingegen an, dass es ihnen durchaus besser

gehen könnte und sie ihren Hausarzt wegen ihrer Beschwerden regelmässig aufsuchen.

Anlass für den Hausarztbesuch sind dabei meistens Beschwerden im skelettären System (33%) oder typische Grippe- und Erkältungskrankheiten (26%). Vorsorgeuntersuchungen (4%) werden relativ selten genannt, auch bei Impfungen (4%) könnte man sich, gesundheitsökonomisch betrachtet, durchaus höhere Werte wünschen.



Insgesamt sind die Patienten gegenüber ihren Hausärzten eigenen Angaben zufolge sehr loyal. Immerhin jeder Vierte ist bereits seit über 20 Jahren bei „seinem“ Hausarzt in Behandlung, bei nur 19% besteht diese Beziehung weniger als fünf Jahre.

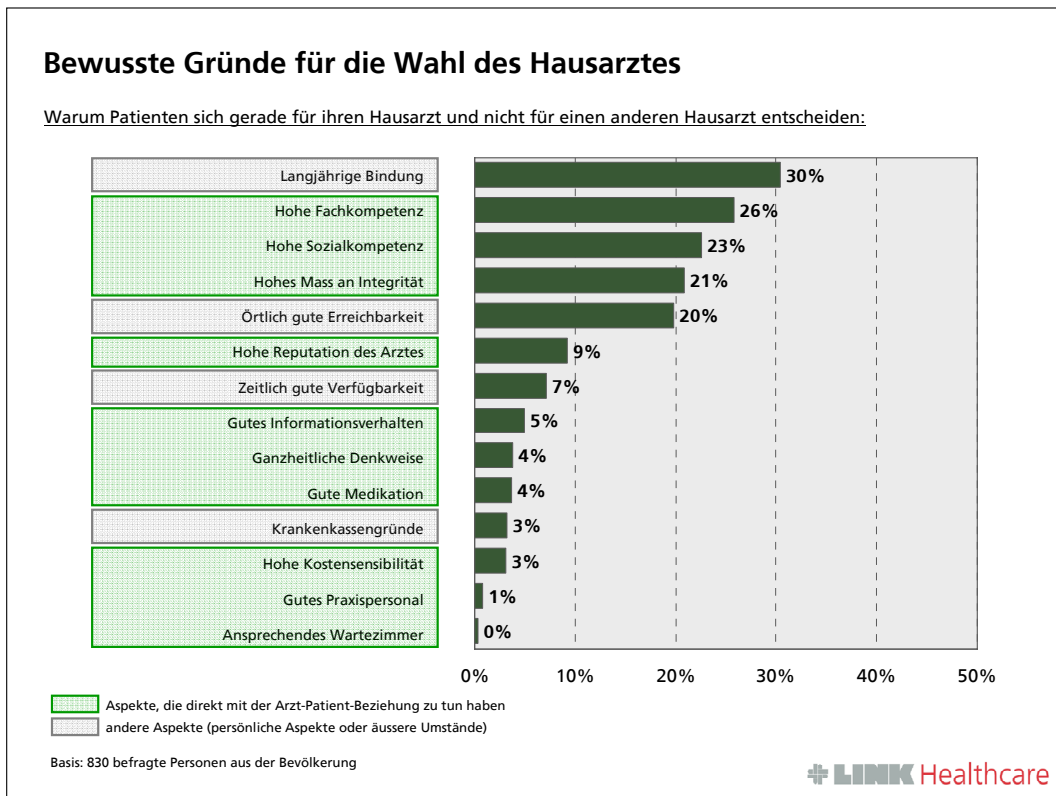
Auch das gewählte Krankenversicherungsmodell spielt eine Rolle. 18% der Befragten haben sich für ein HMO-Modell entschieden. Hier müssen

sich die Patienten im Fall des Falles immer zuerst an das ihnen zugewiesene HMO-Gesundheitszentrum (HMO=Health Maintenance Organisation) wenden, wo sie dann zentral behandelt werden. Im Gegenzug dazu profitieren Patienten dieses Versicherungsmodells von geringeren Prämien. Ähnliches gilt für das sog. Hausarztmodell, dem sich 29% der Befragten zugehörig zählen.

4.5. Gründe für die Wahl und den Wechsel des eigenen Hausarztes

Die langjährige Bindung des Patienten an den eigenen Hausarzt ist ausgesprochen wichtig und entscheidend dafür, warum der Patient gerade „seinen“ und nicht einen anderen Hausarzt wählt. „Er kennt mich eben am besten und am

längsten“, heisst es häufig. Hohe fachliche und soziale Kompetenz sowie die von einem Arzt ebenfalls erwartete Integrität und Empathie sind weitere ausschlaggebende Gründe für eine starke Arzt-Patienten-Bindung.

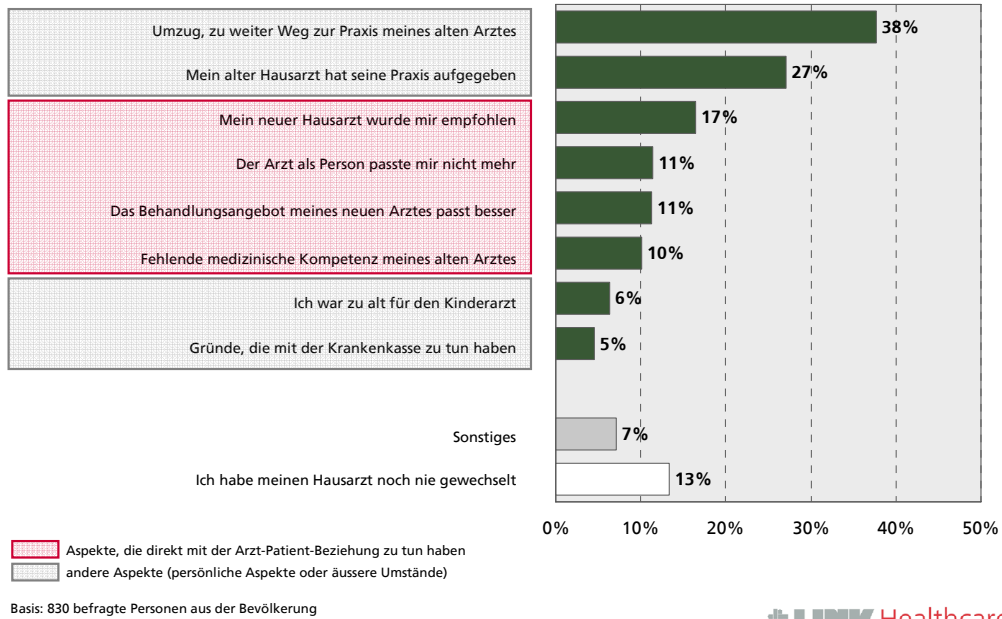


Umgekehrt gefragt, warum die Wege zwischen Patient und Hausarzt sich irgendwann wieder trennen, bekommt man von den meisten Befragten relativ banale organisatorische Gründe genannt, sei es dass entweder der Patient oder der Arzt seinen Wohnort wechselt oder dass der

Arzt sich aus dem Berufsleben zurückzieht oder anderweitig seine Praxis aufgibt. Etwaige Unzufriedenheiten der Patienten z.B. mit der Person oder der Kompetenz des Arztes werden hier meist nachrangig angeführt.

Bewusste Gründe für den letzten Hausarztwechsel

Warum Patienten sich von ihrem bisherigen Hausarzt abwenden:



Dies soweit einige erste Eindrücke und Einblicke in das Hausarzt-Patienten-Verhältnis, das auf den ersten Blick recht positiv aussieht. Doch es stellt sich die Frage, wo wir in unserer Analyse noch tiefer einsteigen müssen? Erfüllt der Hausarzt wirklich alle Anforderungen und Erwartungen seiner Patienten?

Um diese Frage beantworten zu können, wenden wir uns im folgenden der Patientenseite zu.

Diese muss der Ausgangspunkt dafür sein, wenn wir verstehen wollen, wann ein Patient seine Erwartungen erfüllt bekommt und wann er - allgemein gesprochen - als Kunde mit seinem Anbieter zufrieden ist oder nicht. Nur dann können wir sagen, ob diese Hausarzt-Patienten-Beziehung gemäss dem Titel dieser Arbeit wirklich Liebe oder doch nur eine Zweckgemeinschaft im Sinne einer medizinischen Grundversorgung darstellt.

5. Was ist dem Patienten in der Beziehung zum eigenen Hausarzt wichtig?

5.1. „The Gap“

Wie bei jeder Kundenzufriedenheitsmessung soll es unser Ziel sein herauszufinden, wo es Differenzen in der Wahrnehmung der Beziehung durch die Patienten (Kunden) auf der einen und der Einschätzung durch die Hausärzte (Dienstleistungsanbieter) auf der anderen Seite gibt.

Wann ein Patient mit seinem Hausarzt zufrieden ist oder nicht, hängt also im wesentlichen weniger davon ab, was der Hausarzt de facto leistet, sondern ob seine Leistung die Erwartungshaltung seiner Patienten trifft oder nicht.

5.2. Relevanzmessung aus Kundensicht

Wie misst man diese Erwartungshaltung am besten? Was ist dem Patienten in der Beziehung zu seinem Hausarzt besonders wichtig?

Die zentrale Fragestellung für eine derartige Kundenbefragung lautet allgemein:

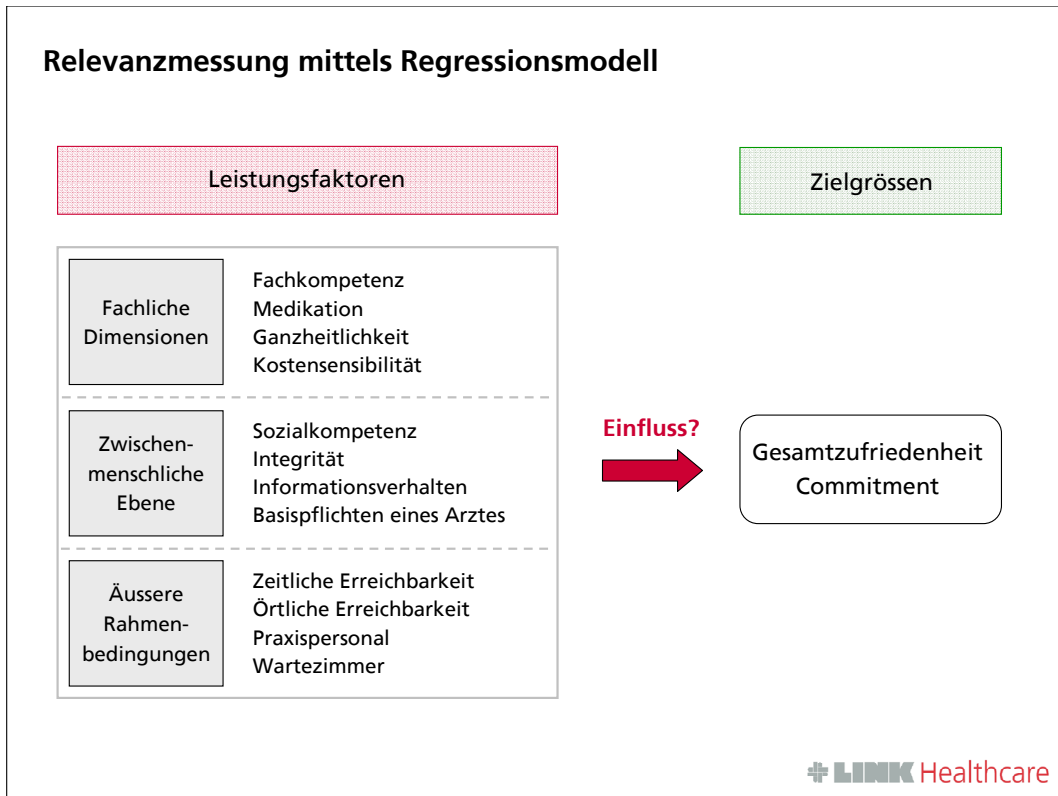
Wie kann man herausfinden, was die wichtigsten, d.h. verhaltensrelevantesten Leistungskriterien für angebotene Dienstleistungen aus **Kundensicht** sind?

Natürlich ist es möglich, die Relevanz direkt abzufragen, z.B. auf einer 7er-Skala nach dem Schema: „Wenn Sie einmal an Ihren Hausarzt denken, wie wichtig sind Ihnen folgende Eigenschaften?“ Hiervon haben wir Ihnen bereits vorhin einige konkrete Beispiele vorgestellt.

Typisch für die direkte Abfrage ist es, dass spontane kognitiv-bewusste Antworten auf offen und direkt gestellte Fragen gegeben werden. Dies kann in vielen Fällen wertvolle Erkenntnisse bringen, wenn Erklärungen für einfache Verhaltensprozesse gesucht werden.

Unbewusste Motivationen und Einstellungen werden mit dieser Befragungstechnik dagegen nicht abgedeckt. Insbesondere bei komplexen Kauf- oder Verhaltensentscheidungen, die stark emotionalisiert, habitualisiert oder z.B. aufgrund der Erziehung sehr vielschichtig und individuell erfolgen, reicht eine direkte Abfragemethode nicht mehr aus, ja mitunter können sogar ungewollt falsche Ergebnisse generiert werden!

Die Methode der Wahl in solchen Fällen ist die Regressionsanalyse. Wir haben uns daher für ein Regressionsmodell mit Leistungs- und Zielgrößen entschieden, bei dem die relevanten Leistungsdimensionen nicht direkt, sondern indirekt ermittelt werden.



Die Methode bietet sich insbesondere auch deswegen an, weil Zielgrößen verwendet werden (z.B. die Gesamtzufriedenheit mit dem Anbieter oder die Weiterempfehlungsbereitschaft seitens des Kunden), die als **Zielparameter** und damit als Berechnungsgrundlage für eine Regressionsanalyse dienen.

Als Gegenpart zu den Zielgrößen gibt es eine ganze Reihe von **Leistungsparametern**, die den Respondenten zur Beurteilung vorgelegt werden.

Über die Regressionsanalyse soll herausgefunden werden, wie gross der Einfluss jeder einzelnen Leistungsdimension auf die Zielgrößen ist. Je grösser der Einfluss, umso relevanter auch die jeweilige Dimension.

In unserer konkreten Studie sollten die Befragten auf einer 7-stufigen Skala angeben, ob das jeweilige Leistungskriterium durch den eigenen Hausarzt gut oder weniger gut erfüllt wird (z.B.

„Mein Hausarzt kann gut zuhören“, „Mein Hausarzt ist freundlich“, „Die Wartezeiten in der Praxis sind immer kurz“ usw.).

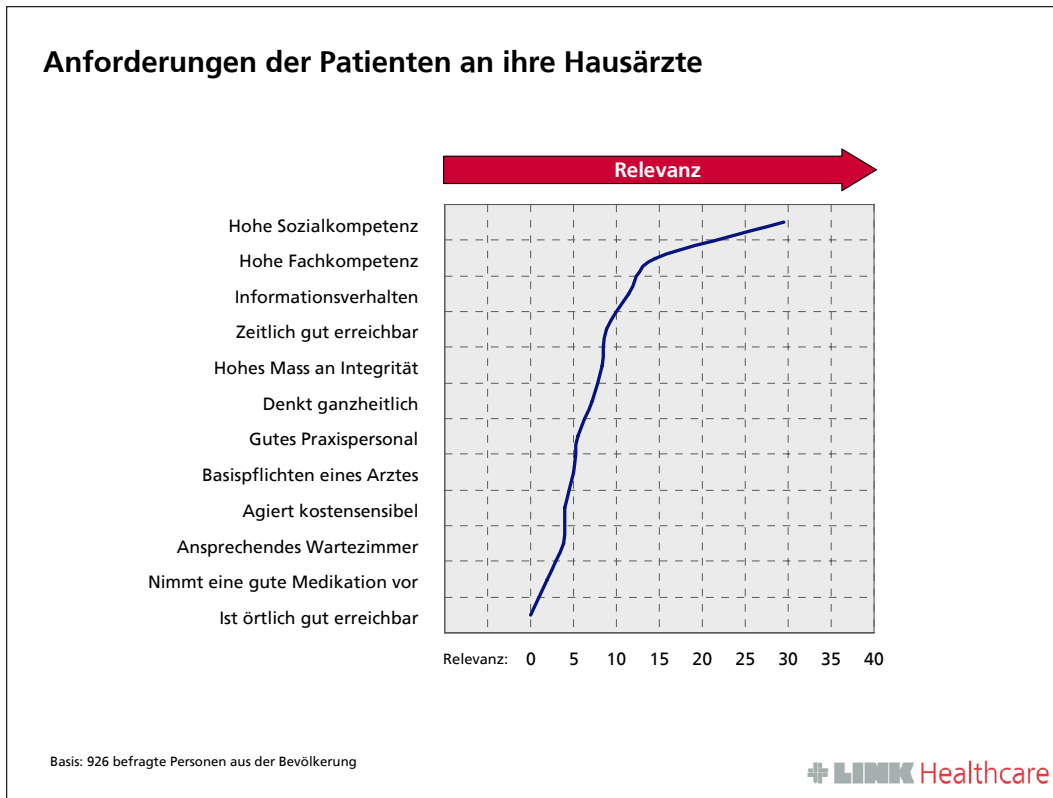
Um die Komplexität der Analyse und den Umfang des doch recht umfassenden Kriterienkatalogs ohne grossen Informationsverlust zu reduzieren, wurden in einem ersten Schritt mit Hilfe einer Faktorenanalyse 12 Leistungsdimensionen ermittelt. (Das Ergebnis dieser Analyse haben wir in den Anhang gestellt!)

Nach der erfolgten Faktorenanalyse konnten wir nun mittels einer multiplen Regressionsanalyse für alle 12 Leistungsfaktoren berechnen, welcher Einfluss von den einzelnen Faktoren auf die Zielgrößen ausgeht. Die Höhe des Einflusses stellt letztendlich das Ausmass der Relevanz der einzelnen Leistungsdimensionen für die Zufriedenheit des Kunden, in unserem Fall des Patienten, dar.

5.3. Zufriedenheit als Entscheidungsgrundlage

Dem Ergebnis nach haben Kriterien, die mit der Sozialkompetenz des Arztes zu tun haben, den grössten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit mit dem Hausarzt, erst mit grösserem Abstand

dahinter folgen die fachliche Kompetenz und das Informationsverhalten, das der Arzt gegenüber seinem Patienten zeigt.



Die gute örtliche Erreichbarkeit hingegen zeigt von allen 12 Leistungsfaktoren keine signifikante Relevanz und damit den geringsten Beitrag zur Gesamtzufriedenheit. Das bedeutet zwar nicht, dass dieses Kriterium für die Wahl des Arztes keine entscheidende Rolle spielen würde, aber für die Zufriedenheit mit dem Hausarzt hat dieser Punkt keine Bedeutung.

welchen Gründen heraus eine Entscheidung getroffen wird. Diese beiden Punkte müssen nicht unbedingt deckungsgleich sein. Zum Beispiel kann ein Hausarzt Top-Werte bei der Patientenzufriedenheit aufgrund seiner hohen Sozialkompetenz aufweisen. Wenn dieser Arzt aber nicht in der Nähe des Patienten seine Praxis hat oder umzieht, nützen ihm diese hohen Zufriedenheitswerte nicht sehr viel.

Es ist also wichtig zu unterscheiden, aus welchen Gründen heraus Zufriedenheit entsteht und aus

6. Customer Experience: Jeder tickt anders!

6.1. Menschen sind verschieden

Geht man etwas tiefer ins Detail der Regressionsanalyse, so erkennt man, dass dieses Gesamtergebnis zwar schon sehr zufriedenstellend ist, aber noch nicht ausreicht, um die Patientensicht umfassend zu verstehen.

Je nach Persönlichkeit gibt es unterschiedliche Typen oder Muster, nach denen die Befragten ihre Antworten geben. Das liegt daran, dass Menschen grundsätzlich verschieden sind. Sie haben unterschiedliche Kundenbedürfnisse, unterschiedliche Erwartungen an den Anbieter, unterschiedliche Erfahrungen und zeigen unterschiedliche Verhaltensweisen und Reaktionen.

Das bedeutet aber auch, dass in unserem Fall jeder Patient seine Beziehung zum Hausarzt anders wahrnimmt und anders beurteilt. Das Kundenerlebnis wird stets unterschiedlich verarbeitet und bewertet. Ein Gesamtergebnis auf aggregierter Stufe würde dieser Tatsache insgesamt zu wenig Rechnung tragen.

Aus diesem Grund haben wir uns in einem nächsten Schritt dazu entschlossen, diese unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen über geeignete Segmentierungen stärker zu berücksichtigen, ein wesentliches Element im Rahmen des „Customer Experience Managements“ (CEM).

6.2. Customer Experience Management

6.2.1. Grundlagen

Grundlage des „Customer Experience Managements“ (CEM) ist es, die unterschiedlichen Persönlichkeitsstrukturen und Erfahrungen, die der Kunde mit einem Produkt, einem Angebot, einem Unternehmen oder einem Dienstleister sammelt, zu bündeln und entsprechend zu nutzen.

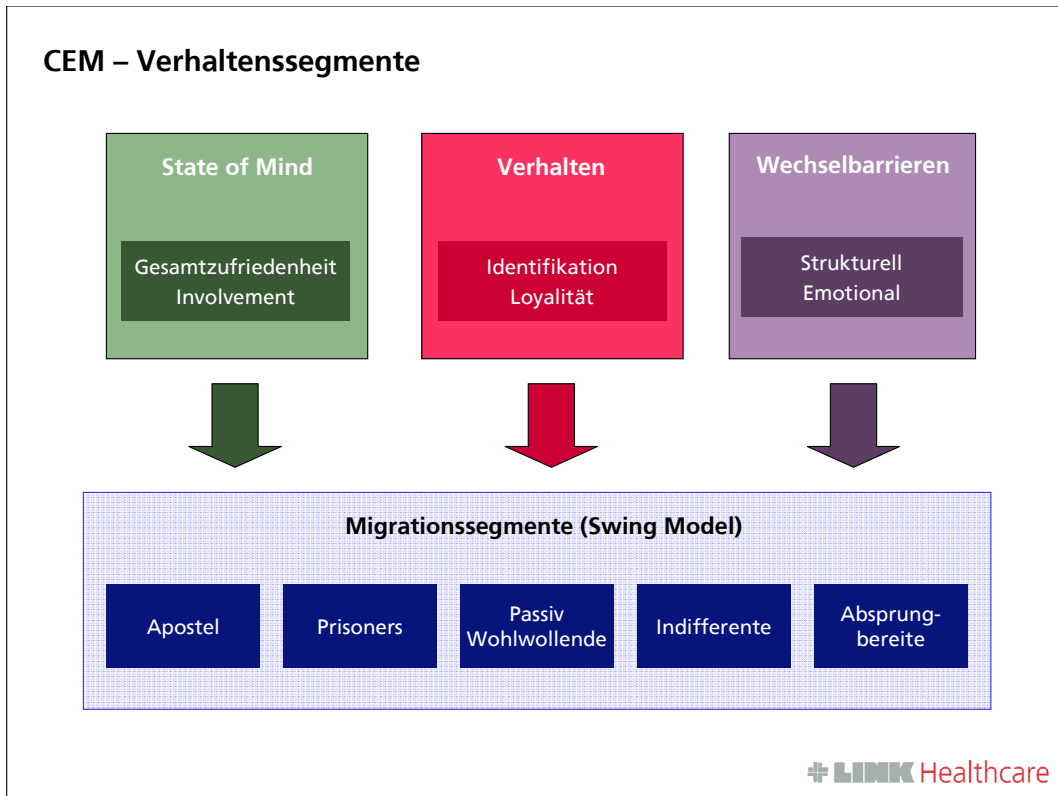
Dazu muss man natürlich erst einmal diese unterschiedlichen Strukturen kennen. Je nach Zielsetzung der Studie kann man sich an den Werten, den Bedürfnissen, Einstellungen, Erfahrungen oder den Verhaltensweisen der Kunden orientieren.

Da es unser Ziel sein soll, das zukünftige Kundenverhalten unserer Patienten mit Blick auf die Beziehung zu ihren Hausärzten im Detail zu untersuchen und zu differenzieren, bietet es sich an, sich primär auf die Verhaltensweisen der Patienten zu konzentrieren, um vor dem Hintergrund von Zufriedenheit, Loyalität und persönlichem Involvement z.B. die Wechselbarrieren und Abwanderungsmotive oder die Weiterempfehlungsbereitschaft des Patienten stärker zu durchleuchten.

6.2.2. Migrationsanalyse

Die von uns erhobenen Informationen zur Gesamtzufriedenheit, zum persönlichen Involvement des Patienten in die Beziehung zu seinem Hausarzt, zu seiner Identifikation und Loyalität mit dem Arzt sowie zu den möglichen strukturellen wie emotionalen Wechselbarrieren lassen sich hervorragend für eine Segmentierung nutzen.

Da es sich hierbei um ein Modell der Kundenwanderung handelt, haben wir diese Segmente auch „Migrationssegmente“ (lat.: migrare = wandern) genannt, um das Selektionsverhalten der Patienten bei der Wahl und Abwahl des eigenen Hausarztes entsprechend abzubilden und zu antizipieren.



Anhand der ermittelten Zielgrößen erhalten wir mittels einer Clusteranalyse insgesamt 5 verschiedene Segmente, die sich wie folgt beschreiben lassen:

(1) *Apostel* (ca. 40%):

Die Paradekunden: Sie sind gegenüber ihrem Hausarzt hochgradig committed und tragen ihr positives Bild, das sie von ihrem Hausarzt haben, in die Welt. Die Bindung und Loyalität dieser Gruppe an den eigenen Hausarzt sind äusserst hoch.

(2) *Prisoners* (ca. 9%):

Hierunter verstehen wir Patienten, die aufgrund hoher struktureller Wechselbarrieren zwar ebenfalls stark an ihren Hausarzt gebunden sind, aber mit dieser Situation eher unglücklich sind. Sollten irgendwann in der Zukunft diese Barrieren fallen, würden diese Patienten ihren Hausarzt wechseln.

(3) *Passiv Wohlwollende* (ca. 19%):

Die bequemste Gruppe: einerseits sehr zufrieden, andererseits aber auch mit wenig Involvement in ihre Beziehung zum Hausarzt. Die emo-

tionalen Wechselbarrieren sind relativ hoch, die Identifikation mit dem eigenen Hausarzt aber ist relativ niedrig.

(4) *Indifferente* (ca. 14%):

Hierunter fallen z.B. viele HMO-versicherte Patienten, die ebenfalls ein sehr geringes Involvement zeigen. Die Beziehung zum Hausarzt ist relativ unwichtig, Hauptsache man ist medizinisch gut versorgt. Die Zufriedenheit ist mässig, emotionale Wechselbarrieren sind ebenfalls nicht besonders hoch.

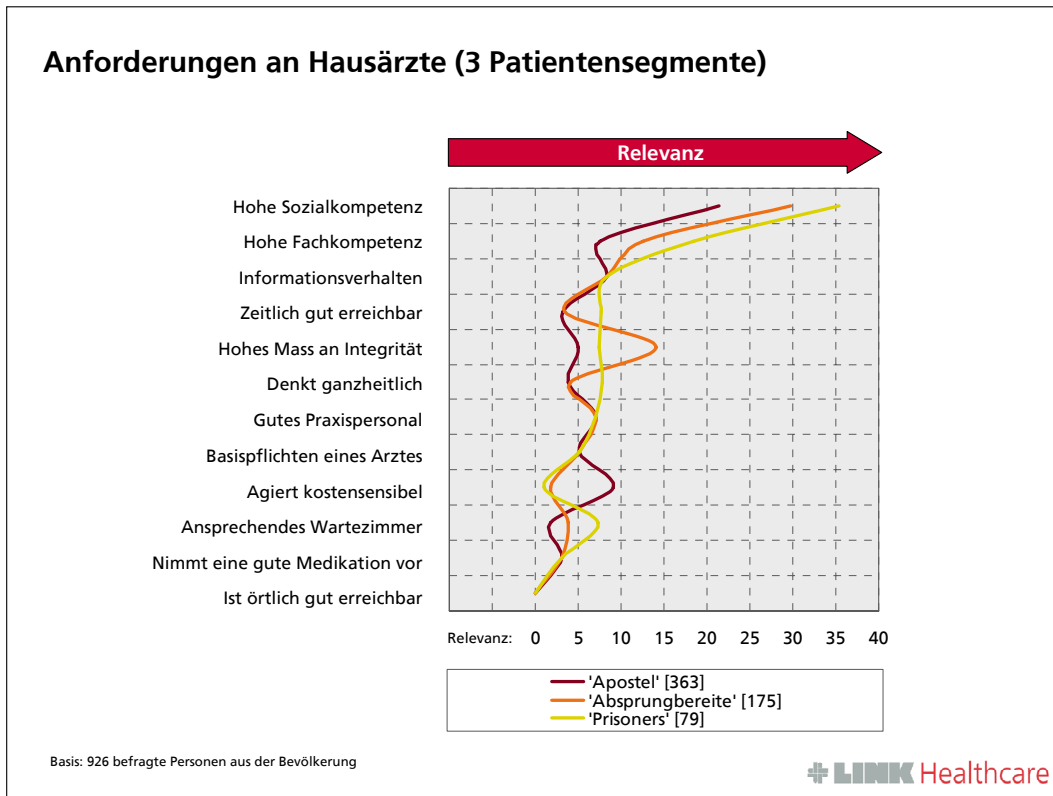
(5) *Absprungbereite* (ca. 19%):

Die kritischste Gruppe mit Blick auf die Kundenbindung! Jeder fünfte Befragte fällt in dieses Segment, in dem die strukturellen und emotionalen Wechselbarrieren ziemlich gering sind. Diese Patienten sind insgesamt kritisch eingestellt und wechseln schnell ihren Arzt, wenn ihnen etwas nicht passt. Loyalität und Identifikation sind hier eher gering.

6.2.3. Vergleich zwischen den Migrationssegmenten

Spannend wird es nun, sich diese unterschiedlichen Segmente auf der Stufe der Leistungsdimensionen anzusehen. Welche Leistungsfaktoren werden von welchen Segmenten als mehr oder weniger wichtig bewertet? Wie unterscheiden sich die Segmente untereinander? Gibt es überhaupt signifikante Unterschiede?

Das Ergebnis dieses Segmentvergleichs ist beeindruckend und eindeutig. Im folgenden haben wir einmal eine Gegenüberstellung der drei markantesten Segmente abgebildet: *Apostel*, *Ab sprungbereite* und *Prisoners*.



Die Gruppe der *Apostel* misst im Vergleich zu anderen Segmenten der Sozial- und Fachkompetenz sowie der Integrität des Arztes eine tiefere Bedeutung und im Gegenzug dazu der Kostensensibilität des Arztes eine höhere Bedeutung bei.

Eine mögliche Erklärung für dieses Ergebnis könnte darin liegen, dass die drei zuerst genannten Punkte in den Augen der *Apostel* bereits so gut von deren Hausärzten erfüllt werden, dass andere Punkte etwas stärker in den Vordergrund rücken und sie deswegen im Vergleich mit anderen Segmenten als weniger relevant eingestuft werden.

Entgegen gesetzt hierzu stellen sich die Ergebnisse bei den *Absprungbereiten* und den *Prisoners* dar. Für diese Segmente erhalten wir deut-

lich höhere Relevanzwerte im Bereich der Sozial- und Fachkompetenz oder auch bei der Integrität des Arztes, die insbesondere bei den *Absprungbereiten* einen hohen Stellenwert einnimmt - möglicherweise aus dem Grund, weil hier die Unzufriedenheit dieser Patienten besonders hoch ist.

Dass Relevanzwerte bei hohem Erfüllungsgrad sinken und bei niedrigem Erfüllungsgrad steigen können, ist durchaus nicht ungewöhnlich. Das kann damit zusammenhängen, dass solchen Kriterien, die als selbstverständlich angenommen und grundsätzlich erwartet werden, eine umso höhere Bedeutung beigemessen wird, wenn sie nicht erfüllt werden. In unserem Fall könnten das z.B. die Sozialkompetenz oder die Integrität des Arztes sein.

7. Weiss der Hausarzt um die Bedürfnisse seines „Partners“?

7.1. Relevanzmessung aus Anbietersicht

Als nächsten Schritt galt es herauszufinden, ob die Hausärzte die Relevanz der einzelnen Faktoren für die Patienten richtig einschätzen oder nicht, ob also die Hausärzte richtigerweise vermuten, welche Dinge ihren Patienten für das gegenseitige Verhältnis wichtig sind.

Die zentrale Fragestellung für die Hausarztbefragung lautete allgemein:

Wie kann man herausfinden, was die entscheidungs- und verhaltensrelevanten Leistungskriterien für angebotene Dienstleistungen für den Kunden aus **Anbietersicht** sind?

Spontan gesagt, wäre es ja naheliegend, bei der Hausarztstudie ähnlich wie bei der Patientenstudie vorzugehen, sprich über die Abfrage von Leistungskriterien nach deren Erfüllung mit anschließender Faktoren- und Regressionsanalyse einen ähnlichen Output zu erhalten.

So ein Vorgehen würde jedoch folgendes bedeuten:

- Die Hausärzte müssten sich bei allen abgefragten Kriterien selbst direkt nach ihrer eigenen Leistung bewerten. Doch wer mag schon von sich behaupten, dass er z.B. wenig Sozialkompetenz hat, selbst wenn die Patienten das so sehen würden? Das Result

tat wären also überaus positive Einheitsergebnisse bei allen abgefragten Kriterien, die dann wenig differenzieren würden.

- Das praktische Problem bei diesem Vorgehen wäre ausserdem die Tatsache, dass man in der Analyse trotz gleicher Methodik andere Faktoren erhalten würde und diese dann nicht mehr den Ergebnissen der Patienten gegenüberstellen könnte.
- Die alles entscheidende Frage bei der Relevanzermittlung aus Anbietersicht ist aber, ob die Anbieter (Hausärzte) die Bedürfnisse ihrer Kunden (Patienten) bewusst richtig einschätzen und in der Folge ihre Dienstleistung möglichst adäquat auf ihre Kunden abstimmen. Eine Methode, die unbewusste Motive und Wahrnehmungen des Anbieters untersucht (was bei einer Regressionsanalyse mit Leistungs- und Zielgrössen der Fall wäre), wäre hier also nicht geeignet, weil dazu das entsprechende Gegenstück aus Patientensicht fehlen würde.

Es war also notwendig, dieselben Faktoren, die wir zuvor im Rahmen der Patientenbefragung analysiert haben, von den Ärzten bewusst einschätzen zu lassen, und zwar in einer Form, dass gut differenzierte Antworten und realistische Werte generiert werden.

7.2. Klassischer Ansatz: Die direkte Einzelabfrage

Schwierig gestaltete sich die Lösung insofern, dass man die Ärzte schlecht nach der Relevanz jeder einzelnen Leistungsdimension direkt fragen konnte, quasi in Form der klassischen Skalenabfrage: „Wie wichtig, glauben Sie, ist für einen Patienten im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung die Sozialkompetenz des Arztes?“

Folgende Schwachstellen brächte diese traditionelle Methode der direkten Einzelabfrage mit sich:

- Anspruchsinflation: Bei vielen Kriterien würden ohne jegliche Abstufungen Maximalwerte vergeben werden, weil alle Kriterien als wichtig vermutet würden. Die Varianz zwischen den Kriterien wäre entsprechend

niedrig, eine eindeutige Unterscheidung, welche Faktoren wichtig und welche weniger wichtig wären, würde damit deutlich erschwert werden.

- Tendenz zu sozial erwünschten Antworten (Gefälligkeitsantworten): In Anlehnung an den vorherigen Punkt würden die Antworten und Einschätzungen der Hausärzte zu positiv ausfallen, da sie aus sozialer Erwünschtheit heraus nicht annehmen würden, dass die Kriterien für den Patienten unwichtig wären.
- Unterschiedliche Skalenausnutzung: Ein Abgleich zwischen den einzelnen Befragten würde sich insofern etwas schwieriger dar-

stellen, als dass jeder Befragte unterschiedlich stark die ihm angebotene Bewertungsskala ausnützt, d.h. während manche von

ihnen gerne Extremwerte vergeben, trauen sich manch andere über ein gesundes Mittelmaß in ihrer Bewertung nicht hinaus.

7.3. Innovativer Ansatz: Die ranglistenbasierte Abfrage

Eine direkte Abfrage einzelner Leistungsdimensionen nach ihrer vermuteten Relevanz für den Patienten war folglich keine so glückliche Lösung.

Als Alternative bot sich uns eine ranglistenbasierte Methode an, bei der die Relevanzen mehrerer Dimensionen über eine Trade-off-Abwägung abgestuft werden sollen.

Das Schema dieser ebenfalls bewusst abgefragten, aber indirekt ermittelten Methode sieht exemplarisch wie folgt aus:

“Welches der folgenden drei Kriterien bei einem Hausarzt ist Ihrer Einschätzung nach für einen

Patienten am wichtigsten, welches am zweitwichtigsten und welches am unwichtigsten?”

- Hohe Integrität
- Ansprechendes Wartezimmer
- Gute Medikation

Diese Abfrage wird entsprechend häufig in unterschiedlichen Kombinationen mit allen anderen Leistungsdimensionen wiederholt, so dass für die Analyse eine eindeutige Ermittlung der einzelnen Relevanzen über Teilnutzenwerte möglich ist, ähnlich wie bei einem Conjoint-Verfahren.

Für unsere Studie haben wir ein 12-stufiges randomisiertes Abfrageschema verwendet:

Faktoren	Screen 1	Screen 2	Screen 3	Screen 4	Screen 5	Screen 6	Screen 7	Screen 8	Screen 9	Screen 10	Screen 11	Screen 12
Hohe Sozialkompetenz	x				x				x			
Hohes Mass an Integrität	x					x				x		
Basispflichten eines Arztes	x						x				x	
Hohe Fachkompetenz		x						x			x	
Gutes Praxispersonal		x			x							x
Nimmt eine gute Medikation vor		x				x			x			
Zeitlich gut verfügbar			x				x			x		
Informationsverhalten			x					x				x
Örtlich gut erreichbar			x		x						x	
Agiert kostensensibel				x		x						x
Ansprechendes Wartezimmer				x			x		x			
Denkt ganzheitlich				x				x		x		

Dabei wird z.B. das Kriterium der hohen Sozialkompetenz in Screen 1, 5 und 9 mit den Kriterien Integrität/Basispflichten, Praxispersonal/örtliche Erreichbarkeit sowie Medikation/Wartezimmer verglichen (blau markierte Zellen). Analog gilt das entsprechend für die Abfrage der anderen Kriterien.

Basierend auf den Ranglisten aller 12 Screens, die vollständig beantwortet wurden, erhalten wir

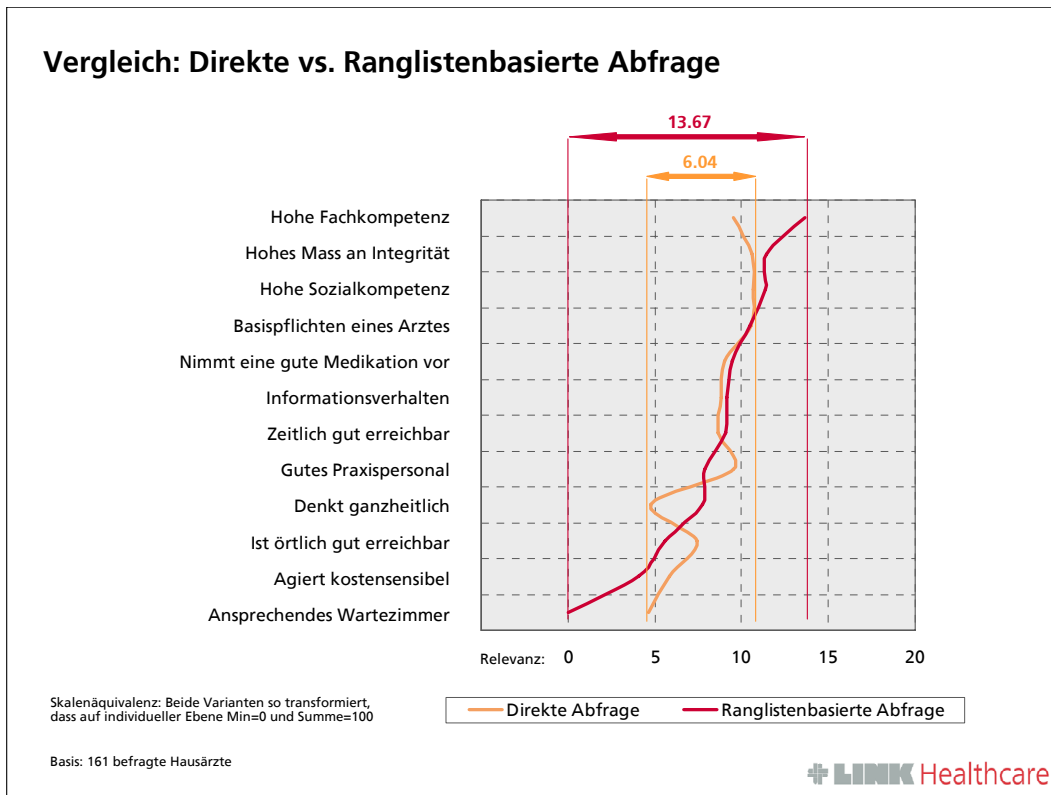
mittels der Hierarchical-Bayes-Methode die individuellen Teilnutzenwerte für jeden Befragten zu allen Leistungsdimensionen.

Dass diese alternative Methode eine deutlich stärkere Differenzierung zutage fördert, zeigen die statistischen Parameter von direkter Einzelabfrage und der ranglistenbasierten Abfrage:

	Direkte Einzelabfrage	Ranglistenbasierte Abfrage
Mittlere Within Subject Standardabweichung	4.58	5.04
Mittlere Maximale Differenz (individuell)	13.09	16.61
Mittlere Maximale Differenz (aggregiert)	6.04	13.67
Anz. Signifikante paarweise T-Tests	51.00	61.00
Mittlerer abs. T-Test (Absolutbetrag)	5.05	10.49
F-Statistik (Repeated Measures): Within-Subject-Contrast (linear)	55.00	235.00
F-Statistik (Repeated Measures): Within-Subject-Effect	40.20	160.00

Zur besseren Verdeutlichung dieser Kennwerte haben wir die Relevanzprofile aus den beiden Methoden für alle 12 Leistungsdimensionen graphisch veranschaulicht. Die Spannweite zwischen den höchsten und niedrigsten Relevanzwerten ist bei der ranglistenbasierten Abfrage

mehr als doppelt so hoch, die Differenzierung zwischen den Faktoren daher deutlich markanter. Signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Faktoren sind somit besser identifizierbar.



Das hängt vor allem mit folgenden Vorteilen dieser Methode zusammen:

- Trade-off-Antworten: Der Befragte, in unserem Fall der Hausarzt, ist gezwungen, eine Rangfolge zu bilden. Er kann also nicht mehr alle Kriterien als gleichwertig angeben, hierüber entsteht eine stärkere Differenzierung zwischen den einzelnen Faktoren.
- Indirekte Methode: Aufgrund der indirekten Abfrage werden die Relevanzen besser, d.h. wahrheitsgetreuer abgebildet. Dies kommt der Validität zugute. In der Gegenüberstel-

lung von direkter Einzelabfrage und ranglistenbasierter Abfrage sehen wir, dass die Ärzte über die indirekte Abfrage der Fachkompetenz und dem ganzheitlichen Denken ein stärkeres Gewicht verleihen als über die direkte Abfrage. Dafür erhalten äussere Aspekte wie z.B. das Praxispersonal oder das Wartezimmer niedrigere Werte.

- Dank der Hierarchical-Bayes-Methode lassen sich die Teilnutzenwerte auf individueller Ebene errechnen. Dies bietet den Vorteil, dass auf dieser Basis Segmentierungen anhand der vermuteten Patientenbedürfnisse

vorgenommen werden können, was im weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung sein wird, um den Abgleich mit den Patientensegmenten zu erreichen.

Auch in der Feldarbeit hat sich die Anwendung dieser etwas anspruchsvolleren Ranking-Abfrage bewährt. Insbesondere wenn die abzufragenden Items kurz formuliert und leicht erfassbar sind, eignet sich diese Methode hervorragend. Erhöhte Abbruchraten oder Akzeptanzprobleme haben wir nicht feststellen können, auch die Effi-

zienz in der Abfrage ist mit der direkten Methode konkurrenzfähig.

Es ist empfehlenswert, in der Anwendung der Trade-off-Abfragen auf das Untersuchungsmedium zu achten. Während bei CATI-Umfragen maximal 3 Kriterien parallel in den Trade-off gesetzt werden sollten, können bei schriftlichen oder internetbasierten Befragungen unter Umständen sogar bis zu 4 Items gegeneinander abgeglichen werden. Dies erhöht gleichzeitig die Abfrageeffizienz.

7.4. Bedürfnisspezifische Segmentierung

Wie bereits erwähnt, lassen sich nun die Hausärzte mit Hilfe der individuellen Teilnutzenwerte in entsprechende Bedürfnissegmente unterteilen - ähnlich also wie zuvor bei den Patienten, dort waren es aber Verhaltenssegmente!

Über die Segmentierung erhalten wir insgesamt vier unterschiedliche Arztsegmente, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

(1) *Partner* (ca. 15%)

Patientenbedürfnis:
Ganzheitlichkeit und Offenheit

Die Gruppe der *Partner* ist das älteste Segment. Sie sind am zufriedensten von allen mit der Compliance ihrer Patienten, haben viele gebundene Patienten und leiden besonders stark unter den unregelmässigen Arbeitszeiten.

(2) *Engagierte* (ca. 23%)

Patientenbedürfnis:
Umfassende Kompetenz

Innovativ und kompetent, stellen die *Engagierten* die jüngste aller vier Gruppen dar. Bezeichnend ist für sie, dass sie viel Spass an ihrem Beruf haben.

(3) *Traditionalisten* (ca. 22%)

Patientenbedürfnis:
Medizinische Fachkompetenz

Die „richtigen“ Hausärzte, so wie man sie sich klischeemässig vorstellt: viele Stammpatienten, fast ausschliesslich hausärztliche Tätigkeiten. Ihre hohe Sozialkompetenz ist in ihren Augen der entscheidende Grund dafür, warum ihre Patienten zu ihnen kommen.

(4) *Pragmatiker* (ca. 40%)

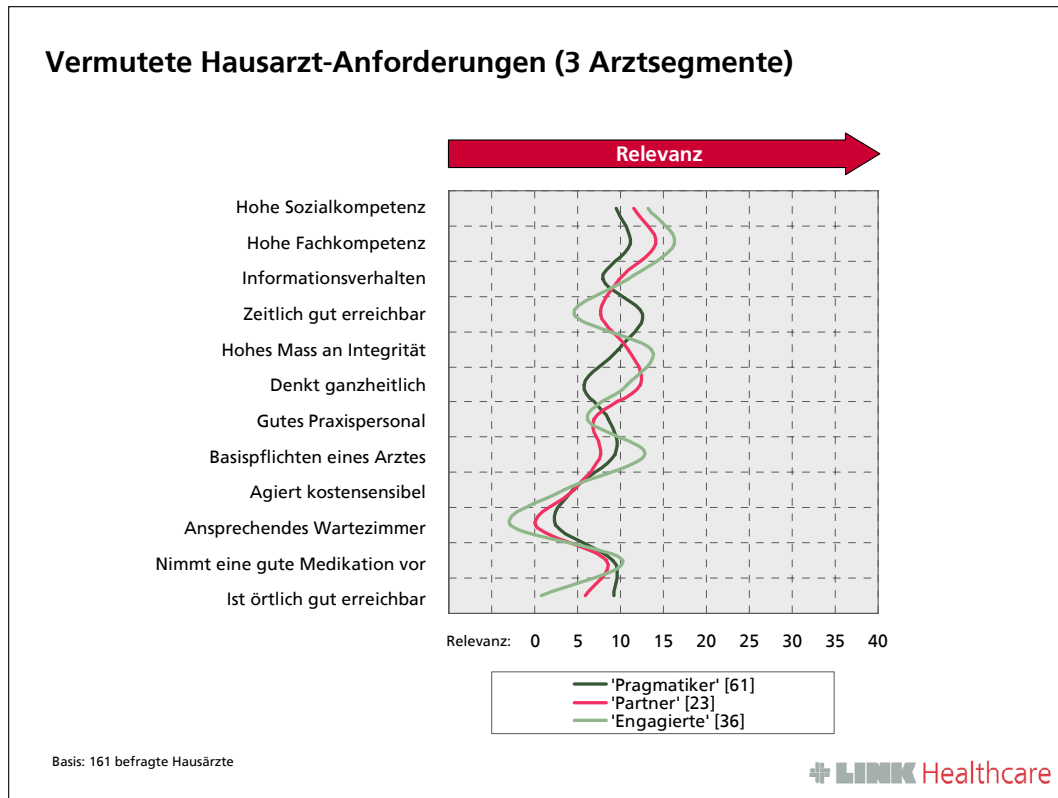
Patientenbedürfnis:
Grundversorgung

Das grösste Segment ist gleichzeitig das ernüchterndste. *Pragmatiker* tun nur das Nötigste und haben relativ wenig Spass an ihrem Beruf. Ihnen geht es mehr darum, ihre Patienten gut zu versorgen, ein weiteres Engagement im Sinne der Patienten erscheint ihnen jedoch überflüssig. Ihre Patienten kommen im Akkord zu ihnen, es muss alles möglichst schnell und effizient gehen, daher sind auch Besserwisser und Patienten mit hohem Betreuungsbedarf von ihnen nicht sehr gern gesehen. Das Image der Schweizer Hausärzte schätzen sie insgesamt als sehr hoch ein.

7.5. Differenzierung zwischen den Arztsegmenten

Parallel zur Analyse bei den Patientensegmenten lassen sich bei den Ärzten ebenfalls die einzelnen Segmente im Relevanzprofil der 12 Leistungsdimensionen direkt miteinander verglei-

chen. Exemplarisch haben wir im folgenden die 3 Segmente *Pragmatiker*, *Partner* und *Engagierte* einander gegenüber gestellt.



Während *Engagierte* eine hohe Relevanz für den Patienten in der Sozial- und Fachkompetenz sehen, scheinen in ihren Augen die zeitliche und örtliche Erreichbarkeit sowie das Wartezimmer weniger Bedeutung zu haben.

Hingegen trifft man bei den *Pragmatikern* insbesondere mit Blick auf die gerade erwähnten

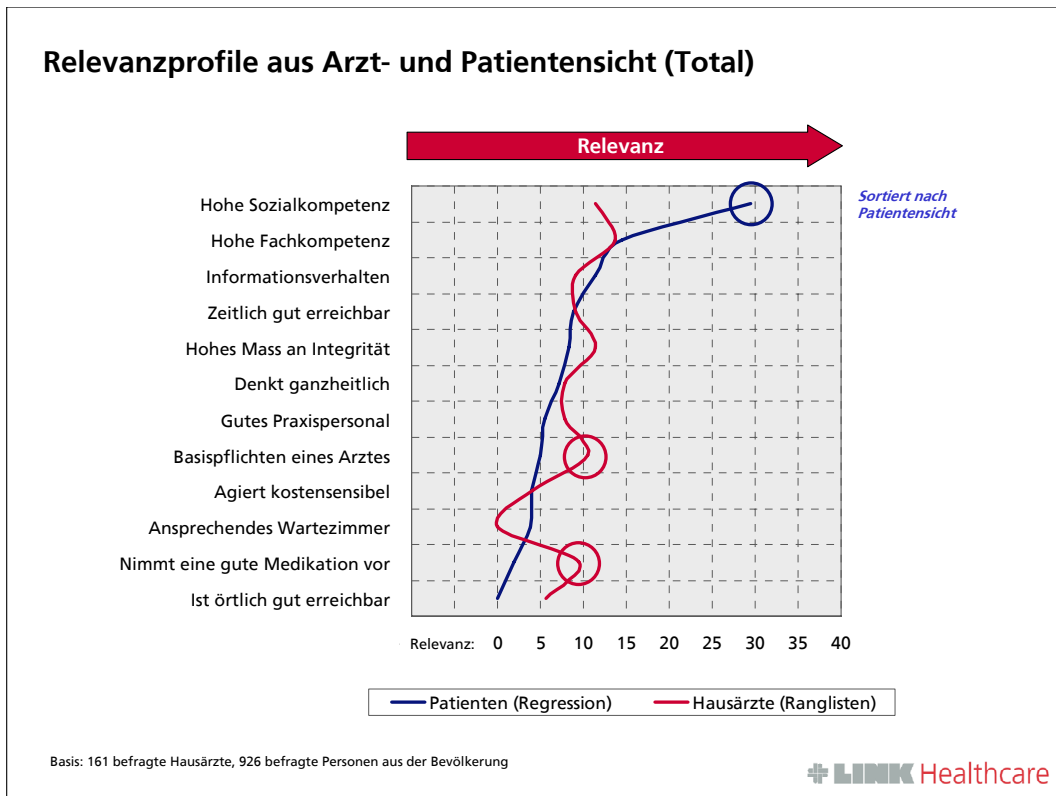
Faktoren eine gegensätzliche Aussage: Sozial- und Fachkompetenz werden, relativ betrachtet, geringer eingeschätzt als von den anderen Segmenten, dafür die äusseren Faktoren (zeitliche und örtliche Erreichbarkeit, Wartezimmer) höher eingestuft.

8. Gibt es eine „ideale Partnerschaft“ zwischen Hausarzt und Patient?

8.1. Gegenüberstellung Ärzteprofil vs. Patientenprofil

Wie stellt sich nun das Ergebnis der Hausärzte dar, wenn man deren Einschätzungen mit dem Relevanzprofil der Patienten vergleicht?

Im Totalvergleich beider Kurven lassen sich deutliche Abweichungen identifizieren:



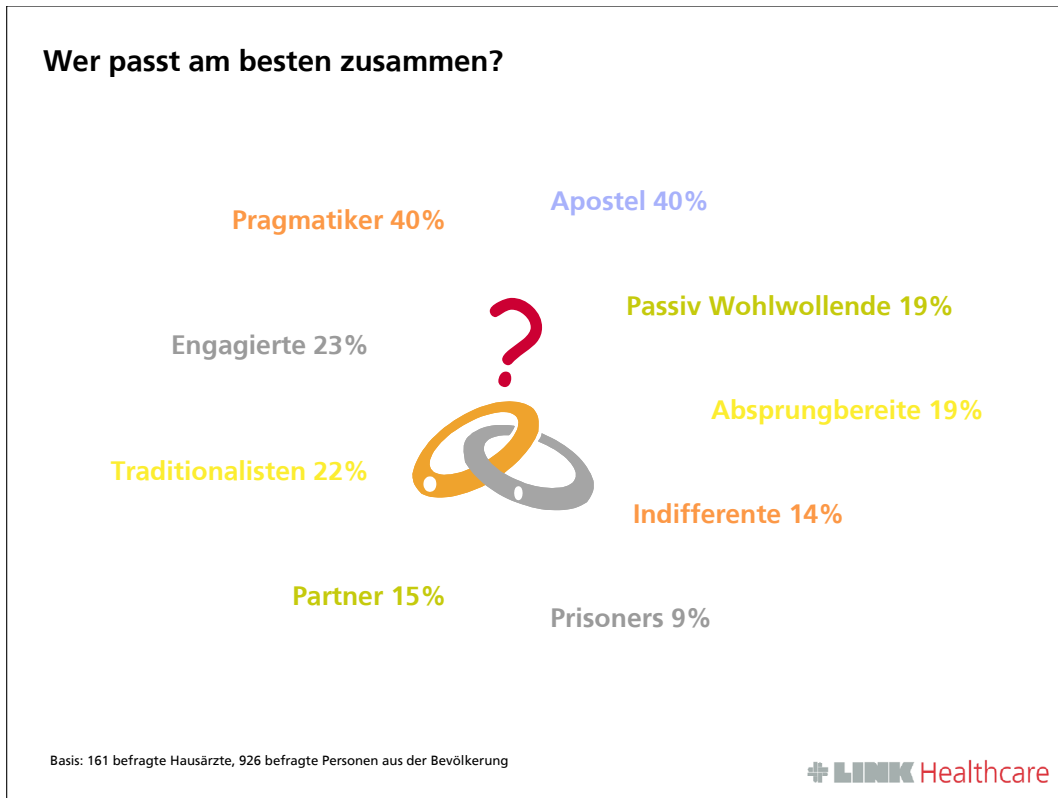
Während die Patienten ihren eindeutigen Fokus auf die Sozialkompetenz legen, scheinen die Hausärzte dies nur bedingt wahrzunehmen. Hier hat die Fachkompetenz den höchsten Wert, erst danach kommt die Sozialkompetenz!

In Relation zu den Ergebnissen bei den Patienten werden die Medikation und die ärztlichen Basispflichten von den Hausärzten deutlich überbewertet. Die niedrigste Relevanz wird dem Wartezimmer zugesprochen, für den Patienten ist es hingegen die örtliche Erreichbarkeit.

8.2. Was ist eine „ideale Partnerschaft“?

Wenn man sich die beiden Seiten - Patienten und Hausärzte - mit den jeweiligen Teilsegmenten noch einmal vor Augen führt, so drängt sich einem schnell die Frage auf: Wer „kann“ mit wem am besten? Und wer mit wem nicht so gut?

Gibt es bestimmte Gruppen von Patienten und Ärzten, die sehr gut, und solche, die eher schlecht miteinander auskommen? Kann es sein, dass ein Hausarzt nur deshalb die Vorstellungen seines Patienten trifft, weil der Gegenpart aus dem „richtigen“, also dem passenden Gegensegment kommt?



Wir lassen beide Seiten „aufeinander los“, indem wir alle fünf Patienten- und alle vier Hausarztsegmente mit ihren jeweiligen Relevanzprofilen in den direkten Vergleich stellen.

Es stellt sich nun die Frage, wie man bestimmen will, wer gut und wer weniger gut zueinander passt, wo also die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient im Sinne des Titels dieser Arbeit „aufrichtige Liebe“ oder doch nur eine „leidliche Zweckgemeinschaft“ ist. Wie soll man den Abgleich zwischen beiden Parteien am sinnvollsten definieren? Etwa über die aufsummierten Differenzen zwischen den Relevanzprofilen beider Partner?

Im Verlauf der Analyse ergibt sich eine andere bessere Lösung: Sobald der Arzt die Relevanz eines Leistungsfaktors überschätzt, kann man gut und gerne behaupten, dass dies für die Beziehung zwischen Arzt und Patient nicht von Nachteil ist. Schliesslich kann sich ein Patient glücklich schätzen, wenn seine Ansprüche an die

hausärztliche Leistung durch den Arzt besonders ernst genommen werden!

Sobald aber der Arzt die Wichtigkeit für den Patienten unterschätzt, entsteht beim Patienten Unzufriedenheit mit Blick auf die Beziehung der beiden, insbesondere wenn der Arzt diesen Ansprüchen nicht gerecht wird.

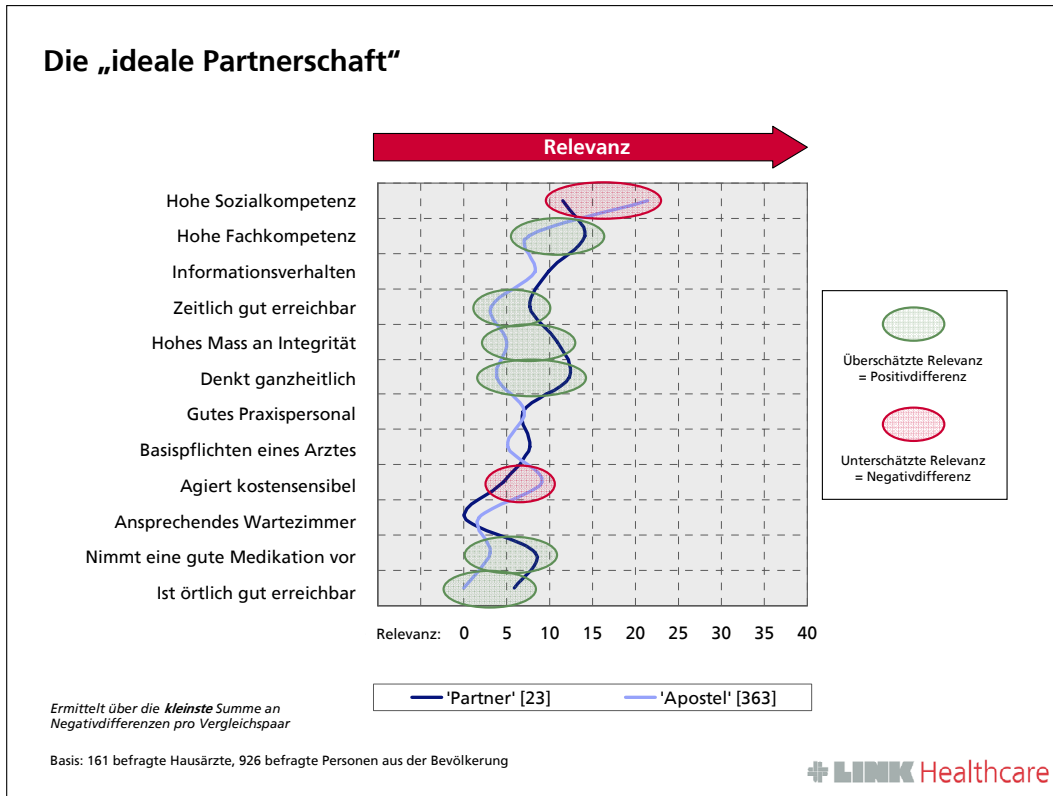
Daher haben wir im folgenden die einzelnen Relevanzwerte der Hausärzte von den jeweils korrespondierenden Relevanzwerten der Patienten subtrahiert. Sind diese Werte jeweils kleiner als Null, entsteht eine Negativdifferenz.

Von dieser Überlegung ausgehend, definieren wir im folgenden die „ideale“ und die „schwierigste Partnerschaft“ danach, inwieweit die aufsummierten Negativdifferenzen aller 12 Leistungsdimensionen zwischen Arzt und Patient am kleinsten resp. am grössten sind.

8.3. Best szenario: Die „ideale Partnerschaft“

Bei der Gegenüberstellung aller Segmente zur Ermittlung der „idealen“ Partnerschaft erhalten wir eine optimale Lösung für die Kooperation

von *Partnern* (Arztsegment) und *Aposteln* (Patientensegment).



Hier lässt sich lediglich in zwei Punkten eine deutliche negative Abweichung feststellen, und zwar bei der Sozialkompetenz sowie der Kostensensibilität. Hier unterschätzt der *Partner*-Arzt die Bedeutung für den *Apostel*-Patienten, wengleich man festhalten muss, dass die Unterschiede bei diesem Paarvergleich immer noch relativ gemässigt ausfallen.

In etlichen anderen Dimensionen hingegen, wie z.B. bei der Fachkompetenz oder der ganzheitlichen Denkweise, werden die Wichtigkeiten für den Patienten sogar überschätzt, d.h. hier nimmt sich der *Partner* noch stärker in die Pflicht, als es der *Apostel* eigentlich von ihm erwarten würde.

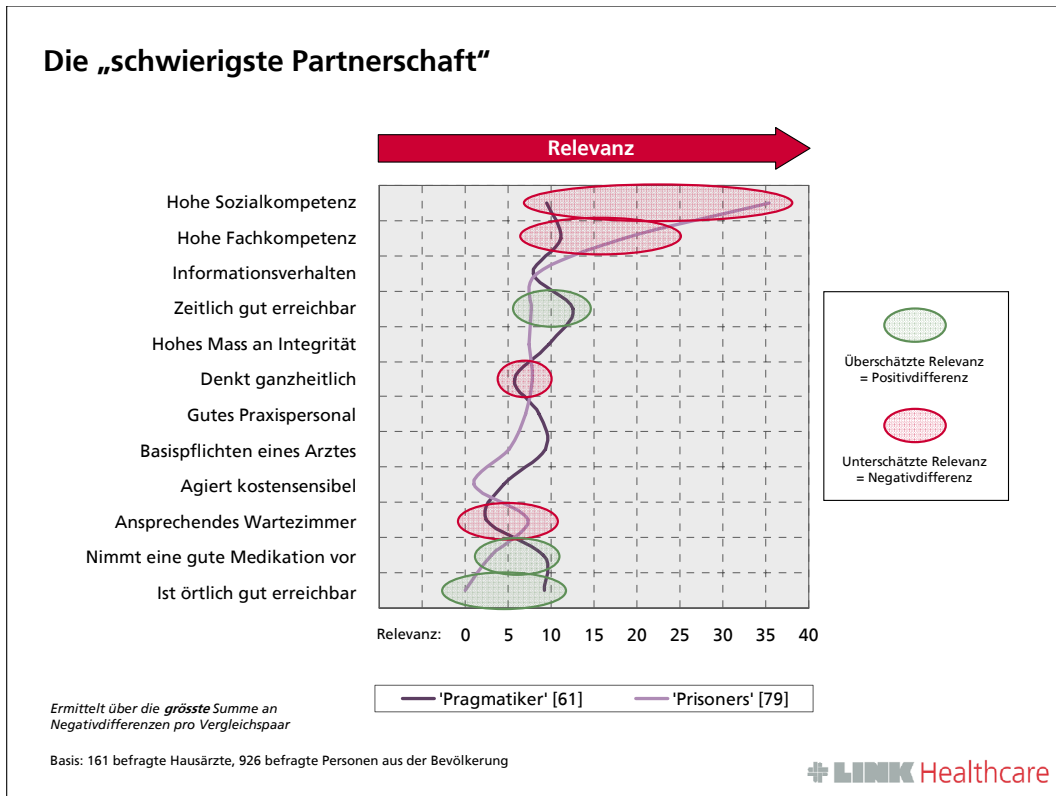
8.4. Worst szenario: Die „schwierigste Partnerschaft“

Dem gegenüber gestellt, gibt es ein fast schon fatales Bild bei der Zusammenführung der beiden Segmente *Pragmatiker* und *Prisoners*.

Hier ergeben sich insbesondere bei zwei Dimensionen - nämlich den beiden wichtigsten: Sozial- und Fachkompetenz! - so eklatante Negativab-

weichungen, dass eine Zusammenarbeit fast schon unmöglich erscheint.

Da nützt es dem *Prisoners*-Patienten wenig, wenn der Arzt bei der zeitlichen und örtlichen Erreichbarkeit höhere Werte vermutet und deren Bedeutung überschätzt.



8.5. Interpretation

Was bedeuten diese Ergebnisse abschliessend in ihrer Interpretation?

Partner und *Apostel* passen deswegen gut zusammen, weil einerseits der *Partner* sich an dem Patientenbedürfnis der Ganzheitlichkeit und der offenen Ansprache orientiert und andererseits der *Apostel* diesen offenen Umgang ganz besonders schätzt. Die positive Einstellung beider Parteien zu dem gegenseitigen Verhältnis bringt diese guten Resultate.

Auf der anderen Seite könnte es in der Beziehung zwischen *Pragmatikern* und *Prisoners* durchaus mal „krachen“, weil der *Pragmatiker* in seiner Akkordarbeit und teilweise Missmutigkeit nur auf die Grundversorgung abzielt und sich wenig um das tiefer liegende Wohl seiner Patienten, jenseits der eigentlichen medizinischen Versorgung kümmert. Diese Einstellung kann bei vielen Patienten durchaus okay sein und die Beziehung zum Patienten nicht unbedingt stö-

ren. Bei der Gruppe der *Prisoners* hingegen kann das zum Problem werden, weil gerade diese Spezies an Patient mit hohen strukturellen Wechselbarrieren besonders unglücklich mit der momentanen Situation ist und gerade erst recht ein stärkeres Einfühlungsvermögen ihres Hausarztes bräuchte.

Diese Interpretationen sind sicherlich in der einen oder anderen Ausprägung etwas überzeichnet. Denn es kommt ja nicht nur darauf an, wie hoch der Arzt die Relevanz der einzelnen Dimensionen für seinen Patienten einschätzt, sondern auch, wie sehr er letztendlich diese einzelnen Kriterien in der Praxis erfüllt. Denn nur bei Nichterfüllung entsteht auch tatsächlich Unzufriedenheit. Dennoch darf man davon ausgehen, dass bei ungenügender Relevanzeinschätzung auch der Fokus des Hausarztes auf die Erfüllung dieser Faktoren durch ihn entsprechend gering ist und er wenig Wert darauf legt, diese Kriterien besonders gut erfüllen zu wollen.

9. Finale Synthese und Ausblick

Ist nun die Beziehung zwischen Hausarzt und Patient alles Liebe oder doch nur eine leidliche Zweckgemeinschaft? Nun, es kommt eben immer auf den Einzelfall an!

Sicherlich darf man grundsätzlich die Aussage treffen, dass das Image der Hausärzte in der Schweizer Bevölkerung positiv ist. Diese Wertschätzung zeigt sich nicht nur in den Imageabfragen, sondern auch in dem hohen Anteil an *Aposteln* (40%), die das positive Bild ihres Hausarztes in die Welt tragen.

Auch die Ärzte selbst sind insgesamt durchaus zufrieden mit ihrer Arbeit und haben zu einem Grossteil Freude an ihrem Beruf. Diese Freude sollte man auch in Zukunft in jeder Hinsicht unterstützen, insbesondere von politischer Seite, was die Mitspracherechte und die Förderung der Hausärzteschaft betrifft.

Unsere Studie zeigt deutlich, dass mit steigendem Spass am Beruf auch die Kundenorientiertheit der Hausärzte nach oben geht. Würde ihnen dieser Spass genommen, hätte das fatale Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten mit hausärztlichen Leistungen.

Hierbei geht es nicht nur um die Grundversorgung im medizinischen Sinne! Das Wohl der Patienten und das zusätzliche Leistungsangebot, das ein Hausarzt bieten kann, und zwar in sozialer Hinsicht wie auch über die emotionale An-

sprache und Betreuung des Patienten, hängt entscheidend davon ab, wie stark der Hausarzt in seiner ureigensten hausärztlichen Funktion und Bedeutung in der Gesellschaft verankert wird.

Die Loyalität und Wertschätzung der Hausärzte seitens der Patienten ist prinzipiell vorhanden und intakt. Dennoch sollten sich die Hausärzte vor diesem Hintergrund nicht einzig und allein auf ihre Anstrengungen ausserhalb der Praxis konzentrieren, wenn es darum geht, eigene Rechte und Bedürfnisse zu verteidigen.

Eine starke soziale Kompetenz, die Möglichkeit, dem Patienten ausreichend Feedbackmöglichkeiten zur eigenen Arbeit zu geben, sowie ein stärkeres emotionales Involvement in die Belange und Bedürfnisse der Patienten helfen den Hausärzten ebenfalls, eine starke Lobby ihrerseits aufzubauen, und zwar bei ihren eigenen Patienten!

Wie unser Forschungsprojekt zeigt, hängt es im Einzelfall von den Charakteren der beiden Parteien ab, ob Hausarzt und Patient eine gute und fruchtbare Beziehung zueinander pflegen. Patient ist nicht gleich Patient, Hausarzt ist nicht gleich Hausarzt! Je nach Ausprägung der einzelnen Persönlichkeiten kann diese Beziehung innige und loyale Liebe oder eben doch nur eine leidliche Zweckgemeinschaft im Sinne einer medizinischen Grundversorgung sein.

Résumé (Français)

La relation entre le médecin généraliste et son patient – véritable amour ou seulement association d'intérêt? Il faut l'avouer, ce titre est un peu burlesque et en même temps inhabituellement émotionnel car le thème «médecin généraliste» fait plutôt penser à des résultats cliniques des plus sobres ainsi qu'à des examens et diagnostics tout à fait rationnels! Pourquoi ce titre, pourquoi cette étude?

Sur fond de démonstration massive des médecins généralistes au début de l'année 2006, les auteurs de cette étude se sont demandés quels étaient les effets du changement des conditions cadres de cette profession sur le quotidien en cabinet médical. Comment se caractérise la relation entre le patient et le médecin généraliste? Souffre-t-elle des mêmes carences que celles soulignées par les médecins au niveau politique? Le patient est-il devenu un simple numéro, une référence pour la comptabilisation des factures ou peut-on observer une véritable sollicitude se reflétant dans les interactions quotidiennes entre le médecin et ses patients, comme cela a été le cas depuis la fondation même de l'ordre?

Cette étude de l'Institut LINK révèle que l'image et la considération sociale du médecin générali-

ste en Suisse restent importantes. S'ils sont malades, les patients ne se rendent pas simplement chez le médecin généraliste le plus proche à la recherche de soins et d'un rétablissement rapides. La fidélité joue ici un rôle crucial. Tout comme dans le cadre d'un Customer Experience Management, la question se pose ici de savoir si cette fidélité est vécue de la même façon par les médecins généralistes et les patients eux-mêmes et dans quelle mesure elle influence le quotidien des cabinets médicaux.

Comme c'est souvent le cas dans les relations humaines, le succès de l'interaction médecin-patient dépend de chaque individu ainsi que des attentes et de l'engagement de chaque partie impliquée dans cette relation. Les auteurs de cette étude se penchent sur la question de savoir si la relation entre le médecin généraliste et son patient relève de l'amour ou d'un simple association d'intérêt. Les résultats, bien différenciés et traités par des méthodes statistiques judicieuses, montrent pourquoi il n'existe pas de réponse claire à cette question. Ils démontrent en outre la nécessité de ne pas toujours se focaliser sur les résultats globaux des études de marché pour au contraire s'intéresser aux types de répondants individuels et aux différents groupes cibles.

Executive Summary (English)

The relationship between family doctor and his patient – a genuine love for each other or nothing more than a sufferable partnership of convenience? True: this title sounds somewhat odd and at the same time unusually emotional considering that, when we hear the words “family doctor”, things such as bare clinical facts or rationally based examinations and diagnoses first of all spring to mind! Why this title, why this paper?

Against the background of the large-scale family doctor’s demonstration of spring 2006, the authors wish to raise the question with this paper as to how the current critical situation and the changing prevailing conditions affect the everyday work of family doctors in their practice. What exactly is this day-to-day relationship between family doctors and their patients like? When dealing with patients, are there as many dark abysses as doctors politically claim? Has the patient since come to be considered as nothing more than a number or another notched up billing item, or does the contact between family doctor and patient reflect true, profound and humane solicitude, which, since time immemorial, has been the quintessential reason for choosing the profession and ultimately the mission of every family doctor?

According to this study, conducted by the LINK Institute, the image and social standing of family doctors in Switzerland is still intact. Patients do not simply go to the first family doctor they can find because they have just turned ill and quickly need someone who can make them better again. Customer relations and customer loyalty play a major role. In terms of Customer Experience Management, the question is whether these customer relations between family doctors and patients are experienced and lived in equal measure by both parties and to what extent this customer loyalty shapes the daily business within the doctor's practice.

As is so often the case in personal relationships, a successful doctor-patient partnership therefore depends on each individual in the relationship as well as on their expectations, needs and commitment. Reverting back to the issue as to whether the relationship between family doctor and patient is more love or merely a partnership of convenience after all, the authors of the present paper provide a differentiated view in answer to this question and show, by means of ingenious statistical solutions, why there is no clear answer to this question and why it makes sense to not always look at market research results as a whole, but to distinguish between individual responder types and target groups.

Literaturhinweise

- Agresti (2002): *Categorical Data Analysis* (2. Auflage), New York: Wiley
- Backhaus, Erichson, Plinke, Weiber (2006): *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage), Berlin: Springer
- Berekoven et al. (2006): *Marktforschung - Methodische Grundlagen und praktische Anwendung* (11. Auflage), Wiesbaden
- Chrzan, Golovashkina (2006): An empirical test of six stated importance measures. *International Journal of Market Research*, 48, 6, pp. 717-740
- Gensch, Recker (1979): The multinomial, multiattribute logit choice model. *Journal of Marketing Research*, 16, pp. 124-132
- Jaccard, Brinberg, Ackerman (1986): Assessing attribute importance: a comparison of six methods. *Journal of Consumer Research*, 12, pp. 463-468
- McFadden (1973): Conditional logit analysis of qualitative choice behaviour, in: Zarembka: *Frontiers in Econometrics*. New York: Academic Press, pp. 105-142
- Retzer (2006): The century of Bayes. *International Journal of Market Research*, 48, 1, pp. 49-60
- Sawtooth Software Technical Paper Series: The CBC/HB Systems for Hierarchical Bayes Estimations; see URL: <http://www.sawtoothsoftware.com/download/techpap/hbtech.pdf>

Anhang: Ergebnis der Faktorenanalyse

f02_12: Mein Hausarzt hat Verständnis für mich.	0.81	Sozialkompetenz	
f02_08: Mein Hausarzt nimmt mich ernst.	0.81		
f02_07: Mein Hausarzt hört mir immer zu.	0.80		
f02_10: Mein Hausarzt bemüht sich, alle meine Fragen zu beantworten.	0.79		
f02_15: Mein Hausarzt ist freundlich.	0.73		
f02_13: Mein Hausarzt beruhigt mich, wenn ich mir Sorgen mache.	0.70		
f02_09: Mein Hausarzt stellt konkrete Fragen, die ich auch beantworten kann.	0.69		
f02_11: Mein Hausarzt hat immer genügend Zeit für mich.	0.63		
f02_14: Mein Hausarzt ist unkompliziert.	0.61		
f02_42: Mein Hausarzt ist feinfühlig.	0.57		
f02_31: Mein Hausarzt erläutert mir die Diagnosen und Therapien, so dass ich sie verstehe.	0.53		
f02_06: Mein Hausarzt handelt verantwortungsbewusst.	0.45		
f02_47: Die Assistentin/der Assistent meines Hausarztes ist kompetent.	0.82		Praxisassistent
f02_46: Die Assistentin/der Assistent meines Hausarztes ist freundlich.	0.79		
f02_49: Die Assistentin/der Assistent meines Hausarztes ist gut organisiert.	0.78		
f02_48: Die Assistentin/der Assistent meines Hausarztes ist diskret.	0.73	Informationsverhalten	
f02_33: Mein Hausarzt informiert mich über die Kosten von Behandlungen.	0.71		
f02_32: Mein Hausarzt informiert mich über Risiken und Nebenwirkungen von Medikamenten und Therapien.	0.66		
f02_36: Mein Hausarzt berät mich auch in allgemeinen Fragen zur Gesundheit (z.B. Ernährung, Sport).	0.56		
f02_40: Mein Hausarzt fragt mich nach meiner Meinung zu Behandlungen.	0.56		
f02_30: Mein Hausarzt klärt mich umfassend auf über mögliche Behandlungen.	0.52		
f02_34: Mein Hausarzt vermeidet Fachlatein, wenn er mit mir spricht.	0.42		
f02_02: Mein Hausarzt findet immer schnell heraus, was mir fehlt.	0.72		
f02_38: Mein Hausarzt kennt sich mit Beschwerden, wie ich sie habe, besonders gut aus.	0.70		
f02_39: Mein Hausarzt kann meine Beschwerden normalerweise selber behandeln.	0.66		
f02_03: Mein Hausarzt weiss immer Rat.	0.62	Fachkompetenz	
f02_18: Mein Hausarzt zieht immer auch komplementäre Heilmethoden wie Homöopathie oder Akupunktur in Betracht.	0.86		
f02_21: Mein Hausarzt empfiehlt mir auch mal Naturheilmittel.	0.85		
f02_19: Mein Hausarzt hat eine ganzheitliche Sichtweise.	0.58	Ganzheitlichkeit	
f02_24: Ich kann meinen Hausarzt auch ausserhalb der Arbeitszeiten aufsuchen.	0.80		
f02_23: Mein Hausarzt ist immer telefonisch erreichbar.	0.80	Zeitliche Verfügbarkeit	
f02_43: Mein Hausarzt ist auch in Notfällen immer für mich da.	0.76		
f02_25: Ich bekomme immer einen Termin innert nützlicher Frist.	0.41		
f02_55: Mein Hausarzt hält sich an die Hygienestandards.	0.56	Basispflichten	
f02_56: Mein Hausarzt ist diskret.	0.54		
f02_41: Mein Hausarzt respektiert meine Intimsphäre.	0.49	Wartezimmer	
f02_26: Die Wartezeiten im Wartezimmer sind immer kurz.	0.84		
f02_29: Die Atmosphäre im Wartezimmer ist angenehm.	0.68	Integrität	
f02_54: Mein Hausarzt verweist mich wenn nötig an die richtigen Spezialisten.	0.61		
f02_51: Mein Arzt führt sinnvolle Routine- und Vorsorgeuntersuchungen durch.	0.58	Kostensensibilität	
f02_53: Mein Hausarzt kann zugeben, wenn er einmal etwas nicht weiss.	0.41		
f02_50: Die Rechnungsstellungen meines Hausarztes sind korrekt.	0.70		
f02_52: Mein Hausarzt ist kostenbewusst.	0.62	Medikation	
f02_16: Mein Hausarzt verschreibt mir Medikamente, die schnell nützen.	0.79		
f02_17: Mein Hausarzt verschreibt mir Medikamente ohne gravierende Nebenwirkungen.	0.41	Örtliche Erreichbarkeit	
f02_22: Die Praxis meines Hausarztes ist für mich gut erreichbar.	0.45		
	0.92		

Bisher erschienene Ausgaben der Informationsreihe LINK Focus:

- Nr. 1 Akzeptanz von Umfragen – vier Länder im Vergleich
- Nr. 2 Begleituntersuchung im Vorfeld der EWR-Abstimmung (CH)
- Nr. 3 Lösen politische Parteien unsere Probleme?
Problemlösungskompetenz und Profil der in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien im Spiegel einer Meinungsumfrage (CH)
- Nr. 4 Conjoint-Analyse – Die Verwendung einer Conjoint-Analyse zur Feststellung der relativen Werte einer Träger- und Gastmarke (Co-Branding) bei Markenprodukten
- Nr. 5 Was leistet Sport-Sponsoring?
Antworten aus empirischen Untersuchungen
- Nr. 6 Umfragen im Vorfeld von Wahlen und Abstimmungen
Eine Analyse der Möglichkeiten und Grenzen wahl- und abstimmungsbezogener Bevölkerungsumfragen (CH)
- Nr. 7 Telefonische Bevölkerungsumfragen in den Neuen Bundesländern
Ergebnisse und Erfahrungen aus Pilotprojekten (D)
- Nr. 8 Spot Check: ein hybrider Ansatz zur integrierten Überprüfung von Effizienz und Qualität von Radiospots mittels Multimedia CAT
- Nr. 9 Self Care – where is it going?
Die Entwicklung des Selbstmedikation in der Schweiz
- Nr. 10 LINK – CATI Stichprobenbildung – Bevölkerung
LINK – CATI – Sampling Methodology – Representative surveys
- Nr. 11 Schweizer Städteforschung
Referenzdaten für das New Public Management
- Nr. 12 Markenwelt und Einkaufsverhalten im Wandel einer Generation (1979 – 1997)
Ergebnisse einer Umfrage in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Markenartikelverband PROMARCA
- Nr. 13 Telefon-Anschlüsse der privaten Haushalte in der Schweiz
Situationsanalyse 1998
- Nr. 14 Sind die SchweizerInnen überhaupt noch zu erreichen?
Telefonanschlüsse der privaten Haushalte in der Schweiz im Jahr 2000
- Nr. 15 Städtevergleich – Comaraison des villes – Comparación des ciudades – Città a confronto
Ein Städtevergleich der "LINK-Städte" Luzern, Lausanne, Zürich, Frankfurt, Barcelona, Madrid, Milano
- Nr. 16 Der Kunde – das unbekannte Wesen?
Praktische Erkenntnisse in der Kundenzufriedenheitsforschung
- Nr. 17 Markenidentität und Wertewandel
Das Forschungsprojekt zur Ausstellung "Happy – Glück in der Werbung"
- Nr. 18 Kopf + Herz + Portemonnaie – Tête + Cœur + Porte-monnaie – Head + Heart + Pocket
Praktische Erkenntnisse in der Mitarbeiterzufriedenheitsforschung

LINK Institut
für Markt- und Sozialforschung
Spannortstrasse 7/9
CH-6000 Luzern 4
Tel. ++41-41-367 73 73
Fax ++41-41-367 72 72
e-mail: luzern@link.ch

LINK Institut
für Markt- und Sozialforschung
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt/Main
Tel. ++49-69-94 540 0
Fax ++49-69-94 540 105

LINK Institut
für Markt- und Sozialforschung
Flurstrasse 30
CH-8048 Zürich
Tel. ++41-1-497 49 49
Fax ++41-1-497 49 99
e-mail: zurich@link.ch

LINK + Partner España SA
Calle Aribau 135, 4º, 2
E-08036 Barcelona
Tel. ++34-93-419 86 94
Fax ++34-93-419 92 93

LINK Institut
de recherche marketing et sociale
Rue de Bourg 11
CH-1002 Lausanne
Tel. ++41-21-317 55 55
Fax ++41-21-317 56 56
e-mail: lausanne@link.ch

LINK + Partner srl
Via Cimarosa 12/5
I-20149 Milano
Tel. ++39-02-481 65 02-3-7
Fax ++39-02-481 50 76

LINK qualitative
Forschung und Beratung
Flurstrasse 30
CH-8048 Zürich
Tel. ++41-1-497 49 49
Fax ++41-1-497 49 99
e-mail: quali@link.ch

LINK – Forschung und Beratung. Europaweit.
LINK – Recherche et conseil. En Europe.
LINK – Research and Consulting. Accross Europe.

Esomar – European Society für Opinion and Marketing Research
SMS – Verband Schweizer Marketing- und Sozialforscher/SWISS INTERVIEW
BVM – Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V.
ADM – Arbeitskreis Deutscher Marktforschungsinstitute