Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Aus dem Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. dent. Guido Heydecke

Nach welchen Kriterien wählen Patienten ihren Zahnarzt?

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnmedizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Gunda Mardink

aus Nordhorn

Hamburg 2015

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 30.05.2016

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. G. Heydecke

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Härter

Inhalt

1. Einleitung 6

1.1. Historische Einordnung und Motivation 6

1.2. Fragestellung 7

1.3. Aufbau der Arbeit 8

2. Literaturübersicht 9

2.1. Systematische Literaturrecherche 9

2.2. Faktoren bei der Arztwahl 12

2.2.1. Relevanz der soziodemografischen Faktoren des Arztes 13

2.2.2. Einfluss von Strukturvariablen 15

2.2.3. Soziale vs. fachliche Kompetenz 16

2.2.4. Empfehlungen 17

2.3. Gründe für einen Arztwechsel 18

2.4. Qualitätsindikatoren für Ärzte 19

2.5. Informationsbedarf und –suchverhalten 20

2.5.1. Printmedien zur Patientenberatung 22

2.5.2. Bedeutung des Internets 22

2.6. Zahnarztsuche 26

2.6.1. Prozess der Zahnarztwahl 26

2.6.2. Bedeutung von sozialen Beziehungen bei der Zahnarztsuche 28

3. Material und Methode 29

3.1. Fragebogenentwicklung 29

3.1.1. Entwicklung des Item-Pools und erster Fragebogenentwurf 30

3.1.2. Fokusgruppendiskussion 30

3.1.3. Transkription des Fokusgruppeninterviews 31

3.1.4. Qualitative Inhaltsanalyse 32

3.1.5. Finaler Fragebogenentwurf 39

3.1.6. Pilotierung 42

3.1.7. Datenschutz 42

3.2. Stichprobenauswahl und Datenerhebung 42
3.3. Auswertung des Fragebogens 44
3.3.1. Erstellen des Kodierplans 44
3.3.1. Dateneingabe, -auswertung und –analyse 44
4. Ergebnisse 45
4.1. Beschreibung der Stichproben 45
4.2. Wie suchen Patienten Ihren Zahnarzt? 47
4.3. Weshalb wechseln Patienten ihren Zahnarzt? 49
4.4. Was sind die entscheidenden Kriterien bei der Zahnarztwahl? 51
4.4.1. Vergleich der Bedeutung der jeweiligen Domänen bei der Zahnarztsuche in den unterschiedlichen Gruppen 56
5. Diskussion 58
5.1. Diskussion der Literatursuche 58
5.2. Diskussion der Methode 59
5.2.1. Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung 59
5.2.2. Fragebogenentwicklung 59
5.2.3. Stichprobenauswahl und Datenerhebung 60
5.3. Diskussion der Ergebnisse 61
5.3.1. Ergebnisse zur Zahnarztsuche 62
5.3.2. Ergebnisse zum Zahnarztwechsel 64
5.3.3. Kriterien bei der Zahnarztwahl 65
5.4. Schlussfolgerung 68
5.5. Ausblick 69
6. Zusammenfassung 70
7. Literaturverzeichnis 71
8. Sonstige Verzeichnisse 75
8.1. Tabellenverzeichnis 75
8.2. Abbildungsverzeichnis 75
8.3. Abkürzungsverzeichnis 76
9. Anhang 77

9.1. Teilnehmerinformation - Fokusgruppe 77
9.2. Fokusgruppeninterview - Kategoriengerüst.....80
9.3. Teilnehmerinformation 85
9.4. Fragebogen zur Zahnarztsuche.....87
10. Danksagung.....96
11. Lebenslauf 97
12. Eidesstattliche Versicherung 98

1. Einleitung

„Wo eine Entscheidung soll geschehen*, da muss vieles sich glücklich treffen und zusammenfinden.“*

(Friedrich Schiller, Wallenstein)

1.1. Historische Einordnung und Motivation

Die freie Arztwahl hat für die deutsche Bevölkerung einen sehr hohen Stellenwert, wie zahlreiche Bevölkerungsbefragungen zeigen. Eine im Jahre 2005 veröffentlichte Studie des Meinungsforschungsinstituts TNS-Emnid bei 2181 gesetzlich Krankenversicherten ergab, dass nur sehr hohe Beitragsreduktionen den Verzicht auf die freie Arztwahl kompensieren könnten (Stüwe, 2005). 96% der Befragten gaben an, dass die freie Arztwahl „eher wichtig“ bis „auf jeden Fall wichtig“ sei (Kunstmann et al., 2002).

Selbstverständlich ist die freie Arztwahl aber nicht grundsätzlich – im internationalen Vergleich weisen die meisten Gesundheitssysteme eine Begrenzung der freien Arztwahl auf. Beispielhaft sei das Zuweisungssystem des britischen National Health Service genannt, die regionale Begrenzung auf Gesundheitszentren in den skandinavischen Ländern, oder die durch „Managed-Care“-Formen (Preferred Provider Organizations [PPOs] bzw. Health-Maintenance Organizations [HMOs]) begrenzte Arztwahl in den USA (Böcken et al., 2002).

In Deutschland wurde bereits durch das 1883 verabschiedete Krankenversicherungsgesetz für einen großen Teil der Bevölkerung der Zugang zu medizinischer Versorgung gesichert. Dies bedeutete jedoch auch, dass sich der Versicherte im Krankheitsfall nur von dem Arzt behandeln lassen konnte, mit dem seine Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hatte. Erst durch die im Leipziger Verband (Hartmannbund) organisierte Ärzteschaft wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Forderung nach der freien Arztwahl laut (Kunstmann et al., 2002). Gesetzlich wurde sie aber erst im Jahre 1931 in einer Notverordnung fixiert. Heute ist sie im §76 des Sozialgesetzbuches V festgelegt.

Doch *wer die Wahl hat, hat die Qual* – wie findet sich nun ein guter Arzt[1]? Während vor dem Informationszeitalter sicherlich die Mund-zu-Mund-Propaganda die wichtigste und vielleicht einzige Quelle der Arztempfehlungen darstellte, sehen sich die Patienten heute mit einer Fülle von Informationsmöglichkeiten konfrontiert: Die Rechtsprechung hat das Werbeverbot für Ärzte immer mehr gelockert (Beschluss des BVerfG vom 29.04.2004),

[1] Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen. Dies gilt für den gesamten Text, es wird nicht wieder gesondert darauf hingewiesen.

somit begegnen uns Werbeanzeigen in Printmedien, im Internet und im Stadtbild, sei es an Bussen oder in Form von großen Plakaten, immer häufiger und die Zahl der Arztbewertungsportale im Internet steigt kontinuierlich an (Stiftung Gesundheit, 2008).

Doch spielen diese neuen Möglichkeiten heute eine bedeutendere Rolle? Welche Faktoren sind heute entscheidend für Patienten bei der Arzt- oder Zahnarztwahl?

1.2. Fragestellung

Der Suche nach einem neuen Zahnarzt geht in der Regel die Entscheidung gegen den bisherigen Zahnarzt voraus. Während den ersten Kontakt zum Zahnarzt meist die Eltern vermitteln, entsteht im Lebensverlauf häufig durch Veränderungen der persönlichen Umstände, wie einem Wohnortwechsel, erstmals die Situation, die Wahl für einen (neuen) Zahnarzt treffen zu müssen. Eine weitere Möglichkeit ist, dass man aus Unzufriedenheit mit dem behandelnden Zahnarzt einen anderen Zahnarzt konsultieren möchte. Oder aber es handelt sich um eine Kombination aus beiden genannten Umständen, also persönliche Umstände, wie Wohnortwechsel, und gleichzeitig arztbezogene Faktoren, wie Unzufriedenheit mit dem Arzt, wie für Allgemeinärzte beschrieben (Buja et al., 2011).

Im Bereich der Allgemein-, Haus- oder Fachärzte existieren hinreichend Untersuchungen zu den Faktoren, welche die Arztwahl beeinflussen, oder einen Arztwechsel begründen. Es wird unter anderem der Einfluss der Persönlichkeit des Arztes, der subjektiven fachlichen Kompetenz und Faktoren, die sich auf die Praxis beziehen, verglichen. Dahingegen existieren wenige Studien dazu, nach welchen Kriterien Patienten ihren Zahnarzt auswählen, obwohl die Wahl des Zahnarztes für viele Menschen ein sehr sensibles Thema ist[2].

Die meisten Menschen kommen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal in die Situation sich einen Zahnarzt zu suchen. In Zeiten steigender Mobilität der Versicherten ist die Tendenz steigend. Was aber sind die Gründe sich für einen bestimmten Zahnarzt zu entscheiden?

Diese Frage steht im Mittelpunkt einer im Rahmen dieser Dissertation durchgeführten Probandenbefragung vor dem Hintergrund soziodemografischer Merkmale.

[2] Als Beleg wird auf die Ergebnisse des Fokusgruppeninterviews verwiesen (s. Anhang).

Folgende Fragestellungen sollen überprüft werden:

1. Wie gehen Patienten bei der Suche nach einem Zahnarzt vor und welche Informationsressourcen werden bei der Zahnarztsuche genutzt?
2. Welche Gründe bewegen einen Patienten dazu, die Zahnarztpraxis zu wechseln?
3. Was sind die entscheidenden Kriterien bei der Zahnarztwahl?

Hypothesen:

1. Persönliche Empfehlungen spielen auch in Zeiten des Internets noch die wichtigste Rolle bei der Zahnarztsuche.
2. Patienten wechseln einen Zahnarzt am häufigsten aufgrund von räumlichen Faktoren (z.B. Umzug, Nähe zum Wohnort).
3. Psychosoziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeiten eines Zahnarztes sind für Patienten wichtige Kriterien bei der Zahnarztwahl.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand der gegebenen Fragestellungen einen Fragebogen zu entwickeln und die oben genannten Hypothesen zu überprüfen. Der Fragebogen wurde im ersten Halbjahr 2014 an 300 Personen in drei unterschiedlichen Teilstichproben verteilt.

Die Ergebnisse dieser prospektiven Studie können von den Akteuren der zahnärztlichen Versorgung genutzt werden, um nutzerorientierte Informationsmaterialien gemäß dem Bedarf der Patienten zu entwickeln. Für den Zahnarzt bieten sie eine Orientierung im Praxisalltag, den Blick auf die für den Patienten wesentlichen Faktoren zu richten und diese gleichsam kritisch zu prüfen.

Nur wer die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten kennt, kann diese gezielt aufgreifen und anbieten, um so Patienten langfristig zufrieden an die Praxis zu binden oder neue Patienten zu gewinnen.

1.3. Aufbau der Arbeit

Der Arbeit vorangegangen ist eine ausführliche systematische Literaturrecherche, die alle relevanten Aspekte um das Thema Arztsuche einschließt. Die Aufbereitung der Literatur erfolgte nach einer thematischen Gliederung als theoretischer Hintergrund in Kapitel 2. Darauf aufbauend wird in Kapitel 3 die wissenschaftliche Methode entwickelt und die Durchführung der Studie beschrieben. Die Ergebnisse der Studie werden in Kapitel 4 dargestellt und in Kapitel 5 diskutiert. Abschließend werden die wichtigsten Erkenntnisse in Kapitel 6 zusammengefasst.

2. Literaturübersicht

In diesem Kapitel wird die systematische Literatursuche zum Thema (Zahn-) Arztsuche und (Zahn-) Arztwechsel beschrieben und anschließend die relevante Literatur als theoretischer Hintergrund des Dissertationsthemas dargestellt.

2.1. Systematische Literaturrecherche

Zum Auffinden relevanter Literatur wurde eine systematische Literaturrecherche deutscher und englischer Artikel durchgeführt, die sich mit dem Thema (Zahn-) Arztsuche und (Zahn-) Arztwechsel beschäftigen. Dazu wurde eine Suchstrategie entwickelt (Abbildung 1, Tabelle 1). Die Literatursuche umfasste folgende Quellen und Datenbanken:

- Internet-Suchmaschinen (Google Scholar)
- Ovid-Ressourcen:
    - PsycARTICLES Full Text
    - Embase 1974 to 2015 Week31,
    - Ovid MEDLINE(R) 1946 to July Week 4 2015
    - PSYNDEXplus Tests 1945 to May 2015
- Handsuche / Referenzen

Die Abbildung 1 illustriert die ausgewählten Suchbegriffe, welche sich aus Schlüsselworten, Synonymen und deren englischer Übersetzung ergeben, sowie die entsprechenden Trunkierungen ($) und die verwendeten Booleschen Operatoren (AND, OR).

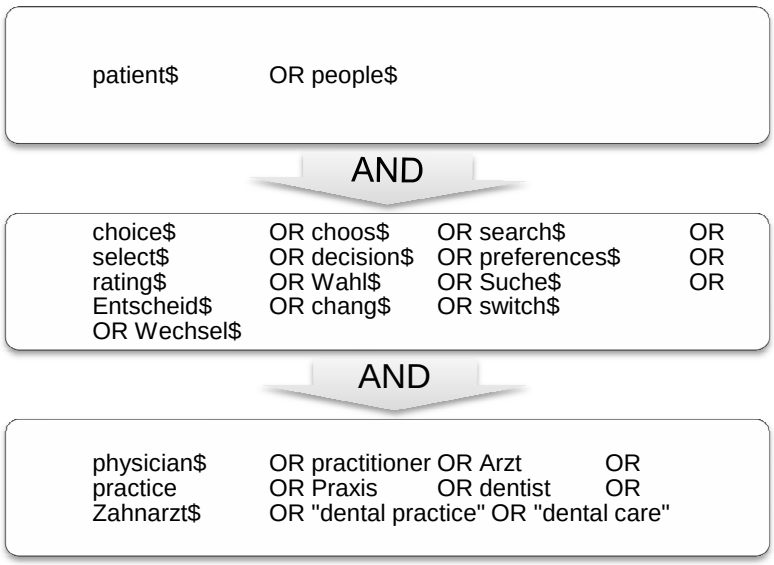


Abbildung 1: Suchstrategie zu (Zahn-) Arztsuche und (Zahn-) Arztwechsel

Die Ovid-Ressourcen wurden in den Titeln der Publikationen nach den in Abbildung 1 dargestellten Suchbegriffen durchsucht. Eine weitere Eingrenzung der Suche bezüglich der Zeit oder des Mediums wurde nicht vorgenommen. Die Ergebnisse der Literatursuche sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Ergebnisse der Literatursuche; Ovid-Ressourcen, Datum der Suche: 07.08.2015

ID	Treffer	Suchformulierung
#1	3266580	patient$ OR people
#2	1550764	choice$ OR choos$ OR search$ OR select$ OR decision$ OR preferences$ OR priorit$ OR Wahl$ OR Suche$ OR Entscheid$ OR chang$ Or switch$ OR Wechsel$
#3	521008	physician$ OR practitioner OR Arzt OR practice OR Praxis OR dentist OR Zahnarzt$ OR “dental practice” OR “dental care”
#4	3092	#1 AND #2 AND #3
#5	1871	Remove duplicates from #4

Die gefundenen Publikationen wurden in einer ersten Sichtung anhand des Titels und im zweiten Schritt anhand des Abstracts auf ihre Relevanz hin überprüft. Sofern keine Vollpublikation verfügbar war oder es sich um ein Editorial handelte, wurde die Publikation nicht berücksichtigt. In einem dritten Schritt wurden die Volltexte gesichtet und alle relevanten Artikel der elektronischen Datenbank EndNote® X7.0.2 zugeführt.

Die Aufbereitung der Studien erfolgte nach einer thematisch geordneten Gliederung, um bei der Vielzahl der Untersuchungsansätze in diesem weitgefächerten Themengebiet die Übersichtlichkeit zu wahren.

Abbildung 2 illustriert die Gliederung der Literaturübersicht. Die fünf Kapitel 2.2 bis 2.6 finden sich in der zweiten Ebene der Hierarchie wieder. Die dritte Ebene stellt die jeweiligen Unterkapitel dar. Zum Teil sind die Unterkapitel noch weiter untergliedert. Diese finden sich dann senkrecht unter dem jeweiligen Unterkapitel gelistet wieder.

.

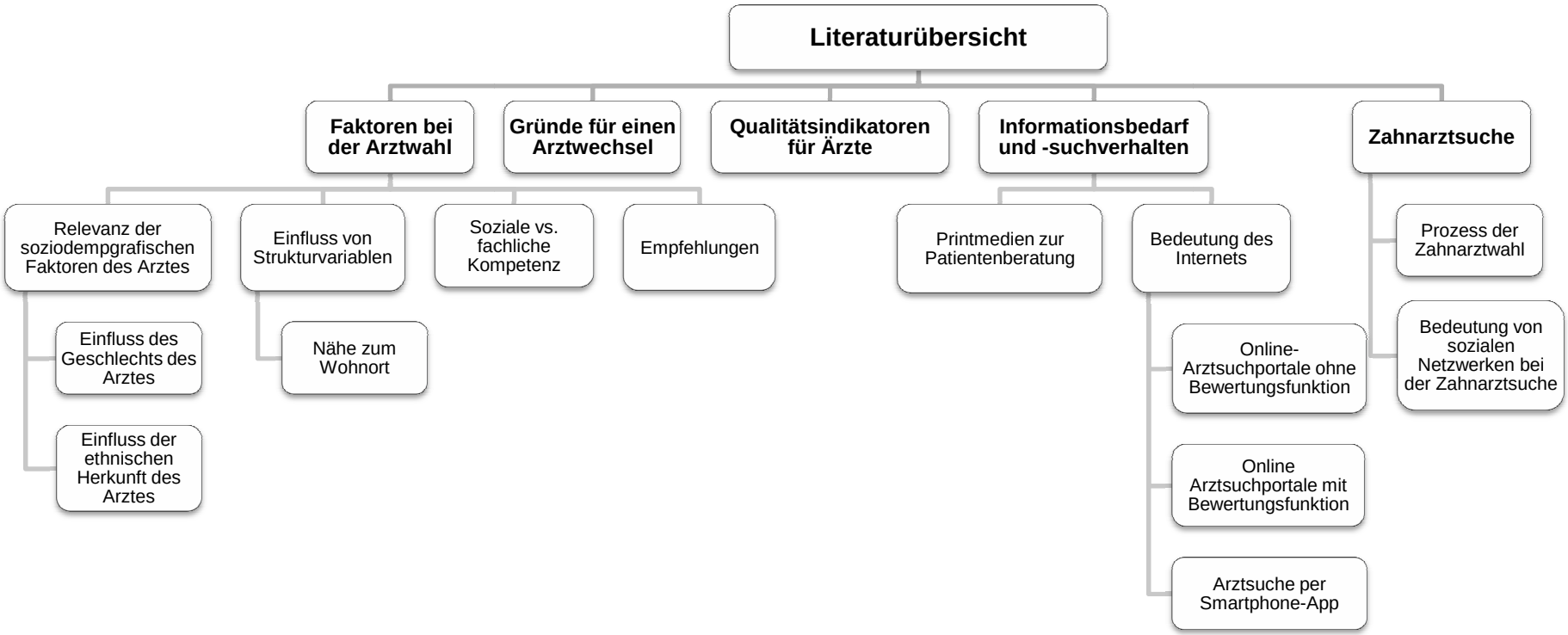


Abbildung 2: Thematische Gliederung der Literaturübersicht

„The more new patients I see, the more I realize that most of them choose physicians the same way they'd select a layer cake."(Pector, 2011)

2.2. Faktoren bei der Arztwahl

Furnham et al. (2006) unterscheiden zwei Theorien nach denen die Präferenzen von Patienten für einen bestimmten Arzt erklärt werden können. Die Erste ist die der „social distance", die auf Bogardus (1925) zurückgeht. Demnach interagieren präferiert Menschen miteinander, die sich bezüglich Alter, ethnischer Herkunft und Geschlecht unterscheiden. Die Zweite, „social similarity", lässt sich auf Newcomb (1961) zurückführen. Sie nimmt an, dass Menschen bevorzugt Kontakt zu den Menschen suchen, die ihnen in Verhalten, soziodemografischen Hintergrund, Interessen, etc. ähneln (Furnham et al., 2006). Diese sehr theoretische Annahme lässt sich sicherlich nicht verallgemeinern, kann jedoch dahingehend beurteilt werden, dass sowohl der soziodemografische Hintergrund des Arztes, als auch des Patienten selbst die Präferenzen für einen bestimmten Arzt beeinflussen können.

Eine aktuelle US-amerikanische Studie zeigte, dass die Präferenzen bei der Arztwahl darauf basieren, wie sich die Patienten idealerweise fühlen wollen (*„ideal affect")* und weniger dadurch beeinflusst wird, wie sie sich in dem Moment der Suche fühlen (*„actual affect"*). Das bedeutet, wenn der emotionale Zustand, den der Arzt vermittelt, den Idealvorstellungen der Patienten nahe kommt, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass Patienten sich auch für diesen Arzt entscheiden (Sims et al., 2014).

Wolinsky und Steiber (1982) identifizierten fünf Hauptmuster typischen Verhaltens bei der Arztsuche: Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status und schlechterem Zugang zu medizinischer Versorgung wählten den psychosozialen Aspekt des Arzt-Patienten-Verhältnis als wichtigsten Faktor bei der Arztwahl. Bei niedrigem sozioökonomischer Status in Kombination mit besserem Zugang zu medizinischer Versorgung spielen die Kosten die Hauptrolle. Ein höherer sozioökonomischer Status bei schlechtem Zugang zu medizinischer Versorgung ließ die Befragten auf die Zugehörigkeit des Arztes zu einer bestimmten Klinik fokussieren. Die vierte Gruppe, hoher sozioökonomischer Status bei gutem Zugang zu medizinischer Versorgung, legte am meisten Wert auf die Zugehörigkeit des Arztes zu einer ärztlichen Organisation, während bei gleichem sozioökonomischen Status und moderatem Zugang zur medizinischen Versorgung Empfehlungen durch Freunde die wichtigste Rolle spielten.

Andere Studien konnten diese Zusammenhänge nicht bestätigen und kommen zu dem Ergebnis, dass die individuellen Charakteristika des Arztes und des Patienten bei der Suche relativ unwichtig sind (Bornstein et al., 2000, Fung et al., 2005).

Eine Befragung erwachsener Chinesen aus Hong Kong ergab, dass vier Faktoren bei der Wahl eines Arztes eine Rolle spielen: Erstens die initiale Behandlung aller physischen und psychischen Erkrankungen, zweitens die Erreichbarkeit (Öffnungszeiten, Lokalisation, Kosten), drittens eine schnelle Linderung der Erkrankung und viertens die Tatsache, dass auch andere Familienmitglieder von demselben Arzt betreut werden (Wun et al., 2010).

2.2.1. Relevanz der soziodemografischen Faktoren des Arztes

Ein großer Teil der insbesondere aus Großbritannien stammenden Studien, die den Prozess der Arztwahl untersuchten, bewerten hauptsächlich den Einfluss soziodemografischer Faktoren des Arztes, wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft, die als unbeeinflussbare oder „harte“ Faktoren charakterisiert werden können (Furnham et al., 2006). In den folgenden zwei Kapiteln wird erörtert, inwieweit die Präferenz für einen bestimmten Arzt durch das Geschlecht oder die ethnische Herkunft des Arztes beeinflusst werden.

2.2.1.1. Einfluss des Geschlechts des Arztes

Bei der Wahl eines Allgemeinarztes oder Facharztes zeigen einige Studien – vor allem älteren Datums - dass Patienten eine stärkere Präferenz zu gleichgeschlechtlichen Ärzten haben (Furnham et al., 2006, Hopkins et al., 1967, Graffy, 1990). Ob dieser Effekt bei Männern oder Frauen stärker ist, wird widersprüchlich bewertet.

Eine Interview-basierte Befragung englisch und/ oder spanisch sprechender Erwachsener in Kalifornien, die in den Jahren 1993/94 durchgeführt wurde, zeigte, dass dies auch die Patientenzufriedenheit beeinflussen soll. Hier ergab die Auswertung, dass die Zufriedenheit bei Frauen, nach der Konsultation eines weiblichen Arztes signifikant höher war als nach der eines männlichen Arztes (Derose et al., 2001).

Es liegt nahe, dass Patienten mit geschlechtsspezifischen gesundheitlichen Anliegen bevorzugt einen gleichgeschlechtlichen Arzt konsultieren. Vor allem Frauen wählen bei gynäkologischen Fragestellungen eher einen weiblichen Arzt (van den Brink-Muinen et al., 1994, Ahmad et al., 2002). Auch andere Studien belegen, dass die Entscheidung ob ein männlicher oder weiblicher Arzt konsultiert wird, von der Art des medizinischen Problems abhängt: Furnham et al. (2006) ließen bei ihrer Untersuchung 395 Briten Allgemein- und Fachärzte mit unterschiedlichem Profil bewerten, wobei sich die Unterschiede im Wesentlichen auf Geschlecht, Alter und Ausbildungsland der Ärzte beschränkten. Die Befragten waren in Gruppen mit „intimem“ gesundheitlichem Problem und mit „nicht intimem“ ge-

sundheitlichem Problem eingeteilt. Dabei zeigte sich, dass die Gruppe mit dem „nicht-intimen“- Problem weibliche Ärzte insgesamt besser bewertete, unabhängig vom Geschlecht der Probanden.

In einem Selbstversuch in eigener Praxis mit zwei männlichen Ärzten und einer weiblichen Ärztin bestätigte Hopkins schon 1967 die Tendenz, dass wenn die freie Wahl besteht, eher ein Arzt gleichen Geschlechts und ähnlichen Alters konsultiert wird. Gleichermaßen erkannte die Studie jedoch an, dass eine Frau, die eine Praxis von einem männlichen Kollegen übernimmt, wahrscheinlich nicht viele Patienten aufgrund ihres Geschlechts verlieren würde (Hopkins et al., 1967).

Auch die mit dem jeweiligen Geschlecht stereotypisch assoziierten Eigenschaften können die Arztwahl beeinflussen (Fennema et al., 1990, Elstad, 1994). So stellte eine norwegische Studie an ca. 1500 Frauen einen Zusammenhang zwischen der Bevorzugung von Frauen für einen weiblichen bzw. männlichen Arzt und deren Prioritäten bezüglich des Arzt-Patient-Verhältnisses und des Kommunikationsstiles heraus. Demnach tendieren Frauen, die an Ärzten eine eher demokratische Einstellung in dieser Beziehung wünschen, also in medizinische Entscheidungen stärker mit einbezogen werden möchten, eher zu einem weiblichen Arzt, wohingegen Frauen, die eine eher dominante Rolle des Arztes schätzen, also medizinische Entscheidungen eher dem Arzt überlassen, einen männlichen Arzt wählen. Anders als es vielleicht zu erwarten wäre, wählten Frauen nicht auf Grund der üblicherweise angenommenen weiblichen Eigenschaften Ärztinnen, da diese z. B. eher mitfühlend seien (Elstad, 1994).

Eine häufig in der Literatur beschriebene Erkenntnis, die die Wahl eines Arztes beeinflussen kann ist, dass weibliche Ärzte sich mehr Zeit für die Behandlung eines Patienten nehmen als Ihre männlichen Kollegen (Arora et al., 2004, Klingenberg et al., 2008).

2.2.1.2. Einfluss der ethnische Herkunft des Arztes

Im Zusammenhang mit dem Fachkräftemangel in Deutschland oder dem Ärztemangel auf dem Land wird in Politik und Medien der Ruf nach qualifizierten ausländischen Fachkräften laut (Thiel, 2014).

Einige - vor allem angloamerikanische - Studien untersuchten in der Vergangenheit den Zusammenhang und die Präferenz der ethnischen Hintergründe von Arzt und Patient.

Gray und Jeffrey (1997) zeigten, dass Patienten, die einer ethnischen Minderheit angehören, fünfmal häufiger als andere Patientengruppen einen Arzt aufsuchen, der ebenfalls einer ethnischen Minderheit angehört. Dies hängt nicht nur damit zusammen, dass Ärzte dieser Gruppen sich vorzugsweise im näheren Umfeld von Gemeinden ethnischer Min-

derheiten ansiedeln, sondern auch damit, dass sich Patienten für diese Ärzte aufgrund persönlicher Präferenz und wegen leichterer sprachlicher Verständigung entscheiden (Saha et al., 2000).

Der Haupteffekt, den Furnham et al. (2006) in ihrer englischen Studie herausstellten, war eine Bevorzugung für Ärzte, die in Großbritannien ausgebildet wurden (im Gegensatz zu in Asien ausgebildeten), wobei hier der Ort der Ausbildung in der Regel mit der jeweiligen ethnischen Herkunft übereinstimmte.

Ahmad, et al. (1991) fanden in einer qualitativen Studie für in Großbritannien lebende Patienten asiatischer Herkunft heraus, dass die sprachliche und kulturelle Übereinstimmung bei der Wahl eines Allgemeinarztes entscheidender ist als das Geschlecht des Arztes, wobei hier der Grund der Konsultation nicht berücksichtigt wurde.

Im Gegensatz dazu stellten Ahmad et al. (2002) bei einer Befragung kanadischer Frauen Unterschiede bei den Faktoren fest, die mit den Präferenzen für weibliche oder männliche Hausärzte assoziiert werden konnten: Die Kanadierinnen süd-asiatischer Abstammung zeigten eine stärkere Präferenz für einen weiblichen Hausarzt als die Kanadierinnen mit europäischem Hintergrund, was sie auf den kulturellen Hintergrund zurückführten.

Eine andere Untersuchung an ethnischen Minderheiten in Großbritannien ergab, dass in der Wahrnehmung der Patienten die sozialen Kompetenzen und nonverbale Kommunikation eine wesentlich wichtigere Rolle spielen als der ethnische Hintergrund des behandelnden Arztes (Aruguete and Roberts, 2002).

2.2.2. Einfluss von Strukturvariablen

Neben den unbeeinflussbaren arztbezogenen Charakteristika existieren zahlreiche weitere praxis- oder arztbezogene Kriterien, die als Strukturvariablen zusammengefasst werden können (Geraedts, 2008). Dazu zählen z.B. die Rolle der Praxis und des Teams, die Wartezeit auf einen Termin oder in der Praxis das Erscheinungsbild des Arztes oder der Praxis, Berufserfahrung des Arztes, Erreichbarkeit und Barrierefreiheit.

Andere Autoren untersuchten die Bedeutung sozialer Kompetenz, wie Kommunikationsstil oder Menschlichkeit des Arztes, im Vergleich zur Bedeutung der fachlichen Kompetenz (Wensing et al., 1998).

Diese veränderlichen struktur- und qualitätsbezogenen Variablen werden in ihrer Bedeutung für die Entscheidung bei der Arztsuche in der Literatur kontrovers diskutiert (Pector, 2011).

2.2.2.1. Nähe zum Wohnort

Die Nähe zum Wohnort oder zum Arbeitsplatz ist eine Strukturvariable, die von einigen Autoren der Rubrik „Bequemlichkeit“ zugeordnet wird (Wun et al., 2010, Salisbury, 1989, Billinghurst und Whitfield, 1993). Diese hat zwar zum Teil Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, aber nicht darauf, ob eine Praxis oder ein Arzt weiterempfohlen wird. Denn das Thema Gesundheit betreffend sei die Entscheidung für einen Arzt von zu großer Relevanz, als das solche Variablen einen großen Einfluss auf die Arztwahl haben könnten (Arora et al., 2004).

Dennoch belegen zahlreiche Studien, dass bei der unmittelbaren Arztsuche für die medizinische Grundversorgung häufig die Nähe zum Wohnort oder zum Arbeitsplatz eine wichtige Rolle für Patienten spielt (Wun et al., 2010, Jain et al., 1985, Bornstein et al., 2000, Billinghurst und Whitfield, 1993) oder sogar das ausschlaggebende Kriterium ist, sich für einen Arzt zu entscheiden (Salisbury, 1989). Auch als Grund für einen Arztwechsel wird häufig die Distanz angegeben: Mit 41% war die Distanz der häufigste Grund für einen Arztwechsel bei einer Patientenbefragung in Großbritannien aus dem Jahr 1993 (Billinghurst und Whitfield, 1993). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Interview-basierte, qualitative Studie aus dem Jahr 1997 (Gandhi et al., 1997).

Wenn sich durch regelmäßige Besuche ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gebildet hat, wird der leichten Erreichbarkeit weniger Bedeutung zugemessen: Je besser das Patienten – Arzt – Verhältnis, desto mehr Unannehmlichkeiten, z. B. in Bezug auf die Anreise, nehmen Patienten in Kauf (Wun et al., 2010).

2.2.3. Soziale vs. fachliche Kompetenz

Nach Bornstein et al. (2000) sind für Patienten bei der Arztsuche diejenigen Variablen von größter Bedeutung, die auch den größten Effekt auf die Qualität der medizinische Leistung hätten, nämlich fachliche Kompetenz und Faktoren, die das Praxismanagement betreffen, z.B. Wartezeit auf einen Termin oder Wartezeit in der Praxis (Bornstein et al., 2000).

Eine weitere amerikanischen Studie unterstreicht diese Annahme: 163 Probanden wurden acht unterschiedliche, fiktive Praxisanzeigen vorgelegt, in denen die Praxen mit unterschiedlichen Qualitäten bezüglich der Variablen Kommunikationsstil, Praxis und Team, sowie fachliche Expertise dargestellt wurden. Als einziger signifikanter Faktor wurde die fachliche Expertise bestimmt (Arora et al., 2004). In Anbetracht der Methode muss die Evidenz dieser Studie jedoch als gering eingestuft werden.

Eine ähnliche Methode wählten auch Fung et al. (2005). Sie entwarfen 14 fiktive Zeugnisse für Hausärzte und ließen auf dieser Grundlage ca. 300 Teilnehmer die Entscheidung für einen Arzt treffen. Die Untersuchung ergab, dass die fachliche Kompetenz vor allem dann am stärksten gewichtet wurde, wenn ein Arztwechsel angestrebt wurde. Ein wesentlicher Anteil der Befragten bevorzugte jedoch Ärzte mit besonders guter Sozialkompetenz.

Eine systematische Literaturanalyse, welche 57 Studien einbezog und die Prioritäten von Patienten bezogen auf die medizinische Grundversorgung untersuchte, ergab hingegen, dass fachliche Kompetenz und zwischenmenschliche Fähigkeiten gleichermaßen wichtig seien (Wensing et al., 1998).

Die Entscheidung denselben Arzt wieder aufzusuchen wird davon abhängig gemacht, ob der behandelnde Arzt als fachlich kompetent erachtet wird, was meistens anhand der Linderung physischer Symptome festgemacht wird. Insgesamt ist ein gutes Patient – Arzt – Verhältnis entscheidend, um die Kontinuität aufrechtzuerhalten. Dazu zählen im Wesentlichen Vertrauen, die Bereitschaft psychische Probleme zu besprechen und ein freundlicher Umgang mit dem Patienten (Wun et al., 2010).

2.2.4. Empfehlungen

Für viele Menschen ist der erste Schritt bei der Suche nach einem neuen Arzt, eine zweite Person nach deren Erfahrung oder Empfehlung zu befragen. Welche Bedeutung Empfehlungen bei der Arztsuche haben, was ausschlaggebend dafür ist, einen Arzt weiterzuempfehlen und welche Personen bevorzugt befragt werden, wurde in der Literatur vielfach untersucht (Tu und Lauer, 2008, Wurpts, 2011, Salisbury, 1989, Vedsted und Heje, 2008, Wolinsky und Steiber, 1982, Wun et al., 2010, Billinghurst und Whitfield, 1993). Laut Tu und Lauer (2008) suchte im Jahr 2007 jeder zehnte US-Amerikaner einen neuen Hausarzt. Dabei verließen sich 50% auf die Empfehlung von Freunden oder Verwandten und 38% nahmen Empfehlungen von anderen Ärzten an.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Salisbury (1989): 47% der Befragten gaben an, zuerst von einem Freund, Nachbar oder Verwandten von der Praxis erfahren zu haben in der sie derzeit in Behandlung sind. Als ein Grund dafür, warum Menschen gerne auf Empfehlungen zurückgreifen, wird genannt, dass sie nur so die für sie relevanten Informationen erhalten: Über den Umgang des Arztes mit seinen Patienten würden sie durch andere Informationsressourcen eher nichts erfahren (Salisbury, 1989). Vedstedt und Heje (2008) fanden heraus, dass „Empathie“, „Patientenorientierung“, „informierend und koordinierend“ sowie „(fachliche) Kompetenz“ die wichtigsten Eigenschaften eines Allgemeinarztes sind, die mit der Weiterempfehlung an andere assoziiert werden können.

2.3. Gründe für einen Arztwechsel

In den meisten Fällen ist der Grund für einen Arztwechsel ein Wohnortwechsel. Auch wenn ein Umzug nicht unmittelbar vorrausging, wurde bei einer Befragung in England aus dem Jahr 1990 eine zu große Distanz von Wohnort zur Praxis als häufigster Grund für einen Praxiswechsel angegeben (Billinghurst und Whitfield, 1993). Interessanter für eine nähere Betrachtung ist der dennoch nicht unerhebliche Anteil der Patienten, die aus anderen Gründen den Arzt wechselten, wobei diese Gruppe schwer herauszufiltern ist.

Billinghurst und Whitfield (1993) lösten dies, indem Sie an die Patienten einer Kleinstadt in England einen Fragebogen schickten, die sich bei einem neuen Hausarzt registrierten, und deren Adresse sich vorher nicht geändert hat. Sie teilten die Gründe für einen Arztwechsel, die nicht mit patientenbezogenen Bedingungen zusammenhingen, in zwei Gruppen ein: Erstens Schwierigkeiten mit der Praxis(-organisation) und zweitens Probleme mit dem Arzt. In der ersten Gruppe wurden „lange Wartezeiten“ mit 13,1% am häufigsten genannt, gefolgt von „Arzt ist in den Ruhestand gegangen/ umgezogen“ mit 8,9%. Die arztbezogenen Gründe waren „Vertrauen in den Arzt verloren“ mit 21,4% am häufigsten beanstandet, danach „Arzt wirkte desinteressiert“ (10,4%).

Eine qualitative Studie, ebenfalls aus England, kommt einige Jahre später zu dem Schluss, dass die Entscheidung einen Arzt zu wechseln meist multifaktoriell bedingt nach sorgfältiger Abwägung und oft wegen zwischenmenschlichen Diskrepanzen erfolgt. Häufig bedingt ein kritischer Faktor die Entscheidung den Arzt zu wechseln, z.B. unpassendes ärztliches Verhalten. Dieses zu erkennen könnte dem Arzt helfen Patienten länger zu binden (Gandhi et al., 1997).

Eine Befragung in Italien an Patienten, die beabsichtigten ihren Allgemeinarzt zu wechseln (auch hier wurden nicht die Befragten einbezogen, die aus persönlichen Gründen wie Wohnortwechsel einen Arztwechsel anstrebten) nach deren Beweggründen, ergab bei 70% der Befragten - davon häufiger Frauen - einen Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Arztes. Davon gaben wiederum 50% an, dass sie das Verhalten des Arztes als übermäßig hastig empfanden. Als weitere Gründe wurden mit 60% eine unzulängliche Erreichbarkeit (diese impliziert eine als unzureichend empfundene Behandlungszeit) sowie das Empfinden eine medizinische Leistung, die ihnen zustand, nicht erhalten zu haben (53%). Schlechte Organisation der Praxis wie lange Wartezeiten etc. (49%) und Probleme mit dem Verschreiben von Medikamenten (23%) spielten ebenfalls eine Rolle. Relativ selten wurden als Motiv mutmaßliche ärztliche Fehler (30%) oder mangelndes Fachwissen angegeben. Durchschnittlich wechselten Personen mit höherem Bildungsgrad häufiger den Arzt (Buja et al., 2011).

2.4. Qualitätsindikatoren für Ärzte

Eine Erhebung des Gesundheitsmonitors (2007) ergab, dass in der Bevölkerung erhebliche Qualitätsunterschiede in der ambulanten Versorgung wahrgenommen werden (Marstedt, 2007). 41% der Befragten waren der Meinung: „Ja, es gibt sehr große Unterschiede“ und weitere 40% sagten: „Ja, es gibt einige Unterschiede“.

Dies impliziert ein hohes, angenommenes Risiko, an einen weniger guten Arzt zu geraten, wenn man sich nicht im Vorwege über die Qualität des Arztes informiert.

Niedergelassene Ärzte haben die Möglichkeiten sich durch unterschiedliche Qualitätsmanagement-Systeme zertifizieren zu lassen, wie z.B. KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität), KPQM/QuNo, DIN ISO 9001, EPA (Europäisches Praxisassessment) oder EFQM (European Foundation for Quality Management) (Rieser, 2007). Von der KBV wurde 2005 ein weiteres Gütezeichen erarbeitet: „Das deutsche Gesundheitssiegel“, welches u.a. nachweisen soll, dass die Praxis ein Qualitätsmanagement nach QEP („Qualität und Entwicklung in Praxen“) durchlaufen hat. Zusätzlich soll die Siegelvergabe an den Nachweis weiterer Qualitätsindikatoren geknüpft werden: Mit dem Projekt AQUIK („Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“), welches 2009 abgeschlossen wurde, ist ein Indikatorenset geschaffen worden, welches die Qualität der ärztlichen Arbeit transparent und vergleichbar machen soll (Kleudgen, 2008). Die Qualitätsindikatoren wurden im Rahmen des Projekts von September 2010 bis Juni 2013 in ausgewählten Arztpraxen auf Praktikabilität geprüft. Das AQUIK-Set umfasst 48 Indikatoren der ambulanten Versorgung von ADHS bis Vorhofflimmern[3]. Damit könne in Zukunft auch eine Möglichkeit geschaffen werden, die ärztliche Vergütung an die nachgewiesene Qualität zu knüpfen (Kleudgen, 2008).

Insgesamt könnten verlässliche Qualitätsindikatoren die Unsicherheit bei Arztsuchenden reduzieren, indem sie vergleichbare Informationen über die fachliche Qualität des Arztes liefern.

[3] http://www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1_0_140324.pdf (19.12.14)

2.5. Informationsbedarf und –suchverhalten

„(…) nur gut informiert kann ein Patient z.B. das Recht auf freie Arztwahl im Sinne der bestmöglichen Versorgung gezielt ausüben.“ (Schaefer und Schwarz, 2010)

Eine Grundvoraussetzung für eine adäquate und qualitätsorientierte Entscheidung bei der Arztsuche ist die Möglichkeit sich vorab ausreichend informieren zu können. Welche Möglichkeiten dem Patienten dabei zur Verfügung stehen, wie das Suchverhalten der Patienten ist, welche Informationen er sich wünscht bzw. auch tatsächlich nutzt und ob das Angebot aus Sicht der internationalen Literatur quantitativ und qualitativ ausreichend ist, wird in diesem Abschnitt behandelt.

Eine eher passive, konsumierende Rolle attestierte Salisbury den Patienten bei der Wahl eines Arztes im Bereich der ambulanten Versorgung, als Resümee einer fragebogenbasierten Studie im Prä-Internet Zeitalter in Großbritannien (Salisbury, 1989). Demnach sei eine aktive Suche nach Informationen zu einer Praxis selten, hauptsächlich bestünde sie in der Befragung von Familienmitgliedern. 40% der Befragten wussten nichts über die Praxis, bei der sie sich neu registriert hatten. Zudem beginne die Suche meist erst, wenn bereits akuter Bedarf besteht, aufgrund beispielsweise einer Erkrankung (Kriwy und Aumüller, 2007). In dieser Situation ist es kaum möglich sich ausreichend und optimal zu informieren, um eine wohlüberlegte Entscheidung zu treffen. 44% der Befragten wählten die Praxis allein aufgrund der Nähe zum Wohnsitz. Das Auswahlkriterium „Einen freundlichen Arzt zu haben mit dem man gut sprechen kann“, ist für 64% der Befragten essentiell wichtig.

„(…) choosing a doctor may be less analogous to the consumer’s choice of a new car but more like finding a local garage quickly when the car breaks down.” (Salisbury, 1989)

Dieser Ansicht stimmen nachfolgende Autoren im Wesentlichen zu (Lubalin und Harris-Kojetin, 1999, Tu und Lauer, 2008, Bornstein et al., 2000). Lubalin und Harris-Kojetin (1999) sehen die Ursache für die passive Rolle der Patienten aber darin, dass das Informationsangebot nicht der Komplexität des Gesundheitssystems gerecht wird und fordern dementsprechend Verbesserungen in der Quantität und Qualität der Informationen.

Tu und Lauer (2008) hingegen sind der Auffassung, dass die Patienten die vorhandenen Informationsangebote nicht nutzen, da sie keine wesentlichen Qualitätsunterschiede zwischen den Ärzten wahrnehmen und sich die Kosten der Gesundheitsleistungen zu wenig unterscheiden. Somit sei kein Anreiz für eine aktive Suche gegeben. Hinzu kommt, dass

in bestimmten Regionen nur wenige Ärzte angesiedelt sind und deshalb eine Suche mangels Alternativen sinnlos erscheint. Das ernüchternde Fazit ist, dass die Vorstellung von einer verbrauchsorientierten, aktiven Rolle der Patienten im Gesundheitssystem nicht der Realität darüber entspricht, wie die meisten Patienten derzeit die Anbieter von Gesundheitsleistungen wählen (Tu und Lauer, 2008).

Eine aktive Suche stellt Harris (2003) vorrangig bei ethnischen Minderheiten fest und bei den Patienten, die zuvor aus Unzufriedenheit ihren Arzt gewechselt hatten. Dies stelle die Notwendigkeit heraus die Entscheidungshilfen für die Patienten zu verbessern, um einem patienten- und qualitätsorientierten Gesundheitssystem gerecht zu werden (Harris, 2003).

Ein „weitgehend ungedeckter Informationsbedarf“ war auch ein Analyseergebnis des Gesundheitsmonitors 2008, der sich mit der Suche und Auswahl ambulanter Leistungserbringer beschäftigte. Ziel eines Befragungsteils war eine empirische Basis für zukünftige Informationsangebote darüber zu liefern, welche Auswahlkriterien im Hinblick auf die Ärzte und deren Praxen von Versicherten für besonders wichtig erachtet werden (Geraedts, 2008). Ein aktives Verbraucherverhalten bei der Haus- oder Facharztsuche stellt der Autor ebenfalls nicht fest – Auswahlentscheidungen beruhen weiterhin auf Empfehlungen und der Nähe zum Wohnort. Dies sei unter anderem dadurch zu erklären, dass die angebotenen Informationsressourcen nicht die präferierten Auswahlkriterien der Patienten berücksichtigt sondern größtenteils Strukturinformationen liefern. Patienten hingegen bevorzugen Informationen, die Erfahrungen anderer Patienten mit dem Arzt-Patienten-Kontakt und dessen Erfolg beinhalten (Fanjiang et al., 2007).

Im Hinblick auf die präferierten Auswahlkriterien und Autoren der Informationen schlägt Geraedts (2008) eine Informationsbereitstellung durch unabhängige Verbraucherorganisationen vor, die auf der Grundlage von Patientenerfahrungen und Strukturerhebungen vergleichende Informationen zu Ärzten bzw. Arztpraxen liefern.

In der untersuchten Literatur lässt sich im Allgemeinen ein Trend in Richtung eines zunehmenden Informationsbedarfs der Patienten erkennen. Jedoch scheinen die angebotenen Informationsressourcen diesen Bedarf nicht ausreichend zu decken, da wesentliche Aspekte, wie z.B. die empathische Ebene des Arzt-Patienten-Verhältnisses, darin meist nicht abgebildet werden können.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Informationsquellen für Patienten beschrieben.

2.5.1. Printmedien zur Patientenberatung

Kommerzielle Angebote, wie die Ärzteliste des Nachrichtenmagazins FOCUS, bieten Ratsuchenden nach eigenen Angaben „detaillierte Informationen über mehr als 1200 empfohlene Ärzte aus nahezu allen medizinischen Fachgebieten“[4]. Das Magazin veröffentlicht seit Erscheinen in regelmäßigen Abständen Listen mit spezialisierten Ärzten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen. Die Recherche der Daten erfolgt auf der Basis von Interviews medizinischer Kollegen und Patientenverbänden, Publikationen und Eigenangaben der Ärzte. Die Ergebnisse werden kostenpflichtig, z.B. in Form von Magazinen, zur Verfügung gestellt. Die aktuelle Ausgabe ist als Buch erhältlich (Krause et al., 2012).

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat eine Broschüre herausgegeben, die Patienten dabei helfen soll einen guten Arzt zu finden: „Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten“ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008). Nachteilig ist, dass Sie dem Arztsuchenden erst nach dem Besuch in einer Praxis dabei helfen, festzustellen, ob er nun an einen guten oder weniger guten Arzt geraten ist.

2.5.2. Bedeutung des Internets

Das Internet ist gerade bei der jüngeren Generation ein häufig genutztes Medium, um Informationen über Ärzte oder Praxen zu erlangen. Es existiert eine Vielzahl von Portalen oder Ärzteverzeichnissen mit unterschiedlichen Suchkriterien (Morrissey, 1996). Die angebotenen Suchdienste unterscheiden sich im Wesentlichen darin, ob Sie ein reiner Suchdienst ohne Bewertungsfunktion sind, oder zusätzlich eine Bewertungsfunktion anbieten.

2.5.2.1. Online-Arztsuchportale ohne Bewertungsfunktion

Klassische Anbieter sind hier die (Zahn-)Ärztekammern und Kassen(zahn-)ärztlichen Vereinigungen mit den Online Ärzteverzeichnissen, wie z.B. die deutschlandweite Zahnarztsuche der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV)[5] oder der Bundeszahnärztekammer (BZAEK)[6]

Per Klick auf eine Deutschlandkarte gelangt man zu den Arztsuchen der regionalen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen). Diese bieten neben den Kontaktdaten z.B. Informationen zu Tätigkeitsschwerpunkten und Praxisbesonderheiten.

[4]http://www.focus.de/gesundheit/news/medizin-die-aerzte-liste-2000_aid_185459.html.(23.07.14)
[5]http://www.kzbv.de/patienten.24.de.html (19.12.14)
[6]http://www.bzaek.de/patienten/zahnarztsuche.html (19.12.14)

Die Stiftung Gesundheit e.V. pflegt seit 1997 eine kostenlose Adressdatenbank. Mehr als 20 Millionen Mal pro Jahr wird diese Plattform genutzt, um anhand von ca. 1000 Diagnose- und Therapieschwerpunkten nach Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten zu suchen (Krüger-Brand, 2007).

Gemeinsam ist diesen Rechercheplattformen, dass Sie keine Aussage über die Qualität des jeweiligen Arztes zulassen, also keinen Empfehlungscharakter haben.

2.5.2.2. Online-Arztsuchportale mit Bewertungsfunktion

Für viele Arztsuchende stellen verlässliche Informationen und Orientierung ein zentrales Bedürfnis dar. Wie zuvor beschrieben genießen dabei Empfehlungen anderer Patienten, insbesondere aus dem persönlichen Umfeld, die höchste Wertschätzung. Internetbasierte Arztbewertungsportale erlangen derzeit zunehmende Aufmerksamkeit (Stiftung Gesundheit, 2008, Krüger-Brand, 2007, Schwarz et al., 2012). Diese Portale erlauben es Patienten nach einem Arzt- oder Zahnarztbesuch über die mit einem Arzt gemachten Erfahrungen zu berichten und anhand eines schulnotenähnlichen Systems oder mit Freitexten zu bewerten (Emmert et al., 2009).

In der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 2011 gaben 10% der Befragten an, dass sie Arztbewertungsportale schon einmal genutzt haben – 3% mehr als in dem Jahr zuvor (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2011). Die Portale werden vor allem dann zu Rate gezogen, wenn Empfehlungen vertrauter Quellen zu der gesuchten Fachrichtung oder aufgrund eines Wohnortwechsels (noch) nicht vorliegen (Bertelsmann Stiftung, 2012, Lagu et al., 2010).

In einer deutschen Studie wurden die drei in Deutschland häufig verwendeten Portale mit Spezialisierung auf Arztsuche und Arztbewertung – Jameda.de, DocInsider.de und Arztauskunft.de – sowie Google als Suchwerkzeug im Hinblick auf Effektivität und Effizienz der Suche sowie Zufriedenheit der Nutzer miteinander verglichen (Sander et al., 2013). Dazu wurde das Verhalten von 32 Probanden in 217 Versuchen bei der Suche nach einem geeigneten Augenarzt, Hautarzt oder Zahnarzt, mit einer vorgegebenen spezifischen Aufgabenstellung, systematisch beobachtet. Die Auswertung der Beobachtungen wurde unterstützt durch Videoanalysen, Aufzeichnungen des Blickverlaufs der Probanden bei der Onlinesuche und ergänzt durch eine anschließende Befragung der Teilnehmer mittels strukturiertem Fragebogen. Die Autoren konnten keinen Mehrwert durch die Verwendung spezialisierter Arztsuchportale feststellen. Bei Jameda.de fanden nur 52% der 32 Probanden einen geeigneten Arzt, bei Google hingegen 98%. Zudem war bei Jameda.de und DocInsider.de der Zeitaufwand zum Auffinden eines Arztes signifikant größer als bei den anderen genannten Portalen.

Inzwischen existieren eine Reihe derartiger Arztbewertungsportale für vergleichende Qualitätsbeurteilungen niedergelassener Ärzte. Laut den Autoren der „Weißen Liste“ unterscheiden sich diese sowohl hinsichtlich des Inhaltsspektrums, als auch der Mindestanzahl an zugrunde liegenden Bewertungen je Arzt deutlich und unterliegen mehr oder minder der Gefahr missbräuchlicher Eintragungen (Bertelsmann Stiftung, 2012).

Eine deutsche Arbeitsgruppe untersuchte alle gängigen deutschen Arztbewertungsportale, die durch eine Internetrecherche mit verschiedenen Suchmaschinen ausfindig gemacht werden konnten und mindestens 20 Treffer erhielten (Emmert et al., 2009). Neben der Anzahl der Patientenbewertungen analysierten sie das Bewertungs- und Empfehlungssystem, wobei die in Kapitel 2.4 bereits erwähnten Checkliste des ÄZQ definierten Qualitätskriterien zugrunde gelegt wurden (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2008). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die einzelnen Portale eine heterogene Qualität bieten, auch im Hinblick auf die Validität der erhobenen Daten zur Patientenzufriedenheit. Zudem monieren auch sie die nicht ausreichenden Maßnahmen zur Verhinderung von Missbrauch der Seiten. Insofern können sie die vorhanden Portale nicht als angemessene Hilfestellung bei der Identifikation des geeigneten Arztes empfehlen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Untersuchung der Stiftung Gesundheit aus dem Jahre 2008 (Stiftung Gesundheit, 2008), wobei hier nicht die inhaltliche Güte der Bewertungen bzw. Empfehlungen geprüft wurde.

Vor diesem Hintergrund haben Bundesärztekammer (BÄK) und KBV das ÄZQ beauftragt Qualitätsstandards für Arztbewertungsportale zu entwickeln (Schaefer und Schwarz, 2010). In einem Clearingverfahren wurden in einem nächsten Schritt zehn marktrelevante Portale bewertet. In der zweiten Auflage wurde der Anforderungskatalog gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundeszahnärztekammer weiterentwickelt, sodass er nun in drei Versionen für die jeweiligen Kammern vorliegt (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Qualitätsanforderungen an Zahnarztbewertungsportale (Schwarz et al., 2012)

Das gute Zahnarztbewertungsportal…
erfüllt Anforderungen gemäß Telemediengesetz (…);
enthält ein Impressum, das Aufschluss über die Identität des Betreibers gibt, eine E-Mailadresse ist angegeben;
verzeichnet das Datum der letzten Aktualisierung der enthaltenen Zahnarzteinträge;
beinhaltet eine Datenschutzerklärung, die den Umgang mit personenbezogenen Nutzerdaten und die Voraussetzungen für deren Löschung und Weitergabe darlegt;
legt die Finanzierung offen;
trennt Werbung und Inhalt;
verfügt über eine personenbezogene Zahnarztsuche;
hat ein verständliches Bewertungsverfahren;
weist darauf hin, dass Bewertungen allenfalls Einschätzungen zu einzelnen Aspekten der Versorgung und Betreuung durch den Zahnarzt beziehungsweise Praxispersonal geben können;
stellt sicher, dass Einträge in Freitextfeldern redaktionell zu festgelegten Zeiten geprüft werden;
räumt betroffenen Zahnärzten die Möglichkeit zu Gegendarstellung und / oder Widerspruch ein;
bietet Schutz gegen Täuschungsmanöver und Schmähkritik.

Anhand dieser Qualitätsanforderungen sollen Nutzer die Qualität des angebotenen Portals prüfen können. Entwickler und Bereitsteller können sie als Grundlage nutzen um ihre Angebote zu optimieren (Schwarz et al., 2012).

Ein wichtiger Vertreter unter den Arztbewertungsportalen ist die „Weiße Liste“. Dabei handelt es sich um ein Projekt der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen in Kooperation mit der AOK, der Barmer-GEK und seit 2012 auch der Techniker-Krankenkasse, welches somit potentiell 37 Millionen Versicherte erreicht (Stand 2012) (Krüger-Brand, 2012). Die Online-Arztsuche basiert auf den Ergebnissen einer Versichertenbefragung (Bertelsmann Stiftung, 2012). Im Mai 2011 verzeichnete das Portal bereits 150.000 Bewertungen zu 40.000 Haus- und Fachärzten. Veröffentlicht werden sie allerdings erst, wenn mindestens zehn Bewertungen zu einem Arzt vorliegen. Daher waren zu dem Zeitpunkt erst 3.500 Bewertungen abrufbar.

Die Ärzteschaft steht Internetbewertungsportalen kritisch aber differenziert gegenüber, wie eine repräsentative Studie der Stiftung Gesundheit „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2007“ herausfand. 61,2% der befragten Ärzte waren der Meinung, dass Laien ärztli-

che Kompetenz nicht einschätzen oder bewerten können, dennoch stimmen 92% der Aussage zu, dass Patienten ein großes Interesse daran haben, Ärzte empfohlen zu bekommen (Obermann and Müller, 2007).

Abschließend kann festgestellt werden, dass Arztbewertungsportale von einem Teil der Suchenden als Hilfestellung bei der Arztsuche gerne und zunehmend in Anspruch genommen werden. Problematisch ist und bleibt jedoch, dass die Verfasser der Bewertungen meist anonym sind oder zumindest von den Suchenden nicht persönlich gekannt werden. Somit bleiben die Motive und der Hintergrund für die verfasste Bewertung unklar.

2.5.2.3. Arztsuche per Smartphone – App

Fast alle bereits genannten Ärzteverzeichnisse oder Arztbewertungsportale bieten Ihre Dienste inzwischen auch als App (Kurzform für Application[7]) an. Da das Smartphone für viele Deutsche zu den meistgenutzten Alltagsgegenständen gehört, macht dies die Suche nach einem Arzt für die Nutzer noch schneller und bequemer. Beispielhaft soll hierzu die App der KZBV „Zahnarztsuche“[8] kurz vorgestellt werden.

Zahnärzte können sich in der App über eine webbasierte Datenmaske registrieren, die wenige Pflichtfelder enthält und weitere freiwillige Angaben ermöglicht. Nachdem sich eine ausreichende Zahl von Zahnärzten eingetragen hatte, wurde die App im Juni 2014 veröffentlicht und zum kostenlosen Download bereitgestellt. Die mobile Suche ermöglicht eine Filterung nach verschiedenen Fachrichtungen und Spezialgebieten.

2.6. Zahnarztsuche

2.6.1. Prozess der Zahnarztwahl

Eine Gruppe US-amerikanischer Autoren hat die Motive von Patienten untersucht, die für zahnmedizinische Untersuchung und Behandlung eine universitäre zahnmedizinische Einrichtung aufzusuchen. Um den Prozess der Entscheidungsfindung bei der Suche nach einem Zahnarzt oder einer zahnmedizinischen Versorgungseinrichtung nachvollziehen zu können, haben sie das Fünf-Phasen-Model des Kaufprozesses nach Kotler (Kotler und Keller, 2001) auf den Entscheidungsprozess bei der Zahnarztwahl adaptiert (s. Abbildung 3).

[7] Bezeichnet eine Anwendungssoftware für Mobilgeräte bzw. mobile Betriebssysteme
[8] http://www.kzbv.de/app-zahnarztsuche.802.de.html (19.12.14)

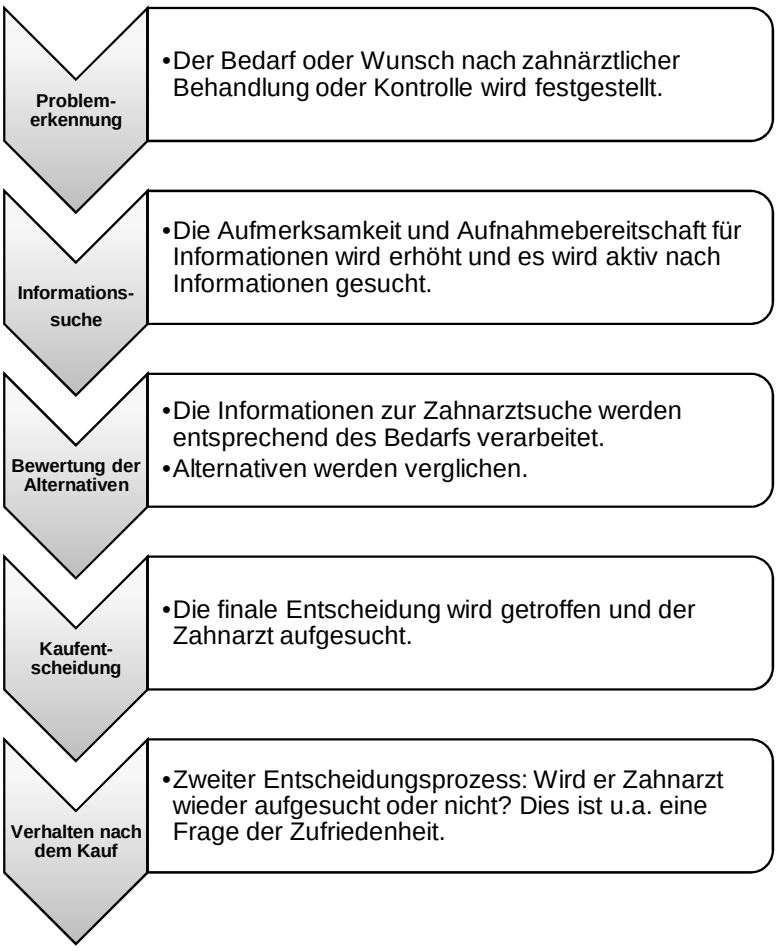


Abbildung 3: Anwendung von Kotlers Model auf den Prozess der Zahnarztsuche nach Kim et al. (2012)

Bezogen auf dieses Schema fokussierte die fragebogenbasierte Studie auf folgende Aspekte:

1. Welche Informationsressourcen sind zugänglich und wie werden sie genutzt?
2. Wie sind die Kriterien zu evaluieren, die die Patienten bei der Zahnarztsuche bevorzugen?

Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass im Unterschied zur Einzelpraxis der gute Ruf einer Klinik prospektive Patienten dazu veranlassen kann, diese für ihre zahnmedizinische Versorgung zu wählen, ohne die Reputation der einzelnen Zahnärzte zu kennen. Sie entscheiden sich also für die universitäre zahnmedizinische Einrichtung als Ganzes. Dies spiegelt sich in dem Ergebnis wieder, dass 72% der Befragten die Klinik wählten, ohne dass Sie einen speziellen Behandler wünschten. Bezogen auf die genutzten Informationsressourcen stellten sie fest, dass das Internet zwar insgesamt nicht sehr häufig genutzt, dafür aber verhältnismäßig oft als wichtige Informationsquelle bewertet wurde.

Die Evaluation der bei der Zahnarztsuche relevanten Kriterien ergab, dass sowohl zahnarztbezogene Attribute, wie Qualität der Behandlung und Kompetenz, als wichtig bis sehr wichtig beurteilt werden, als auch praxisbezogene Faktoren, wie Terminvergabe und Wartezeit eine nicht unwesentliche Rolle spielen (Kim et al., 2012).

Etwas anders stellt sich die Situation bei den freien Zahnarztpraxen dar: Eine polnische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass sich Patienten für eine Zahnarztpraxis aufgrund eines bestimmten Zahnarztes in dieser Praxis entscheiden. Die Entscheidung basiert meist auf Empfehlungen von nahen Bekannten. Weitere wichtige Faktoren seien eine moderne Praxiseinrichtung und die Lage der Praxis (Kawiak-Ziolo et al., 2011).

2.6.2. Bedeutung von sozialen Beziehungen bei der Zahnarztsuche

Eine deutsche Studie widmete sich der Frage, ob sich soziale Beziehungen bei der Zahnarztsuche auszahlen (Wurpts, 2011), oder anders formuliert: Je besser das soziale Netzwerk, desto besser der Zahnarzt?

Der Autor kam zu dem Ergebnis, dass Patienten trotz der Möglichkeiten des Internets überwiegend persönliche Wege bei der Zahnarztsuche nutzen: 66% folgten der Empfehlung von Freunden, Bekannten oder Verwandten. Davon nutzen 72-85% "starke" Beziehungen (Ehepartner, Verwandte, Freunde). Insgesamt seien Patienten, die soziale Kontakte genutzt haben, zufriedener mit dem Ergebnis der Behandlung.

Aus den Ergebnissen der Befragung lässt sich ableiten, dass soziales Kapital zwar nicht zu in allen Bereichen zufriedeneren Patienten führt, aber die sozialen Netzwerke wichtig sein können für den Aufbau von Vertrauen in der Zahnarzt-Patienten-Beziehung (Wurpts, 2011). Eine insgesamt hohe Gesamtzufriedenheit mit der zahnärztlichen Versorgung stellten auch Klingenberg et al. (2008) fest.

3. Material und Methode

Das Hauptanliegen dieser Arbeit ist die Evaluierung der Kriterien und der Informationsbeschaffung bei der Zahnarztsuche, sowie der Gründe für einen Zahnarztwechsel. Im folgenden Kapitel werden die Entwicklung des Messinstruments und die Datenerhebung beschrieben.

3.1. Fragebogenentwicklung

Als Instrument zur Datenerfassung dieser prospektiven Studie wurde die Befragung mittels Fragebogen an verschiedenen Stichproben gewählt. Auf die Entwicklung des papiergebundenen, standardisierten Fragebogens mit 32-Items, die Auswahl der Stichproben, die Befragung und anschließende Auswertung der Daten wird in diesem Kapitel eingegangen. Abbildung 4 stellt den Ablauf der Fragebogenentwicklung schematisch dar.

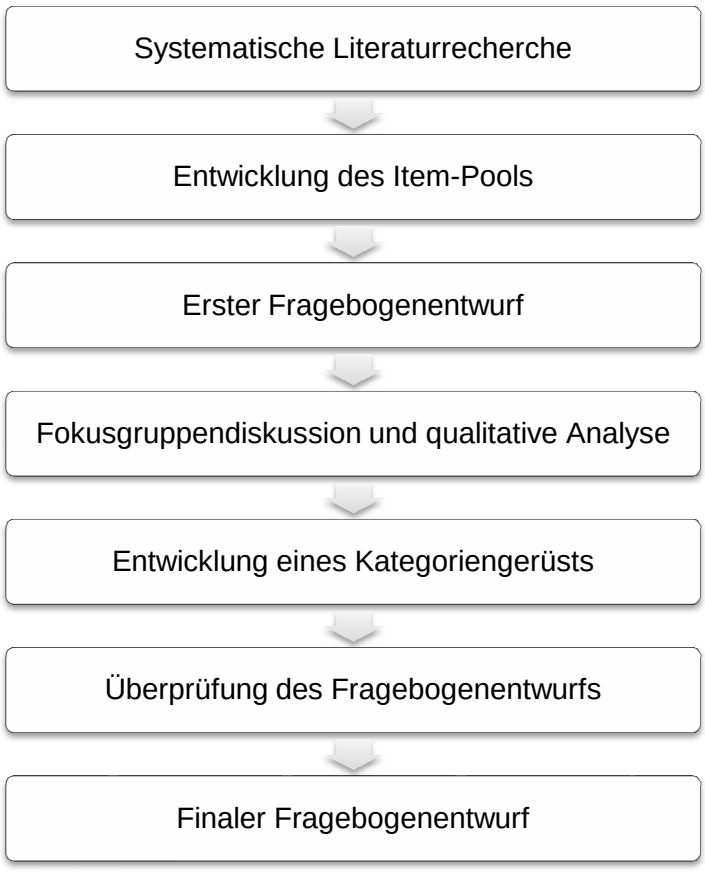


Abbildung 4: Ablauf der Fragebogenentwicklung

3.1.1. Entwicklung des Item-Pools und erster Fragebogenentwurf

Da zu der gegebenen Fragestellung „Nach welchen Kriterien wählen Patienten ihren Zahnarzt?“ bisher kein etablierter Fragebogen existierte, wurde zur Vorauswahl geeigneter Items auf die Fragebögen thematisch ähnlicher Messinstrumente aus dem allgemeinärztlichen Bereich (Bornstein et al., 2000, Tu und Lauer, 2008, Salisbury, 1989, Marstedt, 2007, Billinghurst und Whitfield, 1993, Buja et al., 2011), sowie dem zahnärztlichen Bereich (Ludwig, 2008, Wurpts, 2011) zurückgegriffen.

Die für den relevanten Bereich passend erscheinenden Items wurden in einem Itempool zusammengefasst, gegebenenfalls in der Formulierung angepasst und Duplikate entfernt. Dieser Itempool bildete die Grundlage für einen ersten Fragebogenentwurf und die weitere Fragebogenentwicklung.

3.1.2. Fokusgruppendiskussion

Zur Validierung des auf einer Literaturrecherche basierenden Fragebogenentwurfs bietet sich ein qualitativer Ansatz an. Durch ein qualitatives Interview in Form einer Fokusgruppendiskussion lassen sich die gesammelten Items überprüfen und ggf. ergänzen. Bei einer Fokusgruppendiskussion handelt es sich um ein unstrukturiertes, freies Interview mit einer kleinen Gruppe unter der Leitung eines Moderators (Mayerhofer, 2009). Die Diskussion wird unter anderem zur Evaluierung der Verständlichkeit von Fragen eines geplanten Fragebogens empfohlen (Fowler, 1995).

Bei der Auswahl der Diskussionsteilnehmer wurde Wert auf eine möglichst heterogene Zusammensetzung der Gruppe gelegt, um bei der Diskussion den unterschiedlichen Perspektiven gerecht zu werden. Die Teilnahme am Interview war freiwillig und unentgeltlich. Die Interviewteilnehmer wurden aus dem Bekanntenkreis der Autorin gewonnen. Die wesentlichen Charakteristika der Diskussionsteilnehmer werden in der folgenden Tabelle kurz zusammengefasst:

Tabelle 3: Charakteristik der Diskussionsteilnehmer

Probanden-nummer	Geschlecht	Alter	Muttersprache	Beruf
#01	M	25	deutsch	Lagerist
#02	M	51	deutsch	Angestellter im öffentlichen Dienst
#03	W	27	deutsch	Studentin
#04	M	52	deutsch	Leitender Angestellter
#05	M	70	deutsch	Rentner
#06	W	30	deutsch	Hausfrau

Außer den Diskussionsteilnehmern waren zwei Protokollführerinnen zur Interviewtranskription, die Moderatorin, sowie eine wissenschaftliche Mitarbeiterin anwesend.

Zur Vorbereitung auf die Fokusgruppendiskussion wurde ein Diskussionsleitfaden entwickelt, der alle relevanten Themen beinhaltete, die während der Diskussion angesprochen werden sollten, z.B. wie die Teilnehmer ihren aktuellen Zahnarzt gefunden haben oder welche Informationsressourcen genutzt wurden. Deshalb kann das Fokusgruppeninterview in diesem Fall genauer als semistrukturiertes, offenes Fokusgruppeninterview bezeichnet werden.

Die Fokusgruppendiskussion fand am 16. Oktober 2012 in den Räumen des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf statt und dauerte zwei Stunden. Den Teilnehmern wurde zunächst eine Teilnehmerinformation mit Erklärungen zum Ablauf der Fokusgruppendiskussion und zum Datenschutz ausgehändigt. Durch Unterschrift stimmten sie der Diskussionsteilnahme zu. Zur Wahrung der Anonymität wurde jedem Teilnehmer eine Probandennummer zugeteilt. Die Teilnehmer wurden gebeten, Angaben zur Person auf einem soziodemografischen Fragebogen zu machen. Die wesentlichen zu diskutierenden Fragen wurden vorab als Hand-out ausgeteilt und den Teilnehmern Zeit eingeräumt, sich zu diesen Fragen Notizen zu machen.

Die Diskussionsrunde begann mit einer Vorstellung der Teilnehmer/-innen und der Einstiegsfrage „Wie haben Sie von Ihrer jetzigen Zahnarztpraxis erfahren?“. Der weitere Verlauf der Diskussion war offen gestaltet, orientierte sich aber am Leitfaden, wobei die konkrete Formulierung und Reihenfolge der Fragen variieren konnte.

3.1.3. Transkription des Fokusgruppeninterviews

Das Interview wurde mit Tonband aufgenommen und anschließend in maschinengeschriebene Form übertragen. Dadurch wird der gesprochene Inhalt der Fokusgruppendiskussion weiteren Analysen zugänglich gemacht.

Das vollständige Transkript umfasst 33 Seiten. Es wurden folgende Transkriptionsregeln nach Mayring (Mayring, 2010) sowie Dresing und Pehl (Dresing and Pehl, 2012) beachtet:

- Es wurde vollständig und wörtlich transkribiert.
- Der Inhalt stand im Vordergrund: „Äh“ und ähnliche Ausdrücke wurden weggelassen. Dialektfärbungen wurden eingedeutscht.
- Unklarheiten, bzw. unverständliche Wörter oder Sätze, wurden durch Punkte (…) ersetzt.

- Bei längeren Pausen, abgebrochenen oder unterbrochenen Sätzen wurde dies durch einen in Klammern gesetzten Gedankenstrich verdeutlicht (-). Bei längeren Pausen entsprechend mehrere Gedankenstriche.
- Auffälligkeiten wie Lachen, Räuspern oder Ähnliches wurden in Klammern angegeben.
- Alle anderen nonverbalen Merkmale, die zum inhaltlichen Verständnis wichtig sind, wurden ebenfalls in Klammern angegeben.

3.1.4. Qualitative Inhaltsanalyse

Im Gegensatz zu einer „freien“ Interpretation lassen sich bei der Inhaltsanalyse die einzelnen Schritte der Auswertung auf begründete und getestete Regeln zurückführen.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010) ist eine systematische, methodisch kontrollierte Textauswertung. Sie zeichnet sich im Wesentlichen durch die folgende Merkmale aus: Das Interviewmaterial wird in seinem Kommnunikationszusammenhang interpretiert, das heißt, die Umstände der Textentstehung, soziokulturelle Hintergründe, etc. fließen in die Interpretation mit ein. So kann am Ende das Ziel der Analyse formuliert werden.

Den wesentlichen Charakter der Textanalyse nach Mayring macht das systematische, regelgeleitete Vorgehen aus. Das bedeutet, dass die Textanalyse sich an vorab festgelegten Regeln orientiert. Am Anfang steht die Entwicklung eines konkreten Ablaufmodells der Analyse, die an das Textmaterial angepasst wird. Idealerweise kann dabei jeder Analyseschritt auf eine begründete Regel zurückgeführt werden. Dadurch wird die Analyse nachvollziehbar und operationalisierbar, also zur wissenschaftlichen Methode.

Die Bildung eines Kategoriensystems, welches die Ziele der Analyse definiert, ist ein zentraler Aspekt. Hierbei steht auch die Orientierung an dem entsprechenden Text im Vordergrund, deshalb spricht man hier von einer induktiven Kategorienbildung.

3.1.4.1. Richtung der Analyse

In der Fokusgruppendiskussion wurden die Teilnehmer dazu angeregt, über die für sie wichtigen Aspekte und Faktoren bei der Zahnarztsuche zu berichten, Gründe für einen Wechsel zu nennen und Kriterien für einen „guten“ Zahnarzt zu diskutieren.

Die Richtung der Analyse ist also durch den Text die Vollständigkeit des Fragebogenentwurfs zu überprüfen und ggf. Aspekte, die nicht wichtig erscheinen, zu streichen.

3.1.4.2. Differenzierung der Fragestellung

Das Transkript der Gruppendiskussion enthält die unterschiedlichen Argumente, Sichtweisen und Erfahrungen der sechs Interviewteilnehmer zum Thema Zahnarztsuche, die in der Gruppe diskutiert wurden. Da das Ziel der Diskussion die Generierung und Überprüfung von Items ist, wurde die Diskussion sehr offen gehalten. Ziel der Analyse war es herauszufinden, welche Aspekte von besonderem Interesse sind. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

1. Welche Aspekte erscheinen den Interviewten besonders wichtig, sollten also im Fragebogen möglichst detailliert abgefragt werden?
2. Welche Aspekte erscheinen eher hintergründig, können also im Fragebogen eher grob abgehandelt oder gestrichen werden?

3.1.4.3. Analysetechnik: Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung

Mayring (2010) differenziert drei Grundformen der Interpretation, die als Analysetechnik eines Textes in Frage kommen: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.

Da das Textmaterial der Fokusgruppendiskussion dazu dienen soll den Fragebogenentwurf zu überprüfen, ist die Methode der Zusammenfassung am sinnvollsten. Bei der Zusammenfassung ist das Ziel der Analyse, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Durch Abstraktion wird ein überschaubarer Corpus geschaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist ((Mayring, 2010), S. 65). Ein zentraler Aspekt der Zusammenfassung ist die Differenzierung einer aufsteigenden (textgeleiteten) und einer absteigenden (schemageleiteten) Verarbeitung, sowie die Formulierung von Makrooperatoren der Reduktion (Auslassen, Generalisation, etc.). Durch den Einsatz dieser Makrooperatoren wird das Material auf eine bestimmte Abstraktionsebene der Zusammenfassung transformiert, die zuvor festgelegt wurde. Die Zusammenfassung wird durch die schrittweise Verallgemeinerung der Abstraktionsebene weiter reduziert (s. Abbildung 5).

In diesem reduzierenden Textanalyseprozess werden nur bestimmte Bestandteile berücksichtigt, die nach einem Definitionskriterium festgelegt werden. Dies wird als induktive Kategorienbildung bezeichnet.

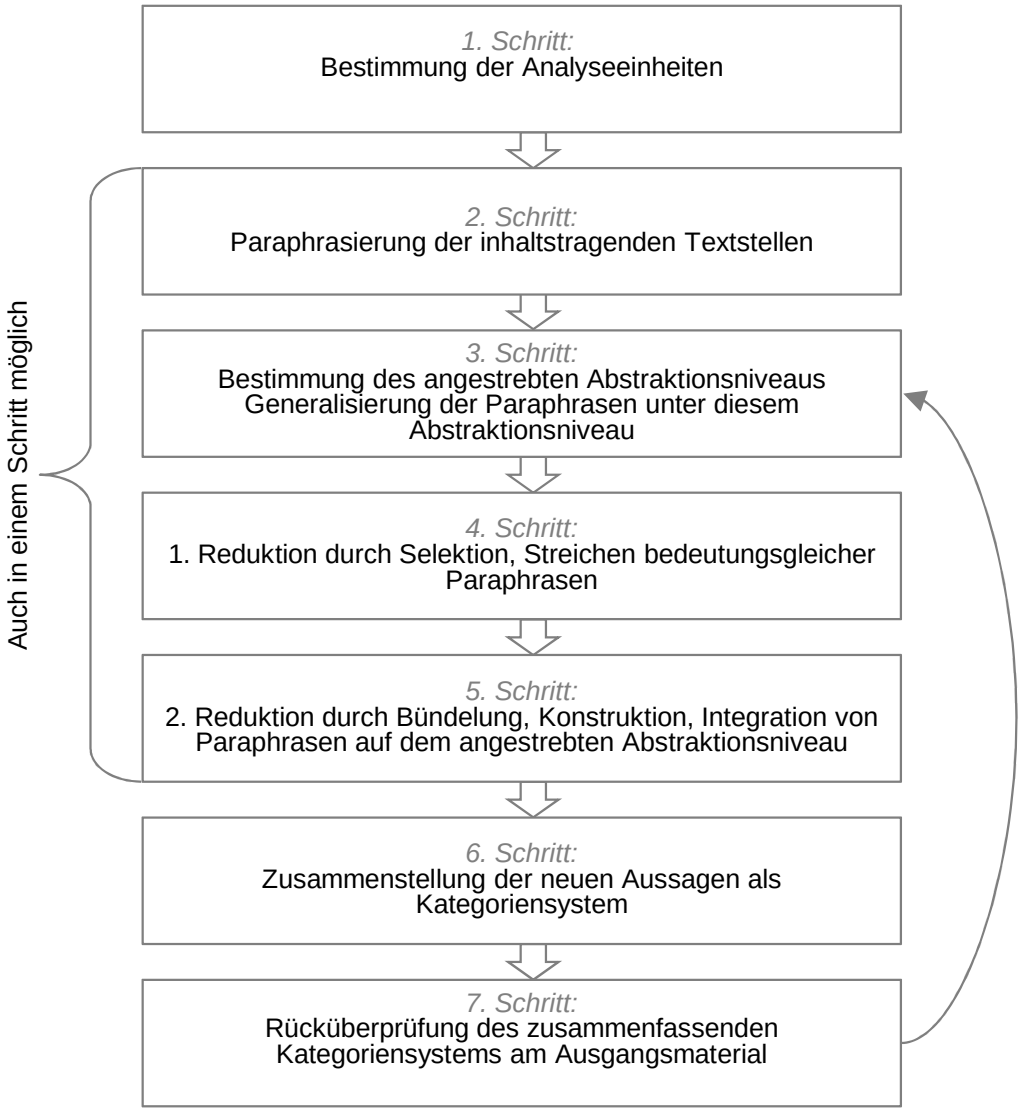


Abbildung 5: Entwicklung des Kategoriensystems nach Mayring (2010)

Im 1. Schritt werden die Analyseeinheiten bestimmt. Die **Kodiereinheit** ist der kleinste Materialbestandteil, der ausgewertet wird. Bezogen auf das Material sind dies die Einheiten, die im ersten Materialdurchgang als Paraphrasen der Zusammenfassung zugrunde gelegt werden. Konkret bedeutet die Kodiereinheit für das transkribierte Fokusgruppeninterview: Jede vollständige Aussage über Erlebnisse, Erfahrungen, Bewertungen oder Anregungen zum Thema Zahnarztsuche oder den damit im Zusammenhang stehenden Aspekten.

Als **Kontexteinheit** wird der größte Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann, definiert. Die **Auswertungseinheit** legt fest, welche Textteile jeweils nacheinander ausgewertet werden. In der Zusammenfassung fallen Auswertungs- und Kontexteinheit

zusammen. Für die transkribierte Fokusgruppendiskussion ist die Einheit die Wortmeldung jedes einzelnen Diskussionsteilnehmers.

Im nächsten Schritt werden die einzelnen Kodiereinheiten paraphrasiert, also auf eine beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben. Nicht inhaltstragende, ausschmückende, wiederholende Textbestandteile werden weggelassen. Die Paraphrasen werden auf eine einheitliche Sprachebene übersetzt und in eine grammatikalische Kurzform transformiert (vgl. Tabelle 4, 4. Spalte von links).

Das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion wird im 3. Schritt bestimmt. Alle Paraphrasen, die unter dem Niveau liegen, werden verallgemeinert (Makrooperator Generalisation). Paraphrasen, die über dem Niveau liegen, werden zunächst belassen (s. Tabelle 4, 2. Spalte von rechts).

Die in Schritt 3 entstandenen, inhaltsgleichen Paraphrasen können nun in einer ersten Reduktion gestrichen werden. Unwichtige und nichtssagende Paraphrasen werden weggelassen (Makrooperatoren Auslassen und Selektion).

Im nächsten Reduzierungsschritt werden mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch eine neue Aussage wiedergegeben (Makrooperatoren Bündelung, Konstruktion, Integration).

Die neuen Aussagen werden anschließend als Kategoriensystem zusammengestellt (s. Tabelle 4, rechte Spalte).

Abschließend wird überprüft, ob das Kategoriensystem das Ausgangsmaterial noch repräsentiert.

Tabelle 4: Auszug aus der qualitativen Auswertung des Fokusgruppeninterviews

Teilnehmer	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Kategorie
#01	1	1	Grund für ZA-Suche: Hatte sich bei Arbeitsunfall 2 Zähne rausgeschlagen	~~Zahnunfall Grund für ZA-Suche~~	
#01	1	2	Zahnklinik im UKE wurde empfohlen	Empfehlung durch Chef	A.1.1
#01	1	3	Empfehlung durch den Chef		
#06	1	4	Umzug war Grund für neue ZA-Suche	Umzug Grund für ZA-Suche	B
#06	1	5	Ist Angstpatientin	Angstpatienten	C.2
#06	1	6	Bei Google gesucht	Internetrecherche	A.2
#06	1	7	Ob etwas in der Nähe ist	Nähe zum Wohnort	C
#06	1	8	Website war sehr "nett"	ansprechende Homepage	C.1
#06	1	9	Beschreibung: toll, entspannt, zufrieden	entspannt, zufrieden	D.1
#03	1	10	Umzug war Grund für neue ZA-Suche	~~Umzug Grund für ZA-Suche~~	
#03	1	11	Empfehlung durch Freund/Partner	~~Empfehlung durch Freund/Partner~~	
#03	1	12	War bisher nur zur Kontrolle/ Zahnreinigung beim ZA		
#04	1	13	Unzufriedenheit mit altem ZA war Grund für Wechsel	Unzufriedenheit Grund für ZA-Suche	B
#04	1	14	Empfehlung von einer Bekannten	Empfehlung durch Bekannte	A.1.1
#04	1	15	Beschreibung: einfühlsam, informiert viel	einfühlsam, informiert viel	F.3
#04	1	16	Ist aus o.g. Gründen bei der ZA geblieben		
#02	2	17	Unzufriedenheit mit altem ZA war Grund für Wechsel	~~Unzufriedenheit mit altem ZA war Grund für Wechsel~~	
#02	2	18	Tipp von der Hausärztin	Empfehlung durch Hausärztin	A.1.1
#02	2	19	Neuer ZA war Chef der Zahnärztekammer		
#02	2	20	Zahnärztepaar, legten Wert auf Prophylaxe (positiv)	Wert auf Prophylaxe legen	D
#02	2	21	Angst ist auch ein Thema	Angstpatient	C.2
#02	2	22	Schlechte Erfahrung als Kind beim ZA		
#02	2	23	Zahnarztpaar praktiziert jetzt nicht mehr.	ZA praktiziert nicht mehr / ist pensioniert	B

Die im vorigen Kapitel erläuterte Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung als qualitative Auswertung des transkribierten Fokusgruppeninterviews erfolgte mit Microsoft Office Excel 2007 (vgl. Tabelle 4). In der Tabelle werden von links nach rechts zunächst die Probandennummer und die Seitenzahl der jeweiligen Textstelle im Transkript festgehalten. In den nächsten Spalten werden dann die Paraphrasen der inhaltstragenden Textstellen dargestellt und fortlaufend durchnummeriert. In der mittleren Hauptspalte wurden die einzelnen Paraphrasen auf das in Schritt 3 festgelegte Abstraktionsniveau generalisiert. Doppelte oder unwichtige Äußerungen wurden dann in dieser Spalte gestrichen. In der letzten Spalte wurden die übrig gebliebenen Äußerungen durch Bündelung, Integration und Konstruktion als Kategoriensystem zusammengestellt und entsprechend codiert.

Die Darstellung des entstandenen Kategoriensystems erfolgte in einer Gerüststruktur. Dies bietet den Vorteil einer besseren Übersicht und effektiven Möglichkeit den Fragebogenentwurf anhand dieses Systems zu überprüfen. Die Bezeichnungen der einzelnen Hauptkategorien A bis J und UKE (Tabelle 4, rechte Spalte) finden sich darin wieder. Den Hauptkategorien wurden die generalisierten Paraphrasen und Schlagworte als Unterkategorie zugeordnet. Teilweise war eine weitere Einteilung sinnvoll. Wenn eine Unterkategorie eine weitere Einteilung erfahren hatte, wurde Sie hinter dem Buchstaben mit einer Ziffer gekennzeichnet, z.B. A.1, A.2, A.1.1 usw. Die Abbildung 6 zeigt zugunsten der besseren Lesbarkeit lediglich die Hauptkategorien und die ersten Unterkategorien der Kategorien A und B. Das vollständige Kategoriengerüst ist dem Anhang 9.2 zu entnehmen.

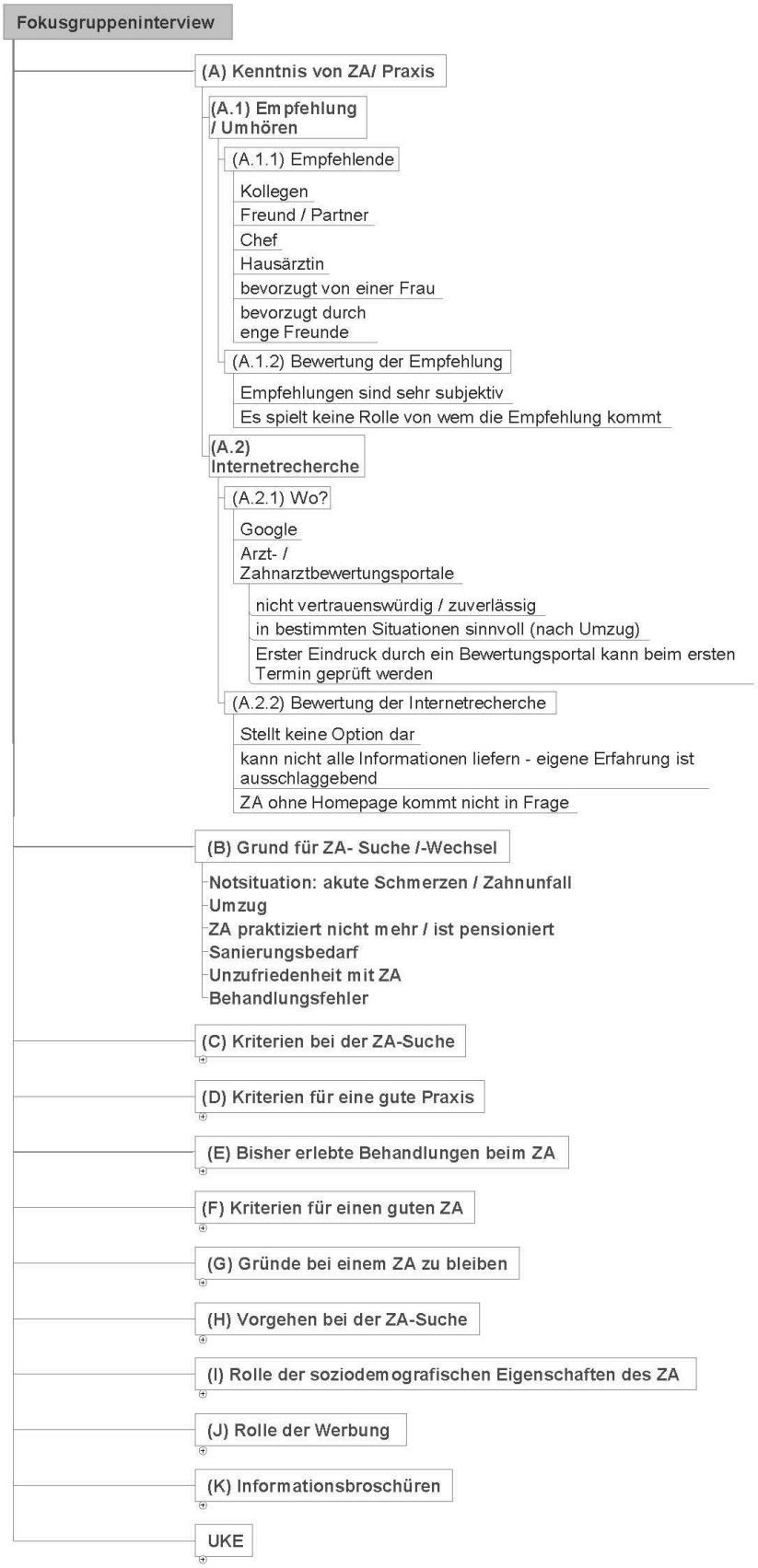


Abbildung 6: Darstellung des Kategoriensystems (Auszug)

3.1.5. Finaler Fragebogenentwurf

Durch die übersichtliche Darstellung der Auswertungsergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse als Kategoriengerüst entsteht eine effektive Möglichkeit den ersten Fragebogen zu überarbeiten.

Die Items des ersten Fragebogenentwurfs wurden nach Revision der Analyseergebnisse ergänzt und teilweise umformuliert. Außerdem wurde die Reihenfolge der Fragen verändert. Es mussten keine Items gestrichen werden. Das Layout des zweiten Fragebogenentwurfs erfolgte mit LaTeX2$_{\varepsilon}$.

Der papiergebundene Fragebogen umfasst 9 Seiten mit 32 geschlossenen oder halboffenen Fragen. Wenn Mehrfachnennungen möglich waren, wurde darauf in der Fragestellung hingewiesen. Der Fragebogen ist in drei Abschnitte gegliedert: Im ersten Teil des „Fragebogen zur Zahnarztsuche“ geht es darum, wie die Befragten zu Ihrem derzeitigen Zahnarzt gefunden haben. Ein kurzer einleitender Text erläutert den Inhalt und gibt Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens. In zweiten Abschnitt geht es um die Zahnarztsuche und Informationsbeschaffung, wenn sich die Teilnehmer heute einen neuen Zahnarzt suchen müssten und im dritten Abschnitt werden soziodemografische Daten abgefragt.

Die verwendeten Fragen werden in diesem Kapitel dargestellt. Der vollständige Fragebogen ist dem Anhang zu entnehmen. Die 15 Fragen des ersten Abschnitts lauten im Einzelnen:

1.	Haben Sie jemals Ihren Zahnarzt gewechselt?
2.	Ist es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie einen neuen Zahnarzt gesucht haben?
3.	Haben Sie bisher Qualitätsunterschiede zwischen den Zahnärzten wahrgenommen?
4.	Was war der Grund für die letzte Suche nach einem Zahnarzt?
5.	Wenn Sie mit Ihrem letzten Zahnarzt unzufrieden waren, was waren Ihre Gründe?
6.	Hat Ihr voriger Zahnarzt Ihrer Meinung nach einen (Behandlungs-)Fehler gemacht?
7.	Was war der Behandlungsfehler?
8.	Wie würden Sie die Wirkung von Werbung für Zahnärzte / Zahnarztpraxen auf Sie beschreiben?
9.	Wie haben Sie von der Zahnarztpraxis erfahren, bei der Sie derzeit in Behandlung sind?
10.	Haben Sie sich im Vorfeld über die Zahnarztpraxis informiert, in der Sie derzeit in Behandlung sind?

11.	Wie haben Sie sich informiert?
12.	Haben Sie sich für Ihren jetzigen Zahnarzt entschieden, nachdem Sie mehrere Zahnarztpraxen miteinander verglichen haben?
13.	Waren Ihnen zu dem Zeitpunkt, als Sie Ihren jetzigen Zahnarzt ausgewählt haben, andere Zahnärzte bekannt?
14.	Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Zahnarzt und seiner Praxis, bei dem Sie derzeit in Behandlung sind?
15.	Welche Praxisform bevorzugen Sie?

Bei den Fragen Nr. 1, 6, 10 und 12 handelt es sich um Filterfragen. Diese haben die Funktion, dass die Befragten nur die Fragen beantworten, die sie betreffen. Es wird die Voraussetzungen zur Beantwortung der Frage geklärt und auf die entsprechende Fragen im Fragebogen verwiesen.

Im zweiten Abschnitt des Fragebogens geht es darum, nach welchen Kriterien die Teilnehmer heute einen Zahnarzt suchen würden, wenn Sie sich gerade in dieser Situation befänden. Zunächst wurde nach einer Einschätzung gefragt, wie die Möglichkeiten sind sich über die fachliche Qualität eines Zahnarztes zu informieren. Die Antwortmöglichkeiten wurden in einer verbalisierten Skala dargestellt.

16.	Wie sind Ihrer Meinung nach die Möglichkeiten, wenn man sich über die fachliche Qualität eines Zahnarztes informieren möchte (Behandlungserfolge, Spezialisierungen, Weiterbildungsmaßnahmen): Die Möglichkeiten sind da…

In den nächsten beiden Fragen 17 und 18 wurde die Relevanz einzelner Aspekte und Faktoren bei der Zahnarztwahl mittels einer Itembatterie abgefragt. Die Antwortmöglichkeiten dieser Fragen wurden anhand einer sechsstufigen, bipolaren Ratingskala dargestellt („Sehr entscheidend“ bis „Gar nicht entscheidend“). In Frage 18 wurde eine Likert-Skala angewandt. Dazu wurden die Items als positive Aussage formuliert, zu denen die Befragten die Wichtigkeit in den vorgegebenen sechs Abstufungen angeben konnten. Dabei wurde der „Abstand“ zwischen den Antwortmöglichkeiten als gleich angenommen. Dies bot den Vorteil bei der Auswertung, dass jedem Skalenwert ein entsprechender Zahlenwert zugeordnet werden konnte (Ludwig, 2008).

17.	Wenn Sie sich über einen neuen Zahnarzt informieren, wie entscheidend sind dann die folgenden Faktoren bei der Zahnarztwahl für Sie?
18.	Wie entscheidend sind für Sie die folgenden Aspekte bei der Zahnarztwahl?

In Frage 19 werden die Teilnehmer aufgefordert, in einer dreistufigen verbalisierten Skala anzugeben, wie hilfreich bestimmte Informationsquellen zu Zahnärzten empfunden werden.

19. Welche Informationen finden Sie persönlich hilfreich, um sich besser über einen Zahnarzt zu informieren?

In der letzten Frage des zweiten Abschnitts wird gefragt, welche Institution am ehesten geeignet ist, Versicherte und Patienten objektiv über die Qualität von Zahnärzten zu informieren.

20. Wer ist Ihrer Meinung nach am ehesten geeignet, Versicherte und Patienten objektiv über die Qualität von Zahnärzten zu informieren?

Die soziodemografischen Daten werden im dritten Abschnitt des Fragebogens erhoben. Folgende Parameter werden erfasst:

- Geburtsjahr
- Geschlecht
- Muttersprache
- Familienstand
- Anzahl der im Haushalt lebenden Personen
- Höchste abgeschlossene Ausbildung
- Beruf
- Monatliches Haushaltseinkommen
- Grund für den letzten Zahnarztbesuch
- Häufigkeit der Zahnarztbesuche in den letzten zwölf Monaten
- Krankenversicherung

Die Antwortmöglichkeiten waren bis auf die Frage nach dem Geburtsjahr und der Anzahl der im Haushalt lebenden Personen vorgegeben. Den Teilnehmern steht am Ende des Fragebogens Platz für freie Äußerungen zur Verfügung.

Die Ergebnisse der letzten drei Fragen (Grund für den letzten Zahnarztbesuch, Häufigkeit der Zahnarztbesuche in den letzten zwölf Monaten und die Frage nach der Krankenversicherung) flossen in die Datenauswertung nicht ein, da sie bezogen auf die Fragestellung keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn lieferten.

3.1.6. Pilotierung

Der zweite Fragebogenentwurf wurde an zehn Personen ausgeteilt mit der Bitte diesen auszufüllen und den Fragebogen dabei auf Vollständigkeit und Verständlichkeit zu prüfen. Anschließend wurde das Feedback der Probanden eingeholt und letzte Änderungen am Fragebogenentwurf vorgenommen.

3.1.7. Datenschutz

Alle Fragebögen wurden mit einer fortlaufenden Nummer pseudonymisiert. Durch eine vorangestellte Ziffer ist die Zugehörigkeit zu den einzelnen Stichprobengruppen ablesbar. Die auszuwertenden Daten wurden nur mit diesem Code versehen in einer Excel-Tabelle auf einem PC mit Zugriffsbeschränkung gespeichert und anschließend ausgewertet.

3.2. Stichprobenauswahl und Datenerhebung

Im Sinne der Fragestellung „Nach welchen Kriterien wählen Patienten Ihren Zahnarzt/ Ihre Zahnärztin?“ wäre die Grundgesamtheit der empirischen Erhebung definiert als alle Personen, die im Laufe Ihres Lebens mindestens eine Zahnarzterfahrung gemacht haben. Im Hinblick auf den Fragebogen in deutscher Sprache und aus rechtlichen Erwägungen werden nicht deutschsprachige Bundesbürger sowie unter 18 jährige von der Befragung ausgenommen. Dennoch bleibt eine sehr große Grundgesamtheit, wodurch die Gewährleistung der Repräsentativität der Stichprobe eine hohe planerische und finanzielle Anforderung darstellt. Um den finanziellen Rahmen des Dissertationsprojektes nicht zu überschreiten, wurde die Stichprobenauswahl auf den Großraum Hamburg und Umgebung und eine maximale Stichprobengröße von *n*=300 beschränkt. Damit trotzdem ein differenziertes Bild über die Kriterien bei der Zahnarztsuche gewonnen werden kann, erfolgte die Datenerhebung in drei Gruppen. Das verwendete Stichprobenmodell hat somit den Charakter einer Pilotstudie.

Tabelle 5: Plangrößen für Stichprobenmodell

1.	Stichprobe	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK)	n=100
2.	Stichprobe	Zahnarztpraxen	n=100
3.	Stichprobe	Allgemeinbevölkerung	n=100
	Gesamt		n=300

Die Befragung fand im Zeitraum Januar bis Juli 2014 statt. Für alle drei Gruppen wurden jeweils 100 Exemplare des insgesamt neunseitigen Fragebogens plus Teilnehmerinformation in einem DIN C5 Umschlag unverschlossen vorbereitet.

Die Teilnehmerrekrutierung im Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) des Universitätsklinikums Hamburg Eppendorf (UKE) erfolgte zufällig an der zentralen Anmeldung durch die Empfangsmitarbeiter. Die Befragung der 2. Stichprobe erfolgte verteilt auf vier Zahnarztpraxen in und um Hamburg ebenfalls jeweils am Empfangsbereich. Die Patienten wurden gefragt, ob Sie der Teilnahme an der Studie zustimmen möchten. Willigten die Patienten ein, wurden sie über den Ablauf aufgeklärt und der Umschlag mit dem Fragebogen ausgehändigt.

Der ausgefüllte Fragebogen konnte entweder direkt oder auch später in dem verschlossenen Umschlag zurückgegeben werden.

Die Befragung der 3. Stichprobe „Allgemeinbevölkerung“ erfolgte im Wartebereich des Bezirksamtes Hamburg-Nord, sowie im Rechenzentrum der Universität Hamburg.

Die Rücklaufquoten waren wie folgt:

Tabelle 6: Rücklaufquoten

1.	Stichprobe	ZMK	n=70 *(70%)*
2.	Stichprobe	Zahnarztpraxen	n=57 *(57%)*
3.	Stichprobe	Allgemeinbevölkerung	n=62 *(62%)*
	Gesamt		n=189 *(63%)*

Die Rücklaufquote bezieht sich auf alle abgegebenen Fragebögen, die der weiteren statistischen Analyse zugeführt werden konnten. Dies war der Fall, wenn mindestens 50% der Fragen gültig beantwortet wurden. Die Antwortraten für die einzelnen Fragen waren insgesamt hoch, also die fehlenden Werte in Bezug auf die Einzelfragen unkritisch. Wenn für Einzelfragen die fehlenden Werte >10% sind, wird im Text des Ergebnisteils explizit darauf hingewiesen.

3.3. Auswertung des Fragebogens

3.3.1. Erstellen des Kodierplans

Für die elektronische Datenverarbeitung wurden die Antworten des Fragebogens nach Merkmalen (Variablen) aufbereitet, d.h. jede Antwort wurde systematisiert und mit Zahlenwerten kodiert.

Im ersten Schritt erfolgt die Beschreibung der Daten im Kodierplan, im zweiten Schritt die Dateneingabe.

Im Kodierplan wurde jeder Variable (Frage) ein eindeutiger Variablenname zugeordnet. Den Antwortmöglichkeiten einer Variablen wurden Zahlenwerte (Codes) zugeordnet.

Bei Antworttypen mit Mehrfachnennung wurde als Vercodungsstrategie die mehrfache Dichotomisierung gewählt, d.h. jede Antwortalternative wurde vercodet. Wenn Fragen übersprungen wurden (sog. Filterfragen), wird für die übersprungenen Fragen ein spezieller Code verwendet, da diese nicht als fehlende Werte behandelt werden können. Fehlende und ungültige Werte wurden gesondert gekennzeichnet und nicht in die statistische Datenanalyse einbezogen.

3.3.1. Dateneingabe, -auswertung und –analyse

Die Dateneingabe erfolgte in Microsoft Office Excel 2007. In die erste Zeile wurden von links nach rechts die Variablennamen beginnend mit der laufenden Nummer eingetragen. Die Eingabe der Daten erfolgte entsprechend des Kodierplans so, dass jede Zeile einem ausgewerteten Fragebogen entspricht.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit STATA 13.1 (StataCorp LP, College Station, TX, USA) mittels deskriptiver Statistik. Für numerische Daten wurden die Mittelwerte, Standardabweichung und der P-Wert berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $p > 0{,}05$ gesetzt.

Für die Auswertung der Fragen 17 und 18 des Fragebogens zur Zahnarztsuche wurde die Zuordnung der einzelnen Kriterien zu vordefinierten Domänen mit einer Korrelationsmatrix geprüft, indem der Pearsonsche Korrelationskoeffizient, Cronbachs alpha und die Inter-Item-Korrelation berechnet wurde (vgl. Kapitel 4.4).

Die Ergebnisse der Auswertung werden im folgenden Kapitel beschrieben.

4. Ergebnisse

4.1. Beschreibung der Stichproben

Die Beschreibung der Stichprobencharakteristika erfolgt getrennt für die drei Gruppen „ZMK“, „Zahnarztpraxen“ und „Allgemeinbevölkerung“ geschichtet nach den Variablen Alter, Geschlecht, Muttersprache, Familienstand, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf und monatliches Haushaltseinkommen. Die Ergebnisse des soziodemografischen Abschnitts des Fragebogens zur Zahnarztsuche sind

Tabelle 7 zu entnehmen. Angegeben werden der Mittelwert bzw. der prozentuale Anteil sowie die Standardabweichung. In der rechten Spalte ist der P-Wert dargestellt.

Der Unterschied der drei Stichproben bezogen auf die in dem soziodemografischen Teil des Fragebogens erhobenen Variablen ist statistisch signifikant ($p < 0,001$ bis $p = 0,183$), mit Ausnahme der Muttersprache ($p = 0,92$).

Das Durchschnittsalter der Befragungsteilnehmer der Gruppen Allgemeinbevölkerung und Zahnarztpraxen liegt bei ca. 40 Jahren. Die Befragten der Gruppe ZMK waren im Durchschnitt ca. 18 Jahre älter. Gleichzeitig war hier im Gegensatz zu den anderen beiden Gruppen der Anteil der Frauen etwas geringer. Der jüngste Teilnehmer war 20 Jahre (Gruppe Allgemeinbevölkerung) der älteste 83 Jahre (Gruppe Zahnarztpraxen).

In allen drei Gruppen war der Anteil der deutschen Muttersprachler sehr hoch (über 93%). In jeder Gruppe gaben nur drei bis vier Personen eine andere Muttersprache an.

Insgesamt gaben fast ein Drittel (ca. 32%) der Befragten in der Gruppe ZMK den Familienstand betreffend an, getrennt lebend, geschieden oder verwitwet zu sein. Damit ist dieser Anteil deutlich höher als in den anderen beiden Gruppen Zahnarztpraxen (10,5%) und Allgemeinbevölkerung (6,7%). Gleichzeitig ist der Anteil der verheirateten oder in fester Partnerschaft lebenden in den drei Gruppen ähnlich und variiert von 54,5% (ZMK) bis 61,4% (Zahnarztpraxen). Der Anteil der Alleinstehenden war in der Gruppe Allgemeinbevölkerung am größten (35%) und in der Gruppe ZMK am niedrigsten (13,2%).

Das Bildungsniveau war in der Gruppe Allgemeinbevölkerung am höchsten, hier gaben ca. 57% an einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss zu haben. In den Gruppen ZMK und Zahnarztpraxen ist der Ausbildungsstand ähnlich: Der Großteil der Befragten gibt als höchste abgeschlossene Ausbildung Berufsschule/ Berufsausbildung an. Während an zweiter Stelle in der Gruppe Zahnarztpraxen „Hochschulreife/ Fachhochschulreife/ Abitur“ steht (24,6%) machen in der Gruppe ZMK die Haupt-/ Realschulabsolventen

den zweitgrößten Anteil aus (ca. 28%). Der Anteil derjenigen ohne Schulabschluss bildet in allen drei Gruppen die Minderheit (maximal ca. 3%). Entsprechend der Altersverteilung ist der Anteil der Befragten, die sich im Ruhestand befinden, in der Gruppe ZMK am höchsten. In den anderen beiden Befragungsgruppen bilden die Vollzeitbeschäftigten den größten Anteil. Dies korreliert auch mit dem monatlichen Haushaltseinkommen: Es ist im Durchschnitt in der Gruppe Allgemeinbevölkerung am höchsten und in der Gruppe ZMK am geringsten. In dieser Gruppe war auch die Antwortrate auf die Frage nach dem monatlichen Haushaltseinkommen am geringsten, sie lag bei 90%. In den anderen beiden Gruppen lag sie über 94%.

Tabelle 7: Beschreibung der Stichproben

	ZMK	**Zahnarzt-praxen**	**Allgemein-bevölkerung**	
	N = 70	N = 57	N = 62	
	Mittelwert (SD) oder n (%)			*P-Wert*
Alter [Jahre]	58,5 (14,2)	40,7 (16,6)	39,4 (14,3)	<0,001
Geschlecht [Anteil Frauen]	32 (47,1)	36 (63,2)	35 (57,4)	0,183
Muttersprache				0,920
Deutsch	65 (95,6)	54 (94,7)	57 (93,4)	
Andere	3 (4,4)	3 (5,3)	4 (6,6)	
Familienstand				0,002
Alleinstehend	9 (13,2)	16 (28,1)	21 (35,0)	
Verheiratet	29 (42,7)	22 (38,6)	21 (35,0)	
In fester Partnerschaft	8 (11,8)	13 (22,8)	14 (23,3)	
Getrennt lebend	7 (10,3)	0 (0,0)	1 (1,7)	
Geschieden	11 (16,2)	4 (7,0)	1 (1,7)	
Verwitwet	4 (5,9)	2 (3,5)	2 (3,3)	
Höchste abgeschlossene Ausbildung				<0,001
Ohne Schulabschluss	2 (2,9)	(0,0)	(0,0)	
Haupt-/ Realschulabschluss	19 (27,9)	7 (12,3)	2 (3,3)	
Hochschulreife/ Fachhochschulreife/ Abitur	5 (7,4)	14 (24,6)	13 (21,7)	
Berufsschule/ Berufsausbildung	27 (39,7)	26 (45,6)	11 (18,3)	
Fachhochschul-/ Universitätsabschluss	15 (22,1)	10 (17,5)	34 (56,7)	
Beruf				<0,001
Vollzeit	23 (34,3)	27 (49,1)	35 (58,3)	
Teilzeit	10 (14,9)	14 (25,5)	8 (13,3)	
Im Haushalt	1 (1,5)	(0,0)	2 (3,3)	
Student	2 (3,0)	6 (10,9)	11 (18,3)	
Arbeitssuchend	5 (7,5)	1 (1,8)	1 (1,7)	
Im Ruhestand	26 (38,8)	7 (12,7)	3 (5,0)	
Monatliches Haushaltseinkommen [€]				0,001
< 900	14 (22,2)	14 (26,4)	13 (22,4)	
900 - 1499	16 (25,4)	18 (34,0)	7 (12,1)	
1500 - 2600	21 (33,3)	10 (18,9)	16 (27,6)	
> 2600	12 (19,1)	11 (20,8)	22 (37,9)	

4.2. Wie suchen Patienten Ihren Zahnarzt?

Wie Zahnarztsuchende von der Praxis, in der Sie derzeit in Behandlung sind, Kenntnis erhalten haben, ob und wie Sie sich vorab über die Praxis informiert haben, wird in diesem Kapitel dargestellt. Die Antwortrate war in allen drei Gruppen hoch. Es gab jeweils einen fehlenden Wert in jeder Gruppe. Bei der Frage danach, ob sich im Vorfeld über die Zahnarztpraxis informiert wurde, handelte es sich um eine Filterfrage. Das heißt, dass die Frage nach der Informationsquelle nur von denjenigen bearbeitet werden sollte, die diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben. Die Datenanalyse hat ergeben, dass in der Gruppe ZMK 25 (in Gruppe Allgemeinbevölkerung 29) Teilnehmer die Frage nach „Informationen vorab über Zahnarztpraxis“ mit „Ja“ beantwortet haben, jedoch 29 (in Gruppe Allgemeinbevölkerung 31) Teilnehmer die Frage nach der Informationsquelle bearbeitet haben. In der Gruppe Zahnarztpraxen stimmen die Werte genau überein.

Tabelle 8: Aspekte der Zahnarztsuche

	ZMK	**Zahnarzt-praxen**	**Allgemein-bevölkerung**
	N = 70	N = 57	N = 62
		N (%)	
Kenntnis von der Zahnarztpraxis			
Zufällig / Nicht aktiv gesucht	33 (47,8)	21 (38,2)	23 (37,7)
Praxis wurde empfohlen	60 (87,0)	38 (67,9)	37 (60,7)
Im Internet recherchiert	11 (15,9)	18 (32,1)	27 (44,3)
Durch Werbung aufmerksam geworden	3 (4,3)	4 (7,1)	0 (0,0)
Sonstiges	5 (7,2)	3 (5,4)	4 (6,6)
Informationen vorab über Zahnarztpraxis [Anteil Ja]	25 (37,9)	30 (52,6)	29 (49,2)
Informationsquelle			
Personen aus der Nachbarschaft befragt	4 (13,8)	4 (13,3)	4 (12,9)
Freunde / Kollegen befragt	15 (51,7)	13 (43,3)	14 (45,2)
Familienmitglieder befragt	6 (20,7)	5 (16,7)	6 (19,4)
Vorherigen ZA über Praxis befragt	0 (0,0)	1 (3,3)	0 (0,0)
Praxis vorher besucht	3 (10,3)	0 (0,0)	3 (9,7)
Praxishomepage angesehen	4 (13,8)	16 (53,3)	13 (43,3)
Anderweitig im Internet recherchiert	3 (10,3)	6 (20,0)	8 (26,7)
Sonstiges	1 (3,4)	1 (3,3)	1 (3,3)

ZA – Zahnarzt / Zahnärztin

Tabelle 8 zeigt, dass ein Großteil der Befragten durch eine Empfehlung Kenntnis von der Zahnarztpraxis, in der sie derzeit in Behandlung sind, genommen haben: In den Gruppen Allgemeinbevölkerung und Zahnarztpraxen gaben jeweils ca. zwei Drittel der Befragten an, dass ihnen die Praxis empfohlen wurde. In der Gruppe ZMK waren es sogar 87%. Gleichzeitig gab aber auch knapp die Hälfte dieser Gruppe an, zufällig an die Praxis geraten zu sein und nicht aktiv gesucht zu haben. In den beiden anderen Gruppen lag dieser

Anteil jeweils bei ca. 38%. Die Internetrecherche spielte in der Gruppe Allgemeinbevölkerung eine relativ wichtige Rolle. Ca. 44% gaben an, im Internet recherchiert zu haben. Bei den Befragten in den Zahnarztpraxen waren es ca. ein Drittel der Befragten und in der Gruppe ZMK ca. 16%. Werbung scheint keine relevante Rolle bei der Zahnarztsuche zu spielen.

Die Teilnehmer wurden weiterhin gefragt, ob sie sich im Vorfeld über die Zahnarztpraxis informiert haben. Dies beantwortete in den Gruppen Zahnarztpraxen und Allgemeinbevölkerung jeweils ca. die Hälfte der Befragten mit „Ja“. In der Gruppe ZMK lag der Wert niedriger, bei ca. 38%.

Diejenigen Probanden, welche die Frage mit „Ja“ beantwortet hatten, wurden weiterhin gefragt, wie sie sich informiert haben. Hier kristallisiert sich heraus, dass sofern andere Personen befragt wurden, dies in allen drei Gruppen häufiger Freunde oder Kollegen waren (ca. 43% - 52%) als Familienmitglieder (ca. 17% - 21%) oder Personen aus der Nachbarschaft (ca. 13 % - 14%). In der Gruppe Zahnarztpraxen war die Praxishomepage die beliebteste Informationsquelle: Ca. 53% gaben an, sich die Praxishomepage angesehen zu haben. In der Gruppe Allgemeinbevölkerung waren es ca. 10% weniger und in der Gruppe ZMK ca. 40% weniger. Insgesamt wurde das Internet als Informationsquelle in der Gruppe ZMK am wenigsten genutzt.

Tabelle 9: Bevorzugte Praxisform

	ZMK	**Zahnarzt-praxen**	**Allgemein-bevölkerung**
	N = 70	N = 57	N = 62
		N (%)	
Bevorzugte Praxisform			
Einzelpraxis	2 (3.2)	4 (7.5)	16 (27.6)
Gemeinschaftspraxis	3 (4.8)	15 (28.3)	18 (31.0)
Zahnmedizinisches Versorgungszentrum	8 (12.9)	6 (11.3)	7 (12.1)
Universitäre zahnmedizinische Einrichtung	38 (61.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
Spielt keine Rolle	11 (17.7)	28 (52.8)	17 (29.3)

Tabelle 9 zeigt, wie zu erwarten war, dass für die Befragten in der ZMK die universitäre zahnmedizinische Einrichtung die bevorzugte Praxisform darstellt. In den anderen beiden Gruppen wird die Gemeinschaftspraxis der Einzelpraxis vorgezogen, für den größeren Teil der Befragten spielt aber die Praxisform keine Rolle. In der Gruppe ZMK lag die Antwortrate für diese Frage bei 89%, in den anderen beiden Gruppen über 90%.

4.3. Weshalb wechseln Patienten ihren Zahnarzt?

Tabelle 10: Gründe für Zahnarztwechsel

	ZMK	Zahnarzt-praxen	Allgemein-bevölkerung
	N = 70	N = 57	N = 62
		N (%)	
Zahnarztwechsel in letzte zwölf Monate [Anteil Ja]	23 (34,8)	18 (35,3)	18 (31,6)
Grund für letzte Zahnarztsuche			
Akute Beschwerden / Notsituation	17 (26,2)	7 (14,0)	10 (17,5)
Spezialist	13 (20,0)	5 (10,0)	4 (7,0)
Zweitmeinung	11 (16,9)	6 (12,0)	5 (8,8)
Umzug	9 (13,8)	16 (32,0)	23 (40,4)
Nähe zum Wohnort	4 (6,2)	5 (10,0)	17 (29,8)
ZA praktiziert nicht mehr	8 (12,3)	8 (16,0)	8 (14,0)
ZA für die ganze Familie	1 (1,5)	0 (0,0)	2 (3,5)
Weiblicher ZA	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Männlicher ZA	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Unzufriedenheit mit vorigem ZA	28 (43,1)	14 (28,0)	16 (28,1)
Grund nicht mehr bekannt	0 (0,0)	2 (4,0)	0 (0,0)
Sonstiger Grund	7 (10,8)	2 (4,1)	1 (1,8)

ZA – Zahnarzt / Zahnärztin

In allen drei Stichproben wechselten ca. ein Drittel der Befragten innerhalb des letzten Jahres den Zahnarzt (vgl. Tabelle 10.) Bei dieser Frage gab es in der in der Gruppe Zahnarztpraxen 6 fehlende Werte, damit liegt der Wert knapp über 10%.

Bei den Gründen für die letzte Zahnarztsuche unterscheiden sich in erster Linie die Datensätze aus der ZMK von denen aus den Zahnarztpraxen und der Allgemeinbevölkerung: Während Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt bei den Befragten in der ZMK mit ca. 43% als häufigster Grund genannt wurde, gaben ca. 28% der Befragten in den Zahnarztpraxen und in der Allgemeinbevölkerung dieses als Grund an. Sowohl für die Befragten in den Zahnarztpraxen, als auch in der Allgemeinbevölkerung war „Umzug“ der meistgenannte Grund für einen Zahnarztwechsel. Fasst man die Faktoren „Umzug“ und „Nähe zum Wohnort“ zu einem übergeordneten „räumlichen Faktor“ zusammen, so war dies in der Allgemeinbevölkerung mit über 70% der häufigste Grund für die letzte Zahnarztsuche. In der Gruppe der Zahnarztpraxen traf dies auf 42% der Befragten zu.

Akute Beschwerden oder Notsituation wurden mit ca. 26% bei den Befragten in der ZMK häufiger angegeben als bei den Befragten in den Zahnarztpraxen (14%) bzw. der Allgemeinbevölkerung (17,5%). Ebenso wurde die Suche nach einem Spezialisten oder einer Zweitmeinung in der Gruppe ZMK am häufigsten angekreuzt, beide Faktoren machen zusammen ca. 37% aus, in der Gruppe Zahnarztpraxen zusammen 22% und in der

Allgemeinbevölkerung ca. 14%. Ein weiterer ähnlich häufig genannter Grund für die letzte Zahnarztsuche war bei allen drei Gruppen, dass der vorige Zahnarzt nicht mehr praktiziert (12,3% bis 16%).

Die Faktoren „ZA für die ganze Familie“, „weiblicher ZA“, „männlicher ZA“ sind vernachlässigbar selten genannt worden (maximal 3,5%). Ebenso wurde „Grund nicht mehr bekannt“ oder „Sonstiger Grund“ insgesamt selten angekreuzt. Allein in der Gruppe ZMK gaben knapp über 10% „Sonstiger Grund“ als Grund für die letzte Zahnarztsuche an.

Auch bei dieser Frage war die Anzahl der fehlenden Werte in der Gruppe Zahnarztpraxen am höchsten und lag bei ca. 12%.

Tabelle 11: Gründe für Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt

	ZMK	**Zahnarzt-praxen**	**Allgemein-bevölkerung**
	N = 43	N = 25	N = 29
		N (%)	
Gründe für Unzufriedenheit mit dem Zahnarzt			
Wartezeiten zu lang	3 (7,0)	3 (12,0)	5 (17,2)
Schlechte Organisation	1 (2,3)	4 (16,0)	1 (3,4)
Unfreundliches Personal	5 (11,6)	3 (12,0)	3 (10,3)
Preise zu hoch	16 (37,2)	3 (12,0)	2 (6,9)
Kommerzielle Interessen	11 (25,6)	4 (16,7)	6 (20,7)
Vertrauen in ZA verloren	15 (34,9)	7 (28,0)	10 (34,5)
ZA wirkte desinteressiert	3 (7,0)	1 (4,0)	3 (10,3)
ZA behandelte zu grob	2 (4,7)	2 (8,0)	7 (24,1)
ZA wirkte gestresst	4 (9,3)	5 (20,0)	2 (6,9)
ZA informierte nicht ausreichend	12 (27,9)	8 (32,0)	14 (48,3)
Unzufrieden mit Behandlungsergebnis	21 (48,8)	8 (32,0)	11 (37,9)
Grund nicht mehr bekannt	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,4)
Sonstiger Grund	3 (7,0)	4 (16,0)	4 (13,8)

ZA – Zahnarzt / Zahnärztin

Diejenigen Teilnehmer, die mit ihrem letzten Zahnarzt unzufrieden waren, wurden in Frage 5 aufgefordert die Gründe für die Unzufriedenheit anzugeben. Hier handelte es sich wieder um eine Filterfrage, welche von den Teilnehmern, die mit ihrem vorigen Zahnarzt nicht unzufrieden waren, übersprungen werden sollte. Die Stichprobengröße (N) ist entsprechend kleiner. Auf den ersten Blick zeigen die Ergebnisse in Tabelle 11 im Vergleich der drei Stichproben ein etwas einheitlicheres Bild. Für fast die Hälfte der Befragten in der ZMK war Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis ein Grund für die Unzufriedenheit mit dem Zahnarzt. Auch ca. ein Drittel der Befragten in den Zahnarztpraxen und über ein Drittel in der Allgemeinbevölkerung gaben dies als Grund an.

Bei den Befragten der Gruppe Allgemeinbevölkerung war „ZA informierte nicht ausreichend“ mit fast 50% der am häufigsten genannte Grund. Auch in den anderen beiden Gruppen gab fast jeder Dritte diesen Grund an.

Das verlorene Vertrauen in den Zahnarzt wurde als Grund von den Befragten in allen drei Gruppen am dritthäufigsten genannt (28% bis ca. 35%). In der Gruppe „ZMK“ wurde „Preise zu hoch“ mit ca. 37% noch häufiger angegeben.

In der Gruppe „ZMK“ war der Grund „Preise zu hoch“ der mit ca. 37% am zweithäufigsten genannte Grund für die Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt. „Kommerzielle Interessen des vorigen ZA“ wurde von ca. 26% angegeben und damit häufiger als in den anderen beiden Gruppen.

4.4. Was sind die entscheidenden Kriterien bei der Zahnarztwahl?

Die zentrale Fragestellung, welche die entscheidenden Kriterien bei der Zahnarztwahl sind, wird durch die Fragen 17. und 18. im Fragebogen abgedeckt. Diese sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst (s.

Tabelle 12). Die Wichtigkeit der Kriterien konnte auf einer endpunktbenannten Skala von 0 (Gar nicht entscheidend) bis 5 (Sehr entscheidend) angegeben werden. Aufgeführt sind die Mittelwerte und Standardabweichung für die Wichtigkeit der Kriterien der jeweiligen Gruppen.

Tabelle 12: Kriterien bei der Zahnarztwahl

	ZMK	Zahnarzt-praxen	Allgemein-bevölkerung
	N = 70	N = 57	N = 62
		Mittelwert (SD)	
Kriterien bei der Zahnarztwahl			
Alter des ZA	1.8 (1.6)	1.5 (1.4)	1.7 (1.5)
Geschlecht des ZA	0.6 (1.2)	0.7 (1.0)	0.6 (1.1)
Herkunft / Nationalität des ZA	0.5 (0.9)	0.9 (1.0)	0.9 (1.2)
Fremdsprachenkenntnisse des ZA	1.0 (1.5)	0.6 (0.9)	0.8 (1.3)
Foto des ZA	0.8 (1.2)	1.6 (1.5)	1.2 (1.4)
Gesellschaftliche Faktoren des ZA	0.9 (1.5)	1.4 (1.4)	1.3 (1.4)
Berufserfahrung des ZA	3.7 (1.5)	3.8 (1.2)	3.7 (1.5)
Nachweise über Weiter- und Fortbildungen	3.1 (1.8)	3.4 (1.5)	3.1 (1.5)
Zusatzqualifikationen	3.1 (1.7)	3.1 (1.3)	2.9 (1.6)
Doktortitel	1.9 (1.8)	2.4 (1.4)	2.4 (1.7)
ZA ist einfühlsam	4.2 (0.9)	4.2 (1.1)	4.0 (1.1)
ZA erklärt notwendige Behandlungsmaßnahmen	4.7 (0.4)	4.6 (0.7)	4.6 (0.6)
ZA geht auf Fragen ein	4.7 (0.5)	4.7 (0.6)	4.7 (0.6)
ZA bietet preisgünstige Therapiealternativen an	4.4 (1.1)	4.0 (1.0)	3.9 (1.2)
Wohlfühlen in der Praxis	4.5 (0.8)	4.6 (0.6)	4.2 (1.0)
ZA hat überwiegend positive Bewertungen	3.5 (1.4)	3.2 (1.3)	3.4 (1.2)
Passende Sprechzeiten	3.9 (1.2)	3.7 (1.2)	3.8 (1.0)
Terminvergabe	3.4 (1.4)	3.7 (1.0)	3.8 (1.2)
Kurzfristige Termine bei Beschwerden	4.6 (0.7)	4.5 (0.8)	4.5 (0.8)
ZA macht Haus-/ Altenheimbesuche	1.6 (1.6)	1.5 (1.4)	1.3 (1.3)
Freundliche Empfangsmitarbeiter	4.3 (0.9)	4.0 (0.9)	3.8 (1.2)
Umfangreiches Prophylaxeangebot	4.2 (1.1)	3.8 (0.9)	3.8 (1.2)
Guter Umgang mit Kindern	3.6 (1.7)	2.8 (1.7)	2.5 (1.9)
Alternative Behandlungsmethoden	3.6 (1.5)	3.4 (1.4)	2.4 (1.7)
Gute Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten	4.3 (1.1)	3.7 (1.3)	3.2 (1.3)
Internetauftritt	2.5 (1.7)	3.0 (1.4)	2.9 (1.5)
Gut erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln	3.5 (1.5)	2.7 (1.6)	3.2 (1.6)
Nähe zum Wohnort	3.2 (1.5)	3.3 (1.3)	3.5 (1.4)
Ausreichend Parkmöglichkeiten	3.0 (1.8)	3.2 (1.6)	2.3 (1.7)
Barrierefreie Praxis	2.8 (1.8)	2.1 (1.5)	1.8 (1.8)
Moderne technische Ausstattung	4.1 (1.1)	3.8 (0.8)	4.0 (1.0)
Komfortable Praxiseinrichtung	3.6 (1.2)	3.7 (1.0)	3.3 (1.3)

ZA – Zahnarzt / Zahnärztin

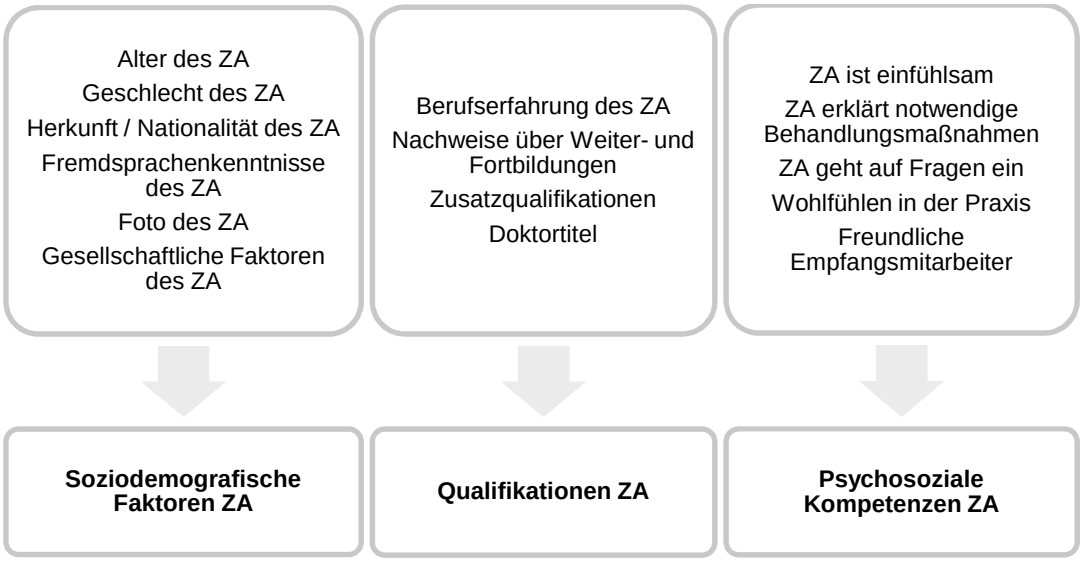
Grundsätzlich zeigte sich, dass Kriterien, die sich auf kommunikative Fähigkeiten oder psychosoziale Kompetenzen beziehen, eher als entscheidend bewertet wurden als z.B. persönliche Charakteristika (soziodemografische Faktoren) des Zahnarztes.

Um mögliche grundlegende Faktoren bei der Zahnarztwahl zu identifizieren und zu Gunsten einer besseren Übersicht und Generalisierbarkeit für die Kriterien bei der Zahnarztwahl, wurden ausgehend von in den in

Tabelle 12 dargestellten Einzelfragen sechs Subskalen basierend auf theoretischen Überlegungen definiert, die folgende Domänen abdecken:

1. Soziodemografische Faktoren des Zahnarztes
2. Qualifikationen des Zahnarztes
3. Psychosoziale Kompetenzen des Zahnarztes
4. Praxisstruktur
5. Praxisangebote
6. Erreichbarkeit der Praxis

Alle 32 Items der Fragen 17 und 18 des Fragebogens zur Zahnarztsuche wurden den vordefinierten Domänen zugeordnet (Abbildung 7).



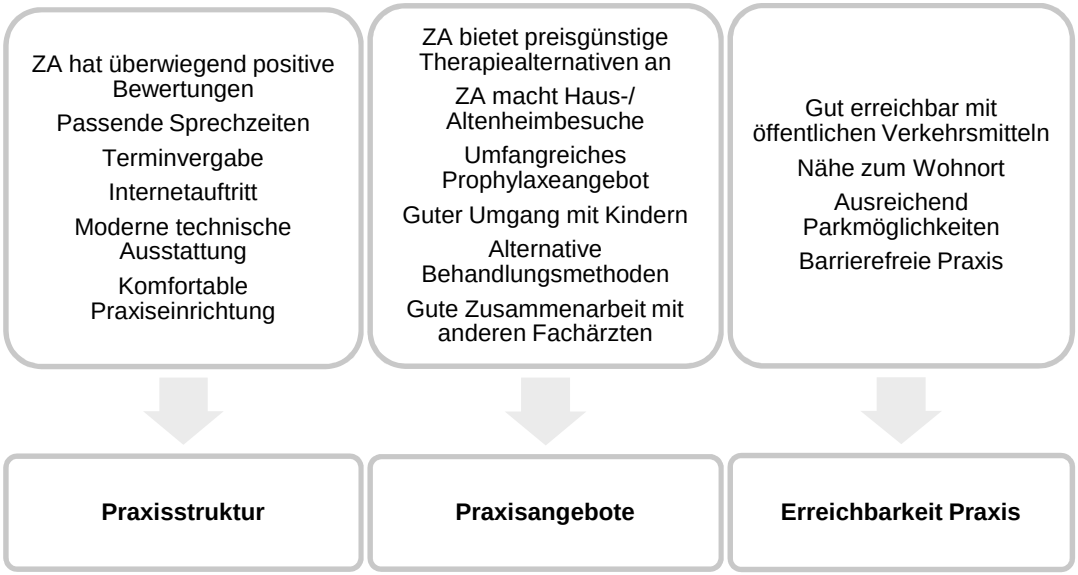


Abbildung 7: Zuordnung der Einzelfragen zu den Domänen

Die theoretisch angenommene Zuordnung der Einzelfragen zu den Domänen bei der Zahnarztwahl wurde anschließend durch eine Korrelationsmatrix validiert. Dazu wird für jede Domäne der Mittelwert aus den zugeordneten Einzelfragen gebildet und dann die Korrelation aller Einzelfragen zu allen Domänen berechnet.

Um die Stärke der Korrelation zwischen den Mittelwerten der Domänen mit denen der Einzelfragen zu bewerten und zu testen, ob die Einzelfragen mit der zugeordneten Subskala korrelieren, wurde der Pearsonsche Korrelationskoeffizient berechnet (vgl. Tabelle 13). Dazu wurden zunächst die Subskalenwerte für alle sechs Domänen als Mittel der beteiligten Einzelfragen berechnet. Die Mittelwerte wurden nur berechnet, wenn mindestens 50% der Daten in der Subskala vorhanden sind. Ist der Korrelationskoeffizient innerhalb der Subskala >0,45 kann die Frage als guter Indikator für die Domäne angenommen werden. Außerdem sollte die Korrelation der Einzelfragen mit dem entsprechenden Wert der Subskala größer sein als mit anderen Subskalenwerten (Clark und Watson, 1995).

Aufgrund dieser Erwägungen wurde die Einzelfrage „Bei Beschwerden sollten kurzfristige Termine möglich sein“ aus der Domäne Praxisstruktur herausgenommen. Da die Frage sich auch zu keiner anderen Domäne zuordnen ließ, wurde sie bei den weiteren Analysen nicht mit einbezogen.

Zur Bewertung der internen Konsistenz der Subskalen wurde Cronbachs alpha berechnet sowie die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation für die dargestellten Einzelfragen jeder Domäne.

Die Ergebnisse für Cronbachs alpha wurden nach den von Bland und Altman (Bland und Altmann, 1997) definierten Kriterien bewertet und Werte von α >0,70 als zufriedenstellend

betrachtet. Da Cronbachs alpha stark von der Anzahl der Einzelfragen abhängt, wurde zusätzlich die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation berechnet, welche die Weite des Konstrukts mit berücksichtigt. Für weitere Konstrukte (bezogen auf die inhaltliche Unterscheidung der Einzelfragen) wie „Soziodemografische Faktoren ZA“, „Praxisstruktur“ und „Erreichbarkeit Praxis“ wird eine durchschnittliche Inter-Item-Korrelation von 0,15 - 0,20 als ausreichend erachtet. Für Domänen, deren Einzelfragen bezüglich der Kriterien bei der Zahnarztwahl thematisch sehr eng beieinander liegen, ist eine deutlich höhere durchschnittliche Inter-Item-Korrelation erforderlich (0,40 - 0,50) (Clark und Watson, 1995).

Tabelle 13: Korrelation der Einzelfragen mit den Summenwerten der Domänen und interne Konsistenz der Domänen

Einzelfragen	Domänen					
	Sozio-demografische Faktoren ZA	**Qualifikationen ZA**	**Psychosoziale Kompetenzen ZA**	**Praxisstruktur**	**Praxisangebote**	**Erreichbarkeit Praxis**
	Korrelationskoeffizient					
Alter des ZA	**0,66**	0,18	-0,05	0,15	0,13	0,01
Geschlecht des ZA	**0,47**	0,00	-0,07	0,02	-0,11	-0,07
Herkunft / Nationalität des ZA	**0,56**	0,13	-0,19	-0,04	-0,09	0,00
Fremdsprachenkenntnisse des ZA	**0,57**	0,12	-0,17	0,03	0,04	0,09
Foto des ZA	**0,64**	0,22	0,05	0,20	-0,07	0,00
Gesellschaftliche Faktoren des ZA	**0,68**	0,29	-0,01	0,23	0,02	0,03
Berufserfahrung des ZA	0,18	**0,78**	0,23	0,27	0,21	0,11
Nachweise über Weiter- und Fortbildungen	0,23	**0,90**	0,10	0,25	0,14	0,03
Zusatzqualifikationen	0,16	**0,89**	0,17	0,27	0,18	0,10
Doktortitel	0,29	**0,61**	-0,01	0,20	-0,03	-0,03
ZA ist einfühlsam	-0,02	0,13	**0,80**	0,34	0,35	0,25
ZA erklärt notwendige Behandlungsmaßnahmen	-0,22	0,09	**0,61**	0,17	0,28	0,12
ZA geht auf Fragen ein	-0,25	0,09	**0,64**	0,17	0,20	0,07
Wohlfühlen in der Praxis	-0,03	0,12	**0,79**	0,42	0,39	0,31
Freundliche Empfangsmitarbeiter	0,01	0,05	**0,68**	0,34	0,46	0,44
ZA hat überwiegend positive Bewertungen	0,22	0,28	0,32	**0,62**	0,37	0,31
Passende Sprechzeiten	0,01	0,11	0,28	**0,60**	0,33	0,33
Terminvergabe	0,03	0,10	0,18	**0,65**	0,22	0,30
Internetauftritt	0,27	0,29	0,14	**0,64**	0,22	0,30
Moderne technische Ausstattung	0,03	0,26	0,19	**0,54**	0,24	0,26
Komfortable Praxiseinrichtung	0,15	0,23	0,42	**0,69**	0,38	0,36
ZA bietet preisgünstige Therapiealternativen an	-0,11	0,13	0,32	0,20	**0,50**	0,27
ZA macht Haus-/ Altenheimbesuche	0,21	0,03	0,21	0,32	**0,57**	0,51
Umfangreiches Prophylaxeangebot	-0,08	0,18	0,47	0,32	**0,59**	0,29
Guter Umgang mit Kindern	0,05	0,07	0,32	0,27	**0,77**	0,38
Alternative Behandlungsmethoden	-0,09	0,19	0,37	0,39	**0,77**	0,36
Gute Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten	-0,02	0,11	0,29	0,30	**0,64**	0,38
Gut erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln	-0,01	-0,02	0,28	0,40	0,32	**0,67**
Nähe zum Wohnort	0,01	0,08	0,21	0,33	0,13	**0,61**
Ausreichend Parkmöglichkeiten	0,03	0,17	0,28	0,40	0,44	**0,66**
Barrierefreie Praxis	0,03	-0,03	0,24	0,26	0,60	**0,80**
Cronbachs alpha	0,64	0,81	0,76	0,70	0,72	0,62
Durchschnittliche Inter-Item-Korrelation	0,23	0,51	0,39	0,28	0,30	0,29

ZA – Zahnarzt / Zahnärztin

Fettgedruckte Werte sind Bestandteil der korrespondierenden Domäne

Die Ergebnisse der Korrelationsmatrix sind in Tabelle 13 dargestellt. In der oberen Zeile sind die sechs Domänen und in der linken Spalte die Einzelfragen aus den Fragen 17 und 18 des Fragebogens zur Zahnarztsuche aufgelistet. Für jede Einzelfrage wurde der Korrelationskoeffizient zu jeder der sechs Domänen berechnet. Die fettgedruckten Werte sind Bestandteil der korrespondierenden Domäne. Die Auswertung der Korrelationskoeffizienten ergab, dass alle Einzelfragen wesentlich höher mit der zugeordneten Domäne korrelieren, als mit den anderen Domänen, was für eine korrekte Zuordnung der Einzelfragen zu den Domänen der Kriterien bei der Zahnarztsuche spricht. Das Cronbachs alpha der einzelnen Domänen reicht von 0,62 für die „Erreichbarkeit Praxis“ bis 0,81 für „Qualifikationen ZA“. Der Wert für vier der sechs Domänen (Qualifikationen ZA, Psychosoziale Kompetenzen ZA, Praxisstruktur und Praxisangebote) liegt am oder oberhalb des Richtwertes (Bland und Altmann, 1997). Zusätzlich stimmen die Werte für die durchschnittliche Inter-Item-Korrelation mit den Empfehlungen überein (Clark und Watson, 1995), sie liegen im Bereich von 0,23 für „Soziodemografische Faktoren ZA“ und 0,51 für „Qualifikationen ZA“.

4.4.1. Vergleich der Bedeutung der jeweiligen Domänen bei der Zahnarztsuche in den unterschiedlichen Gruppen

Die weitere Analyse konzentriert sich auf die sechs im vorigen Kapitel definierten Domänen, da diese die inhaltlich entsprechenden Kriterien bei der Zahnarztwahl repräsentieren. Die Subskalenwerte der Domänen wurden als Mittelwert der zugehörigen Einzelfragen für die drei untersuchten Gruppen (ZMK, Zahnarztpraxen und Allgemeinbevölkerung) berechnet.

Tabelle 14: Vergleich der Domänen für Kriterien bei der Zahnarztsuche

	ZMK	**Zahnarzt-praxen**	**Allgemein-bevölkerung**		
	N = 70	N = 57	N = 62		
	Mittelwert (SD)			*P-Wert (ANOVA)*	*P-Wert (Lineare Regression*)*
Domänen					
Soziodemografische Faktoren ZA	0,9 (0,8)	1,1 (0,7)	1,0 (0,8)	*0,471*	*0,396*
Qualifikationen ZA	2,9 (1,3)	3,2 (1,1)	3,0 (1,3)	*0,505*	*0,187*
Psychosoziale Kompetenzen ZA	4,5 (0,5)	4,4 (0,6)	4,3 (0,6)	*0,078*	*0,218*
Praxisstruktur	3,6 (0,8)	3,7 (0,7)	3,7 (0,7)	*0,936*	*0,826*
Praxisangebote	3,7 (0,8)	3,2 (0,9)	2,8 (0,9)	*0,000*	*0,000*
Erreichbarkeit Praxis	3,2 (1,3)	2,8 (1,0)	2,7 (1,0)	*0,046*	*0,129*
	Repeated-measurement ANOVA: p < 0,001 für alle drei Gruppen				

ZA – Zahnarzt / Zahnärztin

* Für die Einflüsse von Alter, Geschlecht und Einkommen

In allen drei Gruppen war „Psychosoziale Kompetenzen ZA“ die als am wichtigsten bewertete Domäne bei der Zahnarztsuche (4,3 – 4,5) gefolgt von der Domäne „Praxisstruktur“ (3,6 – 3,7). Die Bewertung der Domäne „Qualifikationen ZA“ liegt mit Werten von 2,9 – 3,2 im Mittelfeld, wohingegen die Domäne „Soziodemografische Faktoren ZA“ mit 0,9 – 1,1 als am unwichtigsten bewertet wurde. Die Domäne „Erreichbarkeit Praxis“ wurde etwas niedriger bewertet als „Praxisstruktur“, wobei hier die Werte in den Gruppen von 2,7 (Allgemeinbevölkerung) bis 3,2 (UKE) variieren. Die größten Unterschiede innerhalb der Gruppen gibt es in der Domäne 5 „Praxisangebote“, hier variieren die Werte von 2,8 (Allgemeinbevölkerung) bis 3,2 (UKE). Um zu untersuchen, ob sich die Domänen innerhalb der drei Gruppen statistisch signifikant unterscheiden, wurden die Ergebnisse mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA v. engl. *Analysis of variance*) getestet. Der ANOVA-Test ergibt einen statistisch signifikanten Unterschied für die Domäne 5 „Praxisangebote“ ($p < 0{,}001$) und die Domäne 6 „Erreichbarkeit Praxis“ ($p = 0{,}046$), vgl. Tabelle 14. Da der letztgenannte Wert nahe an der Grenze der statistischen Signifikanz ($p < 0{,}05$) liegt, wurde ergänzend eine lineare Regressionsanalyse durchgeführt, in der die Einflüsse für die unabhängigen Variablen Alter, Geschlecht und Einkommen statistisch kontrolliert wurden. Die Berechnung ergibt für die Domäne 5 wieder einen statistisch signifikanten Unterschied, während der Unterschied innerhalb der 3 Gruppen in der Domäne 6 nicht mehr signifikant ist ($p = 0{,}129$). Die Varianzanalyse für wiederholte Messungen (repeated measurement ANOVA) zeigt, dass sich in allen drei Gruppen die Subskalen untereinander signifikant unterscheiden ($p < 0{,}001$).

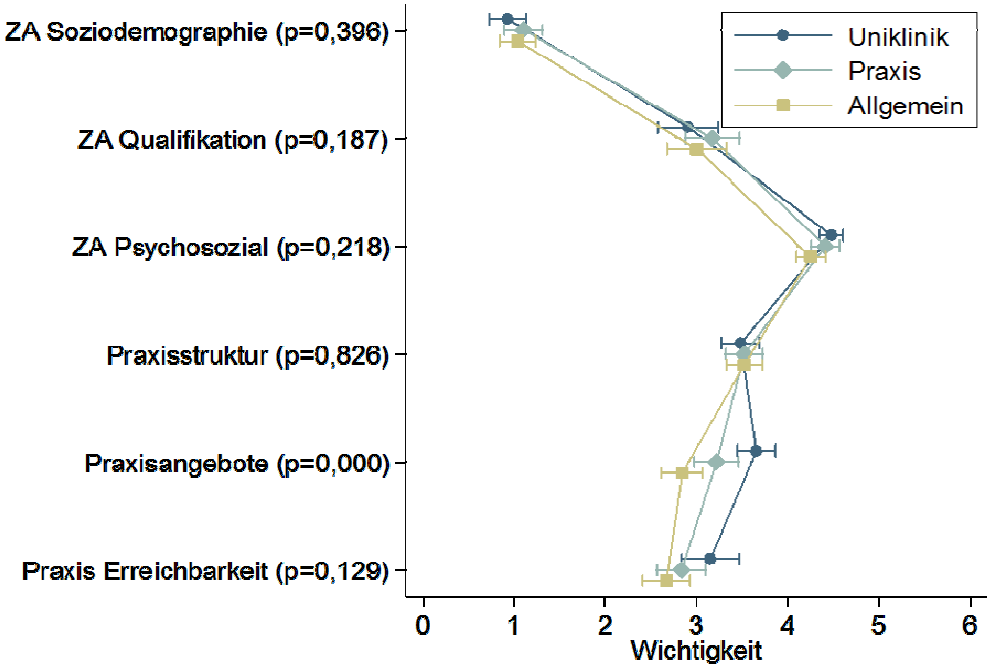


Abbildung 8: Kriterien bei der Zahnarztwahl

5. Diskussion

5.1. Diskussion der Literatursuche

Die Frage „Nach welchen Kriterien wählen Patienten Ihren Zahnarzt?“ berührt mehrere Themenbereiche. Um das Thema Kriterien bei der Zahnarztwahl theoretisch und inhaltlich einordnen zu können, bot sich eine Literaturübersicht an, die sich nicht allein auf den zahnmedizinischen Bereich beschränkt, sondern gleichsam sozialwissenschaftliche, psychologische, sowie (sozio-)ökonomische Aspekte bei der Arztsuche einschließt (z.B. Welche Rolle spielt Werbung? etc.). Außerdem wurde auf Untersuchungen zur Arztsuche aus der Haus- und Allgemeinmedizin zurückgegriffen, da zur Zahnarztsuche selbst nur wenige Daten vorlagen.

Heute stellt die Literatursuche mittels elektronischer Literaturdatenbanken wie MEDLINE eine zuverlässige und umfassende Möglichkeit dar, relevante Literaturstellen aufzufinden. Durch die vernetzten Bibliothekssysteme wird der Zugriff auf ein großes Datenangebot ermöglicht. Damit steigt aber auch das Risiko nicht alle relevanten Literaturstellen zu erfassen. So ist es möglich, dass trotz ausgereifter Suchstrategie und Einbeziehung aller bekannten Quellen nicht alle Publikationen gefunden werden, die thematisch relevant wären. Dies kann man auf verschiedene Gründe zurückführen:

1. Bei der ersten Literatursichtung wird anhand des Titels entschieden, ob die Publikation thematisch relevant ist und in die weitere Auswertung mit einbezogen wird. Ist ein thematischer Bezug vorhanden, der aus dem Titel nicht hervorgeht, wird die Publikation nicht berücksichtigt.
2. Es wurde ausschließlich deutsch- und englischsprachige Literatur in die Auswertung einbezogen.

Wenn auch der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht in einem systematischen Review zum Thema Arztsuche lag, lässt die ergänzende Literatursuche über die Referenzliste der gefundenen Publikationen in Kombination mit Handsuche in Fachzeitschriften dennoch den Schluss zu, dass ein großer Bereich der relevanten Literatur berücksichtigt wurde. Diese lieferte das Grundgerüst zur theoretischen Einordnung des Themas und zur Entwicklung der Methode.

5.2. Diskussion der Methode

5.2.1. Vor- und Nachteile der schriftlichen Befragung

Die Methode der Probandenbefragung mittels standardisiertem Fragebogen hat sich bewährt, da sie bei Verwendung geschlossener Fragen ein standardisiertes Datenmaterial liefert, das relativ einfach verdichtet werden kann (Bühner, 2011). Doch sie weist auch Limitationen auf: Anders als bei einem Interview sind Rückfragen oder Verständnisfragen nicht möglich und die Rücklaufquoten sind häufig gering. Bei geschlossenen Fragen besteht zudem die Möglichkeit, dass nicht alle Antwortmöglichkeiten abgebildet sind. Dennoch überwiegen die Vorteile. Die Befragten geben durch gesicherte Anonymität tendenziell ehrlichere Antworten, die Befragung einer relativ großen Breite von Personen ist ohne große Kosten und organisatorischen Aufwand in kurzer Zeit möglich und die Probanden können sich im Vergleich zu einem Interview mehr Zeit zum Beantworten der Fragen nehmen. Den Nachteilen von geschlossenen Fragen kann zumindest teilweise durch die Verwendung von Hybridfragen entgegengewirkt werden. Insgesamt können schriftlich erhobene Daten tendenziell als genauer, reproduzierbarer und bewahrbarer bezeichnet werden. Sogenannte „Interviewer-Effekte" fallen weg (Stier, 1999).

5.2.2. Fragebogenentwicklung

Eine Herausforderung der vorliegenden Arbeit war, dass zu der gegebenen Fragestellung kein standardisiertes Messinstrument vorlag. Die Fragebogenentwicklung basierte auf aus thematisch verwandten standardisierten Fragebögen extrahierten Einzelfragen. Bei diesem so generierten Itempool kann eine Vollständigkeit aller relevanten Fragen zum Thema nicht sicher gewährleistet werden. Deshalb wurde zur Validierung des Itempools ein aufwendiges Fokusgruppeninterview mitsamt Auswertung durchgeführt. Dieses bietet die Vorteile eines qualitativen Ansatzes und eignet sich sowohl zur Überprüfung der Vollständigkeit und Relevanz der Items als auch deren Verständlichkeit (Fowler, 1995).

Ein solches Fokusgruppeninterview bedeutete für die Teilnehmer im vorliegenden Fall eine zeitliche Beanspruchung von ca. 2,5 Stunden zuzüglich An- und Abreise. Da der finanzielle Rahmen dieser Promotionsarbeit keine Probandenentschädigung vorsah, war allein das Interesse am Thema oder die Lust auf Unterstützung einer wissenschaftlichen Arbeit Motivationsanreiz für die Diskussionsteilnehmer. Diese Tatsache schränkt jedoch den Kreis der rekrutierbaren Teilnehmer deutlich ein. Dennoch ist es gelungen, sechs Diskussionsteilnehmer zu gewinnen, die ein relativ heterogenes Gesellschaftsbild wiederspiegeln (vgl. Tabelle 3: Charakteristik der Diskussionsteilnehmer), sodass unterschiedliche Sichtweisen in die Diskussion einfließen konnten.

Die weitere Analyse des Fokusgruppeninterviews orientierte sich an der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2010), diese behält die Stärken der quantitativen Inhaltsanalyse bei und macht sie damit systematisch und überprüfbar (vgl. Kapitel 3.1.4, S. 32).

Bei der Entwicklung des Fragebogens wurde insbesondere Wert auf Vollständigkeit der Items gelegt, das heißt es sollten alle Aspekte, die nach Auswertung der Literatur und des Fokusgruppeninterviews eine Rolle bei der Zahnarztwahl spielen könnten, im Fragebogen abgebildet sein. Dies wird zudem durch den Pilotcharakter der vorliegenden Studie begründet. Aufgrund des damit einhergehenden Umfangs des Fragebogens ist auch die erhaltene Datenmenge sehr hoch, sodass nicht alle im Fragebogen verwendeten Fragen in die weitere Datenanalyse mit einflossen - dies hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt. Der Fokus lag auf dem Vorgehen bei der Zahnarztsuche, den Gründen für einen Zahnarztwechsel und den Kriterien bei der Zahnarztwahl. Die erhaltenen Daten bieten also die Möglichkeit für weitere Analysen.

5.2.3. Stichprobenauswahl und Datenerhebung

Der Umfang der Stichprobe der vorliegenden Studie war durch finanzielle und praktikable Erwägungen bestimmt. Demnach hat eine Berechnung der Stichprobengröße im Sinne der empirischen Sozialforschung, welche die Grundgesamtheit der Stichprobe, Vertrauensbereich und Konfidenzintervall berücksichtigt, nicht stattgefunden. Als Grundgesamtheit kann die deutschsprachige Bevölkerung des Großraumes Hamburgs ab 18 Jahren angesehen werden. Eine repräsentative Stichprobe würde in diesem Fall den Rahmen der Dissertation sprengen. Die Stichprobengröße wurde aus den genannten Gründen auf $n=300$ festgelegt. Um ein differenziertes Bild über die Kriterien bei der Zahnarztwahl zu erhalten, wurde die Befragung in den drei unterschiedlichen Gruppen durchgeführt: „ZMK“, „Zahnarztpraxen“ und „Allgemeinbevölkerung“.

Die Probanden im Zentrum für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf sowie in den Zahnarztpraxen wurden bei Anmeldung am zentralen Empfang der Klinik oder der jeweiligen Praxis um Teilnahme an der Probandenbefragung gebeten. Die teilnehmenden Probanden hatten Zeit den Fragebogen im Wartezimmer auszufüllen. Dies hatte den Vorteil, dass die Teilnehmer mit dem Ausfüllen des Fragebogens eine Wartezeit überbrücken konnten und keine zusätzliche Freizeit in Anspruch genommen werden musste. Gleichzeitig führte es bei Patienten, welchen für die anstehende Behandlung keine Wartezeit entstand, eher zu einer Ablehnung der Teilnahme an der Befragung. Wünschenswert wäre in diesem Zusammenhang eine Dokumentation der Anzahl der nicht teilnahmewilligen Probanden gewesen, was aber den organisa-

torischen Aufwand des Klinik-, bzw. Praxispersonals unzumutbar gesteigert hätte, sodass darauf verzichtet werden musste.

Die Befragung in der Gruppe „Allgemeinbevölkerung“ wurde unter den Kunden des Bezirksamtes Hamburg-Nord im Wartebereich, sowie im Rechenzentrum der Universität Hamburg bei Mitarbeitern und Studenten durchgeführt. Dadurch konnten Probanden ohne unmittelbaren Bezug zum Zahnarzt erreicht werden. Das Querschnittsdesign dieser Studie schränkt die Interpretationsfähigkeit ein.

Der Umfang des Fragebogens wird mit 9 Seiten und 32 Items als relativ hoch eingestuft. Die Bearbeitungszeit betrug jeweils ca. 15 Minuten. Dieser Aufwand hätte bei einer postalischen Befragung wahrscheinlich zu einer sehr geringen Rücklaufquote geführt. Da die Probanden aller drei Gruppen direkt angesprochen wurden, ob sie bereit sind an der Befragung teilzunehmen, war die Rücklaufquote mit *n=189* (63%)[9] verhältnismäßig hoch. Dazu musste jedoch die Selbstselektivität der Teilnehmer in Kauf genommen werden.

5.3. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie beziehen sich auf einen Querschnitt aus dem Großraum Hamburg in den drei Gruppen: Patienten der ZMK-Klinik des Universitätsklinikums, Patienten in Zahnarztpraxen und Teilnehmer ohne direkten Zahnarztbezug (Allgemeinbevölkerung). Dieses Stichprobenmodell hat den Charakter einer Pilotstudie ohne Anspruch auf Repräsentativität. Das Datenmaterial kann also nicht als repräsentativ für den Großraum Hamburg gelten. Die 189 in die statistische Analyse einbezogenen und ausgewerteten Fragebögen verteilen sich ungleichmäßig auf die drei untersuchten Gruppen. Betrachtet man die Rücklaufquote getrennt für die einzelnen Gruppen, so lag sie in der Gruppe ZMK-Klinik bei 70%, Zahnarztpraxen 57% und Allgemeinbevölkerung 62%. Dies kann zu Verzerrungen beim statistischen Vergleich der drei Gruppen führen, insgesamt ist die Antwortrate jedoch in allen drei Gruppen als hoch zu bewerten. Durch die Methode der Befragung in den drei Gruppen konnte ein differenziertes Meinungsbild gewonnen werden, sodass die Datengrundlage zur Analyse der Zahnarztwahl trotz der oben beschriebenen Limitationen hinreichend geeignet zu sein scheint.

Auffällig waren in der Gruppe ZMK die vergleichsweise hohe Anzahl von Befragten, die entweder getrennt lebend, geschieden oder verwitwet sind. Hier könnte ein Zusammenhang zum höheren Durchschnittsalter in der Gruppe bestehen: Die Befragten waren im Durschnitt ca. 18 Jahre älter als in den anderen beiden Gruppen. Dies korreliert auch mit der höheren Anzahl der Befragten, die sich im Ruhestand befinden (ca. 39% in der

[9] Die unausgefüllt zurückgegebenen oder ungültig ausgefüllten Fragebögen sind hier bereits abgezogen.

Gruppe ZMK). Der im Vergleich zu den Gruppen Zahnarztpraxen und Allgemeinbevölkerung niedrigere Bildungsgrad in der Gruppe ZMK spiegelt sich auch im durchschnittlich niedrigeren monatlichen Haushaltseinkommen wieder.

5.3.1. Ergebnisse zur Zahnarztsuche

Die Ergebnisse der Frage 9 „Wie haben Sie von der Zahnarztpraxis erfahren, bei der Sie derzeit in Behandlung sind?“ (vgl.

Tabelle 7) bestätigen, dass persönliche Empfehlungen eine ausschlaggebende Rolle bei der Zahnarztsuche spielen, so wie dies auch für die allgemeine Arztsuche beschrieben wurde (vgl. Salisbury, 1989, Kriwy und Aumüller, 2007, Tu und Lauer, 2008). Die gefundenen Werte für Empfehlungen lagen mit ca. 61% (Allgemeinbevölkerung) bis 87% (ZMK) sogar noch deutlich über den Werten von Salisbury (47%) und Tu und Lauer (50%). Gleichzeitig liegen sie nahe den Werten die Wurpts (2011) für die Häufigkeit von Empfehlungen bei der Zahnarztsuche angegeben hat: Laut seiner Studie folgten 66% der Befragten bei der Zahnarztsuche der Empfehlung von Freunden, Bekannten oder Verwandten (Wurpts, 2011). Dieser Wert entspricht in etwa dem in dieser Studie gefundenen Wert für die Gruppe Zahnarztpraxen (ca. 68%). Die häufige Nutzung von persönlichen Kontakten bei der Zahnarztsuche kann darin begründet sein, dass Zugang zu Informationen ermöglicht wird, die über formelle Wege nicht oder nur schwer zugänglich wären (Wurpts, 2011, Salisbury, 1989, Harris, 2003, Geraedts, 2008). Die Suche nach einem Zahnarzt birgt für viele Menschen eine Unsicherheit, da sie in der Regel die Leistungen eines Zahnarztes nicht beurteilen können. Die Indikation einer Zahnbehandlung und die Qualität der Behandlung sind für die meisten Menschen nicht überprüfbar. Auch die Befragten oder Empfehlenden können dies meistens nicht leisten, jedoch vermögen sie z.B. durch eine langjährige positive Erfahrung bei dem (Rat-) Suchenden die Unsicherheit zu reduzieren und Vertrauen zu erzeugen (Wurpts, 2011).

Es ist zu bedenken, dass bei der Beantwortung der Frage 9 Mehrfachnennungen möglich waren: In den Gruppen Zahnarztpraxen und Allgemeinbevölkerung gaben gleichzeitig ca. 38% der Befragten an, dass Sie zufällig an die Praxis geraten sind und nicht aktiv gesucht haben. In der Gruppe ZMK waren es sogar ca. 48%. Außerdem haben ca. 44% der Befragten in der Gruppe Allgemeinbevölkerung im Internet recherchiert, in der Gruppe Zahnarztpraxen waren es ca. 32%, in der Gruppe ZMK nur ca. 16%. Diese Mehrfachnennungen lassen den Schluss zu, dass häufig nicht die Empfehlung allein dazu führt, dass eine Person eine bestimmte Zahnarztpraxis aufsucht, sondern diese schon vorher, beispielsweise beim Vorbeigehen gesehen wurde und/oder bei einer Internetrecherche gefunden wurde. Insgesamt ist die Suche nach einem Zahnarzt eher mit der Suche nach

einem Hausarzt vergleichbar, als mit der Suche nach einem Facharzt (Kriwy und Aumüller, 2007, Wurpts, 2011).

Weiter zeigt sich, dass sich nur ca. die Hälfte der Befragten in den Gruppen Zahnarztpraxen (ca. 53%) und Allgemeinbevölkerung (ca. 49%) überhaupt vorab über die Zahnarztpraxis informiert haben, in der Sie derzeit in Behandlung sind. In der Gruppe ZMK lag der Wert mit ca. 38% noch niedriger. Damit liegt der Anteil der uninformierten bei ca. 50-60% und damit höher als bei den Befragten zur Hausarztsuche bei Salisbury (1989): Hier gaben 40% an vorab keine Informationen über die Praxis eingeholt zu haben, bei der Sie sich neu registrierten.

Ein weiterer Unterschied ist bei der genutzten Informationsressource festzustellen. Während in der Studie von Wurpts mehr als doppelt so häufig Verwandte als Freunde den entscheidenden Hinweis auf die Zahnarztpraxis gegeben haben, stellt sich dies in der vorliegenden Arbeit annähernd umgekehrt dar: Es wurden eher Freunde oder Kollegen über die Praxis befragt (ca. 43% - ca. 52%) als Familienmitglieder (ca. 17% - 21%). Dies könnte an einem feinen Unterschied der Fragenformulierung liegen: Während es bei Wurpts um den initialen Hinweis auf die Zahnarztpraxis geht, bezieht sich die Frage 11 des vorliegenden Fragebogens zur Zahnarztsuche auf die Informationsquelle, wenn die Zahnarztpraxis schon bekannt ist, also die Informationen, die im Vorfeld zum ersten Termin eingeholt werden (vgl. Frage 10 und 11).

Neben der Nutzung von sozialen Kontakten spielt das Internet eine wichtige Rolle: In der Gruppe Zahnarztpraxen war die Praxishomepage die am häufigsten genannte Informationsressource (ca. 53%). Vergleicht man die Nutzung des Internets im allgemeinen (Besuch der Praxishomepage und anderweitige Recherche im Internet) mit der Nutzung von sozialen Kontakten im Allgemeinen (Befragen von Personen), so stellt sich das Verhältnis wie folgt dar: In der Gruppe ZMK wurde ca. 3,5-mal häufiger Personen befragt als das Internet genutzt, in der Gruppe Zahnarztpraxen und Allgemeinbevölkerung ist das Verhältnis nahezu ausgewogen.

Insgesamt haben in der Gruppe ZMK 4 Personen mehr die Frage 11 nach der Informationsquelle beantwortet als die vorige Filterfrage 10 („Haben Sie sich im Vorfeld über die Zahnarztpraxis informiert, in der Sie derzeit in Behandlung sind?“) mit „Ja“ beantwortet haben. In der Gruppe Allgemeinbevölkerung waren es 2 Personen mehr, in der Gruppe Zahnarztpraxen ist die Anzahl identisch. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Frage 10 entweder übersehen wurde, da sie sich ganz unten auf der Seite befand oder die Frage 11 auch von denjenigen ausgefüllt wurde, die sich nicht auf Informationen zu

einer bestimmten Praxis vor dem ersten Termin beziehen, sondern auf generelle Informationen, wie sie in Frage 9 abgefragt wurden.

5.3.2. Ergebnisse zum Zahnarztwechsel

Im Rahmen der hier durchgeführten Befragung zeigte sich in allen drei untersuchten Gruppen ein ähnlicher hoher Anteil von Zahnarztwechseln: Ca. jeder dritte Befragte hatte in den letzten zwölf Monaten den Zahnarzt gewechselt. Verglichen mit den in der Literatur beschriebenen Häufigkeiten von Haus- oder Facharztwechseln (Tu und Lauer, 2008, Marstedt, 2007, Buja et al., 2011) fand ein Zahnarztwechsel somit deutlich häufiger statt.

In den Gruppen Zahnarztpraxen und Allgemeinbevölkerung war „Umzug“ der meistgenannte Grund für die letzte Zahnarztsuche. Zusammengenommen wurde in 70% der Fälle „Umzug“ oder „Nähe zum Wohnort“ in der Gruppe Allgemeinbevölkerung als Grund für die letzte Zahnarztsuche angegeben. Dies entspricht etwa den Werten bei der Hausarztsuche (vgl.: Billinghurst und Whitfield, 1993). In den anderen beiden Gruppen wurden diese Gründe seltener angegeben (Zahnarztpraxen: 40%, ZMK: 20%). Der Grund „Umzug“ steht in der Gruppe ZMK erst an fünfter Stelle. Der meistgenannte Grund ist hier „Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt“ (ca. 43%). Der hohe Anteil der Befragten, die aus Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt an das ZMK wechselten, lässt sich wahrscheinlich mit den verhältnismäßig hohen Werten für die Suche nach einem Spezialisten oder einer Zweitmeinung in Zusammenhang bringen. Diese Gründe machen insgesamt 37% der gegebenen Antworten in der Gruppe aus. Es ist auffällig, dass deutlich mehr Personen die Frage 5 („Wenn Sie mit Ihrem letzten Zahnarzt unzufrieden waren, was waren Ihre Gründe? Wenn nicht bitte weiter mit der nächsten Frage“) bearbeitet haben, als in der Frage 4 („Was war der Grund für Ihre letzte Suche nach einem Zahnarzt?“) als Grund „Ich war unzufrieden mit dem vorigen Zahnarzt“ angekreuzt haben. Dies könnte in der relativ hohen Anzahl an Antwortoptionen begründet sein (12 Antwortoptionen in Frage 4), sodass der Grund „Ich war unzufrieden mit dem vorigen Zahnarzt“ übersehen wurde. Näherliegender ist, dass die Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt nicht der ausschlaggebende Grund für diese Personen war den Zahnarzt zu wechseln und deshalb nicht angekreuzt wurde. In diesem Szenario könnten die 13 Antwortoptionen der Frage 5 nach den Gründen für Unzufriedenheit den Teilnehmer veranlasst haben über die vorige Zahnarztpraxis zu reflektieren und so eine oder mehrere Gründe zu bestätigen. Dies schmälert nicht den Erkenntnisgewinn zu den Gründen von Patienten für ihre Unzufriedenheit mit einem Zahnarzt, kann aber den Schluss erlauben, dass eine Unzufriedenheit nicht unbedingt zum Zahnarztwechsel führen muss.

Bei den Gründen für die Unzufriedenheit stechen einige Faktoren heraus:

Behandlungsergebnis: Die Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis spielte bei den Befragten der ZMK-Klinik die wichtigste Rolle und wurde von fast der Hälfte der Befragten angegeben. Auch ungefähr ein Drittel der Befragten in den anderen Gruppen gab diesen Grund an.

Kommunikation: In der Gruppe Allgemeinbevölkerung empfand fast die Hälfte der Befragten, dass der vorige Zahnarzt nicht ausreichend informierte. Auch in den anderen beiden Gruppen wurde dieser Grund von ca. 30% der Befragten genannt. Dieser Punkt scheint im Zahnarzt-Patienten Verhältnis eine noch wichtigere Bedeutung zu haben als bei den Hausärzten: In der Studie von Billinghurst und Whitfield (1993) gaben nur 3,5% eine unzureichende Kommunikation als Grund für einen Wechsel an.

Vertrauen: Ein weiterer wichtiger Grund scheint das verlorene Vertrauen in den Zahnarzt zu sein. Dieser Grund wurde in allen drei Gruppen ähnlich häufig angegeben (28% - ca. 35%). Damit wird dieser Grund etwas häufiger genannt als bei Hausarzt-Wechslern (ca. 21%) (Billinghurst und Whitfield, 1993).

Finanzielle Gründe: Der Kostenaspekt scheint in der Gruppe ZMK eine wichtigere Rolle zu spielen. So gaben über 60% der Befragten dieser Gruppe an, dass „Preise zu hoch“ und/oder „Kommerzielle Interessen“ (des Zahnarztes) ein Grund für die Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt gewesen seien. In den anderen beiden Gruppen wurden diese beiden Gründe zusammen nur etwa halb so häufig genannt.

Praxisbezogene Faktoren: Die Faktoren „Wartezeit zu lang“, „Schlechte Organisation“ oder „Unfreundliches Personal“ spielten im Einzelnen in den drei Gruppen keine wesentliche Rolle. Fasst man diese jedoch als „praxisbezogene Faktoren“ zusammen, macht dies in der Gruppe ZMK immerhin ca. 20% der genannten Gründe aus, in der Gruppe Allgemeinbevölkerung waren es zusammen ca. 30% und bei den Befragten der Zahnarztpraxen machten sie sogar 40% aus. Dies entspricht etwa den Werten bei den Untersuchungen zum Hausarztwechsel (ca. 36%) (Billinghurst und Whitfield, 1993).

5.3.3. Kriterien bei der Zahnarztwahl

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die Fragen, wie Patienten einen Zahnarzt suchen und aus welchen Gründen Sie den Zahnarzt wechseln bearbeitet wurden, soll in diesem Kapitel die zentrale Frage, welche die entscheidenden Kriterien bei der Zahnarztwahl sind, diskutiert werden.

Bei einer großen Anzahl an Einzelfragen, wie sie in Fragen 17 und 18 zu den Kriterien bei der Zahnarztwahl verwendet wurden, bot es sich an die Einzelfragen bestimmten Domänen zuzuordnen. Diese Methode hat den Nachteil, dass Einzelaspekte, die bei der Zahnarztsuche besonders relevant sein könnten, verschleiert werden. Jedoch überwiegt der Vorteil, dass die grundlegenden Faktoren bei der Zahnarztwahl benannt werden und die Ergebnisse anschließend sinnvoller interpretiert werden können. Es wurde das Verfahren der Korrelationsmatrix angewandt, vgl. (Reissman et al., 2012, Hacker et al., 2015). Dieses Verfahren wurde der konfirmatorischen Faktorenanalyse aufgrund der relativ geringen Stichprobengröße im Verhältnis zur Anzahl der Einzelfragen vorgezogen. Eine ähnliche Zuordnung der Einzelfragen wurde auch mehrfach bei den in Kapitel 2 vorgestellten Publikationen vorgenommen (vgl. Bornstein et al., 2000, Billinghurst und Whitfield, 1993, Klingenberg et al., 2008). Die Korrelationsmatrix ergab, dass sich die verschiedenen Faktoren bei der Zahnarztsuche sechs Domänen zuordnen ließen: Soziodemografische Faktoren des Zahnarztes, Qualifikationen des Zahnarztes, Psychosoziale Kompetenzen des Zahnarztes, Praxisstruktur, Praxisangebote und Erreichbarkeit der Praxis.

Die weitere Auswertung ergab eindeutig, dass die psychosozialen Kompetenzen des Zahnarztes in allen drei untersuchten Gruppen das wichtigste Kriterium bei der Zahnarztwahl sind (4,3 – 4,5). Hier scheint es einen klaren Unterschied zu den von mehreren Autoren gefundenen Kriterien bei der Hausarztwahl zu geben, wonach die Hauptkriterien pragmatischer Natur seien, wie z.B. Nähe zum Wohnort (Bequemlichkeit), vgl. (Billinghurst und Whitfield, 1993, Bornstein et al., 2000, Salisbury, 1989). Dieser Unterschied kann aber auch in den in diesen Studien eingeschränkten Fragestellungen und Antwortkategorien begründet sein. Gleichzeitig konnte die vorliegende Untersuchung die beschriebene vernachlässigbare Rolle der soziodemografischen Faktoren des Arztes bei der Arztwahl bestätigen (Fung et al., 2005). Parallelen weisen die Ergebnisse dieser Studie mit den Studienergebnissen von Vedsted und Heje (2008) auf: Sie stellte die Faktoren heraus, die für Patienten mit einer Weiterempfehlung assoziiert sind: „Empathie“, „Patientenorientierung“ „Informierend“, etc. Diese lassen sich ebenfalls als psychosoziale Kompetenzen des Zahnarztes zusammenfassen. Eine Analogie besteht auch zu den Ergebnissen einer repräsentative Studie zur patientenseitigen Bewertung der zahnärztlichen Versorgung (Klingenberg et al., 2008). Hier wurde ein statistischer Zusammenhang von Gesamtzufriedenheit und Weiterempfehlungsbereitschaft zu den Bewertungen der Patienten im Hinblick auf die Fragen, „Wie gut ihr Zahnarzt ihnen zugehört hat, ob er sich ausreichend Zeit für sie genommen hat und wie sie das Ergebnis der Behandlung einschätzten“ festgestellt.

Die Ergebnisse einer repräsentativen Studie (Köberlein und Klingenberger, 2011) zeigten, dass „(…) eine gründliche und sorgfältige Arbeit des Zahnarztes, kurze Wartezeiten sowie eine umfassende Beratung des Zahnarztes hinsichtlich kostengünstiger Behandlung“ wesentliche Kriterien bei der Zahnarztwahl seien. In Abgrenzung dazu wurde in der vorliegenden Studie die Bedeutung der fachlichen Qualifikationen des Zahnarztes eher im Mittelfeld eingeordnet (2,9 – 3,2), bei der Hausarztwahl wurden diese insgesamt als wichtiger bewertet (Bornstein et al., 2000, Fung et al., 2005).

Hinsichtlich dieser Ergebnisse ergibt sich die Frage, ob Patienten tatsächlich die psychosozialen, kommunikativen Fähigkeiten des Zahnarztes wichtiger sind als die Qualifikationen des Zahnarztes oder die Behandlungsergebnisse. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten darauf hin. Wurpts (2011) lieferte dazu eine mögliche Erklärung. Demnach könnten Patienten die fachlichen Aspekte von Behandlungen kaum einschätzen, da sie keine Experten seien. „Andere Aspekte wie Höflichkeit, Einfühlungsvermögen und andere soziale Verhaltensweisen können sie leichter einschätzen (…)“. Diese „noch nicht vollzogene Emanzipation von Patienten“ könnte auch durch die vorliegenden Ergebnisse bestätigt werden.

Auffällig ist, dass sich die Ergebnisse in der Domäne Praxisangebote innerhalb der drei Gruppen signifikant unterscheiden. Während diese Domäne in der Gruppe ZMK die zweitwichtigste ist, steht sie in den anderen beiden Gruppen an 3. bzw. 4. Stelle. Dies könnte dahingehend gedeutet werden, dass die Patienten der ZMK das vielfältige Spektrum, welches eine universitäre zahnmedizinische Einrichtung als tertiäre zahnmedizinische Ambulanz bieten kann, besonders wichtig ist. Dieses Alleinstellungsmerkmal könnte schließlich von den entsprechenden Akteuren herausgestellt werden, um Patienten für eine universitäre zahnmedizinische Einrichtung zu gewinnen.

Vergleicht man die Ergebnisse der Kriterien bei der Zahnarztwahl mit den Gründen für Unzufriedenheit mit einem Zahnarzt fällt auf, dass diese nur eingeschränkt miteinander kongruieren. Man könnte erwarten, dass die Gründe, die zu einer Unzufriedenheit mit dem Zahnarzt führen, gleichsam als die wichtigsten Kriterien bei der Zahnarztsuche gelten müssten. Die vorliegende Studie zeigt, dass Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis, welches am ehesten der Domäne „Qualifikationen ZA“ zuzuordnen wäre, die Nummer eins der Gründe für Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt in der Gruppe ZMK waren, aber die psychosozialen Kompetenzen des Zahnarztes als wichtigstes Kriterium bei der Zahnarztwahl angegeben wurde.

Zu bedenken ist, dass die hypothetische Wertung und die tatsächliche Wahl nicht synonym sind (Einhorn and Hogarth, 1981) und damit die Faktoren, welche die Befragten

retrospektiv als wichtig bei der Arztwahl erachten, sich von denen unterscheiden können, die tatsächlich wichtig für sie sind (Bornstein et al., 2000). Ebenso können die Faktoren bei der Wahl eines neuen Arztes unabhängig von dem Grund sein, weshalb ein anderer Arzt gewechselt wurde (Billinghurst und Whitfield, 1993).

5.4. Schlussfolgerung

Im Rückblick auf die in Kapitel 1.2 formulierten Fragestellungen und Hypothesen können folgende Schlussfolgerungen formuliert werden:

Fragestellung: Wie gehen Patienten bei der Suche nach einem Zahnarzt vor und welche Informationsressourcen werden bei der Zahnarztsuche genutzt?
Hypothese: Persönliche Empfehlungen spielen auch in Zeiten des Internets noch die wichtigste Rolle bei der Zahnarztsuche

Die vorliegende Studie bestätigt die in der Literatur beschriebene Tatsache, dass persönliche Empfehlungen auch und gerade bei der Zahnarztwahl für die initiale Kenntnis von einem Zahnarztes oder der Praxis die wichtigste Rolle spielen. Auch für Informationen über eine Zahnarztpraxis werden bevorzugt Personen befragt. Die Informationsressource betreffend, scheint die Nutzung des Internets jedoch eine zunehmende Bedeutung zu erlangen.

Fragestellung: Welche Gründe bewegen einen Patienten dazu, die Zahnarztpraxis zu wechseln?
Hypothese: Patienten wechseln einen Zahnarzt am häufigsten aufgrund von räumlichen Faktoren (z.B. Umzug, Nähe zum Wohnort).

Diese Hypothese konnte nur zum Teil bestätigt werden: Patienten wechseln einen Zahnarzt häufiger als einen Hausarzt. In erster Linie entweder aus räumlichen Gründen (z.B. Umzug), wie die Stichproben „Zahnarztpraxen“ und „Allgemeinbevölkerung“ zeigten. Patienten der ZMK-Klinik wechselten hingegen am häufigsten aus Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt.

Fragestellung: Was sind die entscheidenden Kriterien bei der Zahnarztwahl?
Hypothese: Psychosoziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeiten eines Zahnarztes sind für Patienten wichtige Kriterien bei der Zahnarztwahl.

Die psychosoziale Kompetenz des Zahnarztes wird als der wichtigste Faktor bei der Zahnarztwahl betrachtet. Faktoren, die der Domäne Praxisstruktur zuzuordnen sind, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Für Patienten der ZMK-Klinik sind die Praxisangebote das zweitwichtigste Kriterium bei der Zahnarztwahl.

5.5. Ausblick

Neben der weiteren Analyse der bereits gewonnenen Daten könnte eine Weiterführung dieser Studie durch die Reevaluation und Validierung des Fragebogens sowie der Fokussierung auf bestimmte Themengebiete (z.B. Informationsressourcen, Gründe für Zahnarztwechsel, etc.) geprägt sein. Dadurch könnte herausgearbeitet werden, wie zukünftig ein optimales, patientenorientiertes Informationsangebot für Zahnarztsuchende aussehen könnte und wie Patienten Zugang zu den Informationen erhalten könnten.

Ein anderer interessanter Aspekt ist, ob ein Zusammenhang zwischen dem Grund, weshalb ein Zahnarzt gewechselt wurde, der Art und Weise wie der neue Zahnarzt gefunden wurde und der Zufriedenheit mit dem neuen Zahnarzt existiert.

Wünschenswert wäre zudem eine repräsentative Erhebung in unterschiedlichen regionalen Settings, wie z.B. in der Stadt und in ländlichen Gebieten, um mögliche die Zahnarztsuche betreffende Unterschiede aufzudecken. Denkbar wäre, dass ein Zahnarzt in der Stadt häufiger gewechselt wird als auf dem Land, da dort das Angebot an Zahnärzten größer ist.

6. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Art der Informationsbeschaffung und die Kriterien bei der Zahnarztwahl sowie die Gründe, die zu einem Zahnarztwechsel führen. Die Ergebnisse sind für alle Akteure im zahnmedizinischen Versorgungssystem relevant.

Eine systematische Literaturrecherche stellt den aktuellen Forschungsstand zum Thema Arzt- und Zahnarztsuche dar und schließt somit eine Lücke in der bisher verfügbaren Literatur.

Anhand der Ergebnisse der Literaturrecherche wurde ein Fragebogen zur Zahnarztsuche entwickelt. Passende Einzelfragen aus ähnlichen Messinstrumenten wurden extrahiert und in einem Itempool gesammelt und ausgewertet. Die Validierung des Fragebogenentwurfs erfolgte durch eine Fokusgruppendiskussion, welche durch qualitative Auswertung ein Kategoriengerüst lieferte, mittels dessen die Einzelfragen überprüft werden konnten.

Die Befragung zur Zahnarztsuche hat den Charakter einer Pilotstudie. Sie wurde in drei Stichproben an insgesamt 300 Probanden durchgeführt: Je 100 Patienten des Zentrums für Zahn- Mund und Kieferheilkunde (ZMK) des UKE, aus 4 unterschiedlichen Zahnarztpraxen im Großraum Hamburg und 100 Probanden ohne zahnärztlichen Bezug (Allgemeinbevölkerung).

Die Ergebnisse zeigen, dass persönliche Empfehlungen bei der Informationsbeschaffung zu einem Zahnarzt die bedeutendste Rolle spielen. Die wichtigsten Gründe für einen Zahnarztwechsel sind entweder Wohnortwechsel oder in der Gruppe ZMK „Unzufriedenheit mit dem vorigen Zahnarzt“. Häufige Gründe für Unzufriedenheit in der Gruppe ZMK sind „Unzufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis“ oder „finanzielle Gründe“.

Die Kriterien bei der Zahnarztsuche ließen sich sechs Domänen zuordnen: Soziodemografische Faktoren des Zahnarztes, Qualifikationen des Zahnarztes, Psychosoziale Kompetenzen des Zahnarztes, Praxisstruktur, Praxisangebote und Erreichbarkeit der Praxis. Die psychosozialen Kompetenzen des Zahnarztes wurden in allen drei Gruppen als am wichtigsten bei der Zahnarztwahl bewertet. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen konnten für die Domäne Praxisangebote festgestellt werden.

Die vorgelegte Arbeit stellt somit ein systematisches Werkzeug zur Verfügung, um Entscheidungen von Patienten bezüglich Zahnarztwahl und –wechsel besser zu verstehen. Versorgung und Praxisangebote können dementsprechend gesteuert werden. Eine erste Pilotstudie liefert bereits vielversprechende und neue Erkenntnisse.

7. Literaturverzeichnis

AHMAD, F., GUPTA, H., RAWLINS, J. & STEWART, D. E. 2002. Preferences for gender of family physician among Canadian European-descent and South-Asian immigrant women. *Fam Pract,* 19**,** 146-53.

ARORA, R., SINGER, J. & ARORA, A. 2004. Influence of key variables on the patients' choice of a physician. *Qual Manag Health Care,* 13**,** 166-73.

ARUGUETE, M. S. & ROBERTS, C. A. 2002. Participants' ratings of male physicians who vary in race and communication style. *Psychol Rep,* 91**,** 793-806.

ÄRZTLICHES ZENTRUM FÜR QUALITÄT IN DER MEDIZIN 2008. Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? Checkliste für Patientinnen und Patienten.: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.

BERTELSMANN STIFTUNG 2012. Weisse Liste-Ärzte: Methodendokumentation. Entwicklung eines Befragungsinstruments für die haus- und fachärztliche Versorgung. *In:* STIFTUNG, B. (ed.).

BILLINGHURST, B. & WHITFIELD, M. 1993. Why do patients change their general practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. *British Journal of General Practice,* 43**,** 336-338.

BLAND, J. M. & ALTMANN, D. G. 1997. Statistic notes: Cronbach´s alpha. *BMJ,* 314**,** 572.

BÖCKEN, J., KUNSTMANN, W. & BUTZLAFF, M. 2002. Die freie Arztwahl - ein internationaler Vergleich. *Das Gesundehitswesen,* 64**,** 267-271.

BORNSTEIN, B. H., MARCUS, D. & CASSIDY, W. 2000. Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patients' choice of a primary care doctor. *J Eval Clin Pract,* 6**,** 255-62.

BÜHNER, M. 2011. *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion,* München, Pearson Studium.

BUJA, A., CAVINATO, M., PERISSINOTTO, E., RAUSA, G., MASTRANGELO, G. & TOFFANIN, R. 2011. Why do patients change their general practitioner? Suggestions on corrective actions. *Ir J Med Sci,* 180**,** 149-54.

CLARK, L. A. & WATSON, D. 1995. Constructing Validity: Basic Issues in Objective Scale Development. *Psychological Assessment,* 7**,** 309-319.

DEROSE, P. K., HAYS, R. D., F., M. C. D. & BAKER, D. W. 2001. Does Physician Gender Affect Satisfaction of Men and Women Visiting the Emergency Department? *Journal of General Internal Medicine,* 16**,** 218-216.

DRESING, T. & PEHL, T. 2012. *Praxisbuch Interview & Transkription - Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen,* Marburg.

EINHORN, H. J. & HOGARTH, R. M. 1981. Behavioral decision theory: processes of judgement and choice. *Annual Review of Psychology,* 32**,** 53-88.

ELSTAD, J. I. 1994. Women's priorities regarding physician behavior and their preference for a female physician. *Women Health,* 21**,** 1-19.

EMMERT, M., MARYSCHOK, M., EISENREICH, S. & SCHÖFFSKI, O. 2009. Arzt-Bewertungsportale im Internet – Geeignet zur Identifikation guter Arztpraxen? *Gesundheitswesen,* 70**,** e18-e27.

FANJIANG, G., VON GLAHN, T., CHANG, H., ROGERS, W. H. & SAFRAN, D. G. 2007. Providing patients web-based data to inform physician choice: if you build it, will they come? *J Gen Intern Med,* 22**,** 1463-6.

FENNEMA, K., MEYER, D. L. & OWEN, N. 1990. Sex of physician: patient's preferences and stereotypes. *Journal of Family Practice,* 30**,** 441-447.

FOWLER, F. J. 1995. *Improving survey questions - Design and Evaluation*, Sage Publications.

FUNG, C. H., ELLIOTT, M. N., HAYS, R. D., KAHN, K. L., KANOUSE, D. E., MCGLYNN, E. A., SPRANCA, M. D. & SHEKELLE, P. G. 2005. Patients' preferences for

technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Serv Res,* 40**,** 957-77.

FURNHAM, A., PETRIDES, K. V. & TEMPLE, J. 2006. Patient preferences for medical doctors. *Br J Health Psychol,* 11**,** 439-49.

GANDHI, I. G., PARLE, J. V., GREENFIELD, S. M. & GOULD, S. 1997. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Family Practice,* 14**,** 49-57.

GERAEDTS, M. 2008. Informationsbedarf und Informationssuchverhalten bei der Arztsuche. *Gesundheitsmonitor 2008***,** 29-47.

GRAFFY, J. 1990. Patient choice in a practice with men and women general practitioners. *Br J Gen Pract,* 40**,** 13-5.

HACKER, T., HEYDECKE, G. & REISSMANN, D. R. 2015. Impact of procedures during prosthodontic treatment on patients' perceived burdens. *J Dent,* 43**,** 51-7.

HARRIS, K. M. 2003. How Do Patients Choose Physicians? Evidence from a National Survey of Enrollees in Employment-Related Health Plans. *Health Services Research,* 38**,** 711-732.

HOPKINS, E. J., PYE, A. M., SOLOMON, M. & SOLOMON, S. 1967. A study of patients' choice of doctor in an urban practice. *J R Coll Gen Pract,* 14**,** 282-8.

JAIN, C., NARAYAN, N., NARAYAN, K., PIKE, L. A., CLARKSON, M. E., COX, I. G. & CHATTERJEE, J. 1985. Attitudes of Asian patients in Birmingham to general practitioner services. *J R Coll Gen Pract,* 35**,** 416-8.

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2011. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2011 - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage

KAWIAK-ZIOLO, A., MIELNIK-BLASZCZAK, M., CIOCZEK-STUDZINSKA, A. & KAWIAK-JAWOR, E. 2011. Patient preferences in the selection of a dental care institution. *Family Medicine & Primary Care Review,* 13**,** 713-718.

KIM, M. J., DAMIANO, P. C., HAND, J., DENEHY, G. E., COBB, D. S. & QIAN, F. 2012. Consumers' Choice of Dentists: How and Why People Choose Dental School Faculty Members as Their Oral Health Care Providers. *Journal of Dental Education,* 76**,** 695-704.

KLEUDGEN, S. 2008. Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Anreizsystem für eine bessere Versorgung. *Deutsches Ärzteblatt,* 105**,** A1110-A1111.

KLINGENBERG, A., WALTHER, W., DORFER, C. E. & SZECSENYI, J. 2008. [Patient evaluation of dental care. Results of a written patient survey in dental practices]. *Gesundheitswesen,* 70**,** 525-31.

KÖBERLEIN, J. & KLINGENBERGER, D. 2011. Auslandszahnersatz und Dentaltourismus – Zahlungsbereitschaft und Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz in Deutschland. *Gesundheitswesen,* 73**,** e111-e118.

KOTLER, P. & KELLER, K. 2001. *A framework for marketing management,* New York, Prentice Hall PTR.

KRAUSE, M., KRISCHER, B., LATOS, M., SIEFER, W., STEINBACH, L. & WIEMER, U. 2012. *FOCUS Gesundheit: Deutschlands umfangreichste Ärzteliste*, Evendom.

KRIWY, P. & AUMÜLLER, H. 2007. [Preferences of patients looking for a general practitioner or hospital]. *Gesundheitswesen,* 69**,** 464-9.

KRÜGER-BRAND, H. E. 2007. Arztsuche online - Noten für den Arzt. *PRAXiS - Deutsches Ärzteblatt,* 4**,** 12-15.

KRÜGER-BRAND, H. E. 2012. Arztbewertungsportal - Die Masse macht's. *Deutsches Ärzteblatt,* 109**,** 468.

KUNSTMANN, W., BUTZLAFF, M. & BÖCKEN, J. 2002. Freie Arztwahl in Deutschland - eine historische Peerspektive. *Gesundheitswesen,* 64**,** 170-175.

LAGU, T., HANNON, N. S., ROTHBERG, M. B. & LINDENAUER, P. K. 2010. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *J Gen Intern Med,* 25**,** 942-6.

LUBALIN, J. S. & HARRIS-KOJETIN, L. D. 1999. What do consumers want and need to know in making health care choices? *Med Care Res Rev,* 56 Suppl 1**,** 67-102; discussion 103-12.

LUDWIG, A. 2008. *Patientenzufriedenheit in einer tertiären zahnmedizinischen Ambulanz für Prothetik : Entwicklung eines Fragebogens und Ergebnisse.* Med. Dissertation, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

MARSTEDT, G. 2007. Transparenz in der abulanten Versorgung: Patienten auf der Suche nach einem "guten Arzt". *Gesundheitsmonitor 2007***,** 11-34.

MAYERHOFER, W. 2009. Das Fokusgruppeninterview. *In:* BUBER, R. & HOLZMÜLLER, H. H. (eds.) *Qualitative Marktforschung: Konzepte - Methoden - Analysen.* Wiesbaden: Gabler Verlag / GWV Fachverlage GmbH.

MAYRING, P. 2010. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken,* Weinheim.

MORRISSEY, J. 1996. Patients can surf the Web to choose their physician. *Mod Healthc,* 26**,** 94.

OBERMANN, K. & MÜLLER, P. 2007. Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2007 - Eine deutschlandweite Befragung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. *In:* GESUNDHEIT, S. (ed.).

PECTOR, E. A. 2011. How patients really choose their doctors. *Medical Economics,* 77**,** 154.

REISSMAN, D. R., JOHN, M. T., SCHIERZ, O., SEEDORF, H. & DOERING, S. 2012. Stress-Related Adaptive Versus Maladaptive Coping and Temporomandibular Disorder Pain. *Journal of Orofacial Pain,* 26**,** 181-190.

RIESER, S. 2007. Projekt "Ambulante Qualitätsindikatoren": Das Geld soll der Qualität folgen. *Deutsches Ärzteblatt,* 11**,** 502.

SAHA, S., TAGGART, S. H., KOMAROMY, M. & BINDMAN, A. B. 2000. Do patients choose physicians of their own race? *Health Affairs,* 19**,** 76-83.

SALISBURY, C. J. 1989. How do people choose their doctor? *British Medical Journal,* 299**,** 608-610.

SANDER, U., EMMERT, M. & GROBE, T. G. 2013. [Efficacy and efficiency of searches for a physician using physician search and evaluation portals in comparison with Google]. *Gesundheitswesen,* 75**,** 397-9.

SCHAEFER, C. & SCHWARZ, S. 2010. [Doctor rating sites: which of them find the best doctors in Germany?]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes,* 104**,** 572-7.

SCHWARZ, S., SCHAEFER, C., SÄNGER, S., DEHMLOW, R., BALKE, K., BERNER, B., BUTZ, N., CHOP, I., DIEL, F., EBERLEIN-GONSKA, M., HAUPTMANN, G., HERHOLZ, H., ILZHÖFER, R., QUASDORF, I., SCHMITT, U., WEIDRINGER, J. W., OLLENSCHLÄGER, G., KRAUSE, D., HARFST, T., BERGMANN-KRAUSS, B. & OESTERREICH, D. 2012. *GUTE PRAXIS BEWERTUNGSPORTALE - Qualitätsanforderungen für Zahnarztbewertungsportale,* Berlin.

SIMS, T., TSAI, J. L., KOOPMANN-HOLM, B., THOMAS, E. A. C. & GOLDSTEIN, M. K. 2014. Choosing a Physician Depends on How You Want to Feel: The Role of Ideal Affect in Health-Related Decision Making. *Emotion,* 14**,** 187-192.

STIER, W. 1999. *Empirische Forschungsmethoden,* Berlin, Springer.

STIFTUNG GESUNDHEIT 2008. Arztbewertungsportale - Eine Beobachtung der Angebote im deutschsprachigen Internet *Stiftungsbrief* 3.

STÜWE, H. 2005. Freie Arztwahl ist viel wert. *Deutsches Ärzteblatt,* 7**,** 297.

THIEL, J. 2014. Ausländische Ärzte - Medizin braucht Migration. *ZM Zahnärztliche Mitteilungen,* 104**,** 608-616.

TU, H. T. & LAUER, J. R. 2008. Word of mouth and physician referrals still drive health care provider choice. *Res Brief,* 9**,** 1-8.

VAN DEN BRINK-MUINEN, A., DE BAKKER, D. H. & BENSING, J. M. 1994. Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *Br J Gen Pract,* 44**,** 205-10.

VEDSTED, P. & HEJE, H. N. 2008. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care,* 26**,** 228-34.

WENSING, M., JUNG, H. P., MAINZ, J., OLESEN, F. & GROL, R. 1998. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med,* 47**,** 1573-88.

WOLINSKY, F. D. & STEIBER, S. R. 1982. Salient issues in choosing a new doctor. *Soc Sci Med,* 16**,** 759-67.

WUN, Y. T., LAM, T. P., LAM, K. F., GOLDBERG, D., LI, D. K. & YIP, K. C. 2010. How do patients choose their doctors for primary care in a free market? *J Eval Clin Pract,* 16**,** 1215-20.

WURPTS, B. 2011. Soziale Netzwerke und soziales Kapital bei der Zahnarztsuche. *IDZ-Information,* 3**,** 1-31.

8. Sonstige Verzeichnisse

8.1. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse der Literatursuche; Ovid-Ressourcen, Datum der Suche: 07.08.2015.....10
Tabelle 2: Qualitätsanforderungen an Zahnarztbewertungsportale (Schwarz et al., 2012) 25
Tabelle 3: Charakteristik der Diskussionsteilnehmer.....30
Tabelle 4: Auszug aus der qualitativen Auswertung des Fokusgruppeninterviews.....36
Tabelle 5: Plangrößen für Stichprobenmodell.....42
Tabelle 6: Rücklaufquoten.....43
Tabelle 7: Beschreibung der Stichproben.....46
Tabelle 8: Aspekte der Zahnarztsuche.....47
Tabelle 9: Bevorzugte Praxisform.....48
Tabelle 10: Gründe für Zahnarztwechsel.....49
Tabelle 11: Gründe für Unzufriedenheit.....50
Tabelle 12: Kriterien bei der Zahnarztwahl.....52
Tabelle 13: Korrelation der Einzelfragen mit den Summenwerten der Domänen und interne Konsistenz der Domänen.....55
Tabelle 14: Vergleich der Domänen für Kriterien bei der Zahnarztsuche.....56

8.2. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Suchstrategie zu (Zahn-) Arztsuche und (Zahn-) Arztwechsel..... 9
Abbildung 2: Thematische Gliederung der Literaturübersicht.....11
Abbildung 3: Anwendung von Kotlers Model auf den Prozess der Zahnarztsuche nach Kim et al. (2012) 27
Abbildung 4: Ablauf der Fragebogenentwicklung.....29
Abbildung 5: Entwicklung des Kategoriensystems nach Mayring (2010).....34
Abbildung 6: Darstellung des Kategoriensystems (Auszug).....38
Abbildung 7: Zuordnung der Einzelfragen zu den Domänen.....53
Abbildung 8 Kriterien bei der Zahnarztwahl.....57

8.3. Abkürzungsverzeichnis

ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
Barmer GEK	Barmer Gmünder Ersatzkasse
BÄK	Bundesärztekammer
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
ZMK	Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

9. Anhang

9.1. Teilnehmerinformation - Fokusgruppe

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Direktor der Klinik: Prof. Dr. med. dent. Guido Heydecke

Fokusgruppe „Zahnarztsuche“ -Teilnehmerinformation-

Sehr geehrte Diskussionsteilnehmer,

sicherlich befanden Sie sich auch schon einmal in der Situation, sich für einen neuen Zahnarzt oder eine neue Zahnärztin entscheiden zu müssen. Sei es, weil Sie den Wohnort gewechselt haben, die Praxis umgezogen ist oder Sie mit ihrem Behandler oder ihrer Behandlerin unzufrieden waren. Die Gründe können vielfältig sein.
Unser Bestreben ist es, Ihre zahnärztliche Versorgung stets zu verbessern und Ihnen den Besuch in der Zahnarztpraxis so angenehm wie möglich zu machen.
Deshalb interessiert uns, welche Rolle die einzelnen Faktoren in der zahnärztlichen Praxis für Sie spielen und welche Kriterien Sie der Entscheidung für einen neuen Zahnarzt / eine neue Zahnärztin zugrunde legen.

Ablauf
In einer Gruppendiskussion, oder auch „Fokusgruppeninterview“ genannt, möchten wir mit Ihnen die oben genannten Punkte diskutieren. Dies dient dem Ziel, einen vorab zu diesem Thema erstellten Fragebogen zu validieren und evtl. fehlende Aspekte zu ergänzen.
Der Termin ist für ca. 2 Stunden angesetzt.
Neben den 5 - 10 DiskussionsteilnehmerInnen ist eine Moderatorin anwesend, eine wissenschaftliche Mitarbeiterin und 1-2 Protokollführer.
Nach der Begrüßung und Einleitung folgt eine kurze Vorstellungsrunde aller Teilnehmer.
Die wesentlichen zu diskutierenden Fragen werden Ihnen vorab als Handout ausgeteilt. Außerdem werden wir Sie bitten, einige Angaben zu Ihrer Person auf einem soziodemographischen Fragebogen zu machen (näheres dazu s.u.)

Erklärung zum Datenschutz

Aus statistischen Gründen werden bei wissenschaftlichen Arbeiten auch persönliche (sozidemographische) Daten erhoben. Dadurch lassen sich später präzisere Schlussfolgerungen formulieren und die Aussagekraft der Studie wird gesteigert.
Außerdem wird die gesamte Diskussion per Tonträger aufgenommen und schriftlich protokolliert. Dies dient der exakten Auswertung des Fokusgruppeninterviews.
Alle Daten werden anonym, d.h. ohne Namensnennung, verarbeitet.
Die Weitergabe, Speicherung und Auswertung dieser studienbezogenen Daten folgt den gesetzlichen Bestimmungen und setzt Ihre Einwilligung voraus.
Nach gesetzlichen Bestimmungen ist die Durchführung einer Studie nur zulässig, wenn Sie mit der Aufzeichnung Ihrer Daten und deren anonymisierter Weitergabe an die Studienleiter einverstanden sind. Sie können die Teilnahme an der Umfrage ablehnen oder nachträglich widerrufen. Dazu brauchen Sie keine Gründe anzugeben.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Doktorandin:
Gunda Mardink
Christian-Förster-Straße 30
20253 Hamburg

E-Mail: gundamardink@googlemail.com
Tel.: 040 – 1820 48 32

Leiter der Studie:
Prof. Dr. med. dent. Guido Heydecke
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Haus Ost 58 (O 58) ZMK-Neubau, EG
Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: (040)-7410-52261

Für Ihre Mitarbeit sind wir Ihnen sehr dankbar!

Zustimmung zur Teilnahme

Die Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben das Recht zur Teilnahmeverweigerung und zum Abbruch der Teilnahme zu jedem beliebigen Zeitpunkt.
Wenn Sie sich von der Studie distanzieren möchten, teilen Sie dies bitte dem Studienleiter mit.

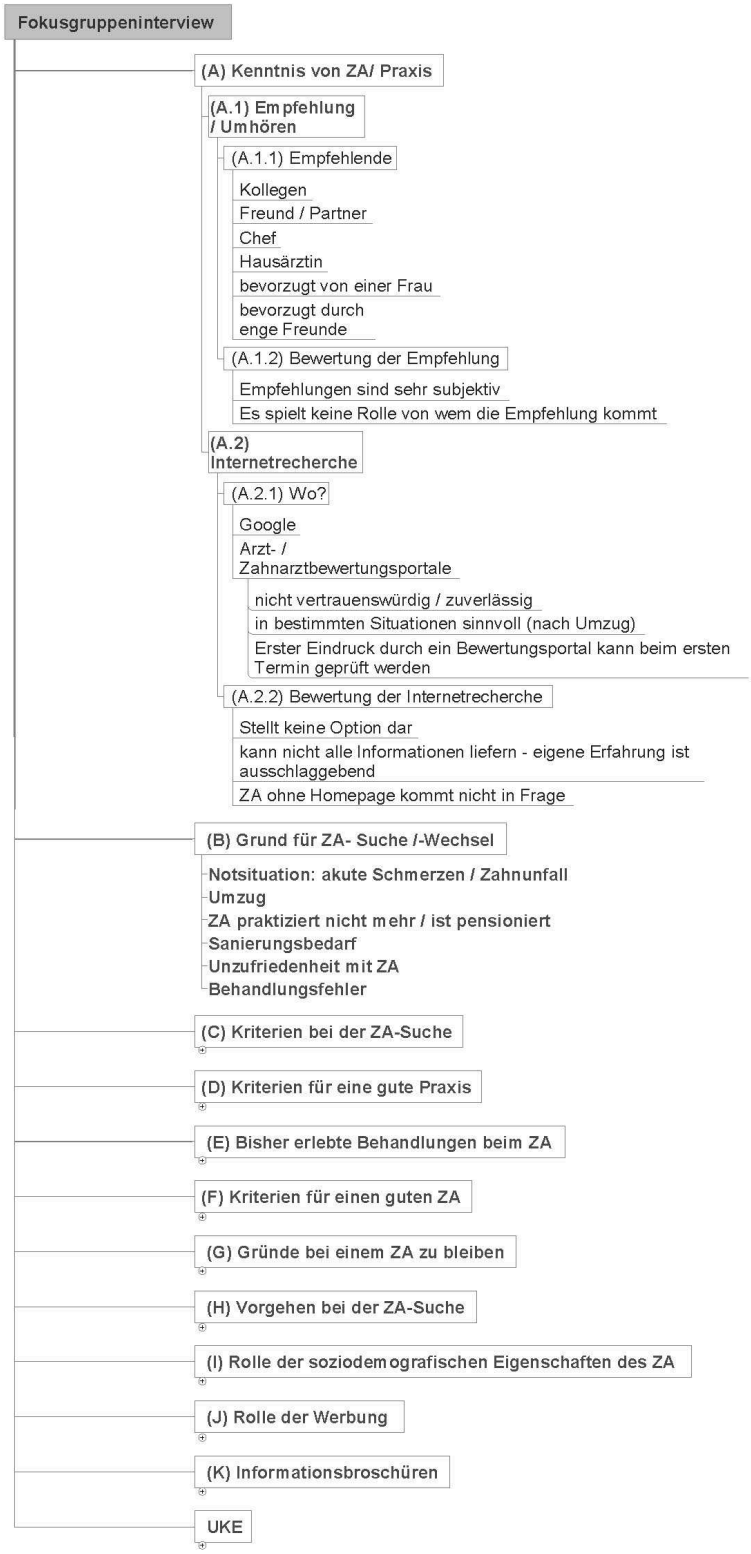
Zustimmungserklärung

Ich,……., bestätige, diese zweiseitige Teilnehmerinformation inkl. Erklärung zum Datenschutz gelesen zu haben und stimme einer Teilnahme an dieser Gruppendiskussion zu.
Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zur Gruppendiskussion bzw. zur Studie zu Stellen und verstehe vollständig Zweck, Vorgehensweise, Nutzen, Risiken und meine Rechte bezüglich der Teilnahme.
Hiermit stimme ich einer Teilnahme an der Gruppendiskussion zum Thema „Zahnarztsuche“ zu.

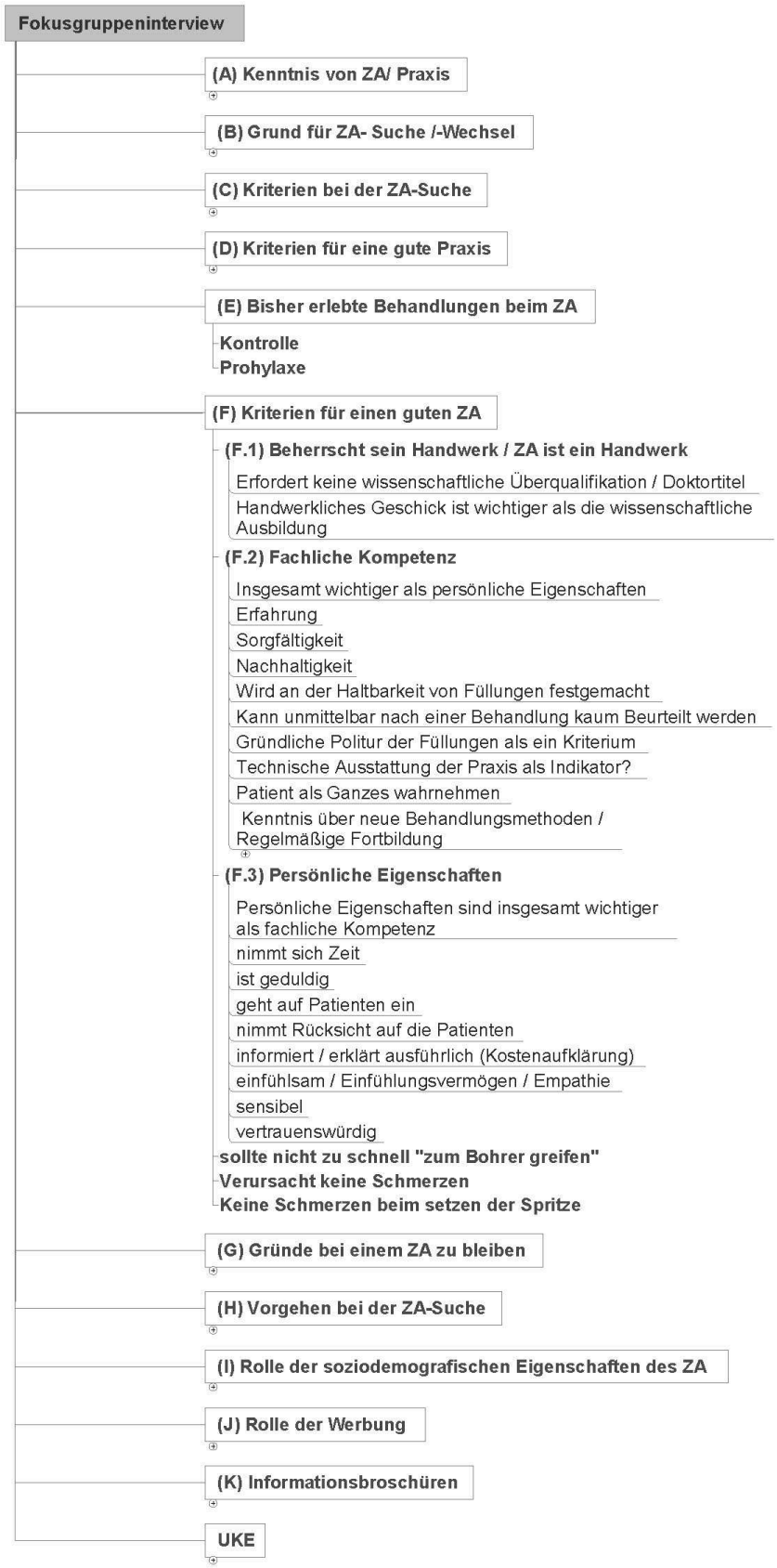
Ort / Datum:_____

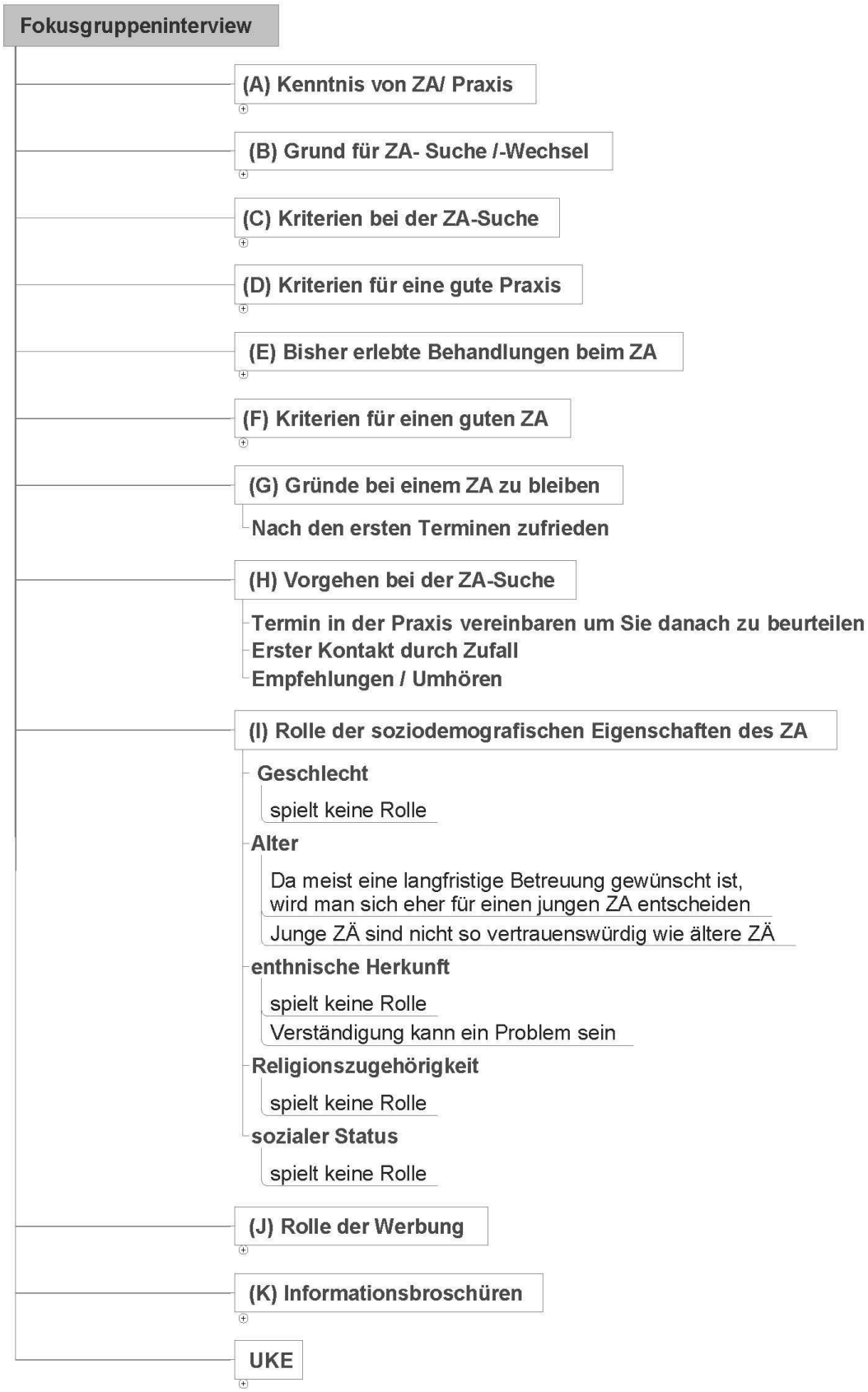
_____ _____
Name des Teilnehmers (Druckbuchstaben) Unterschrift

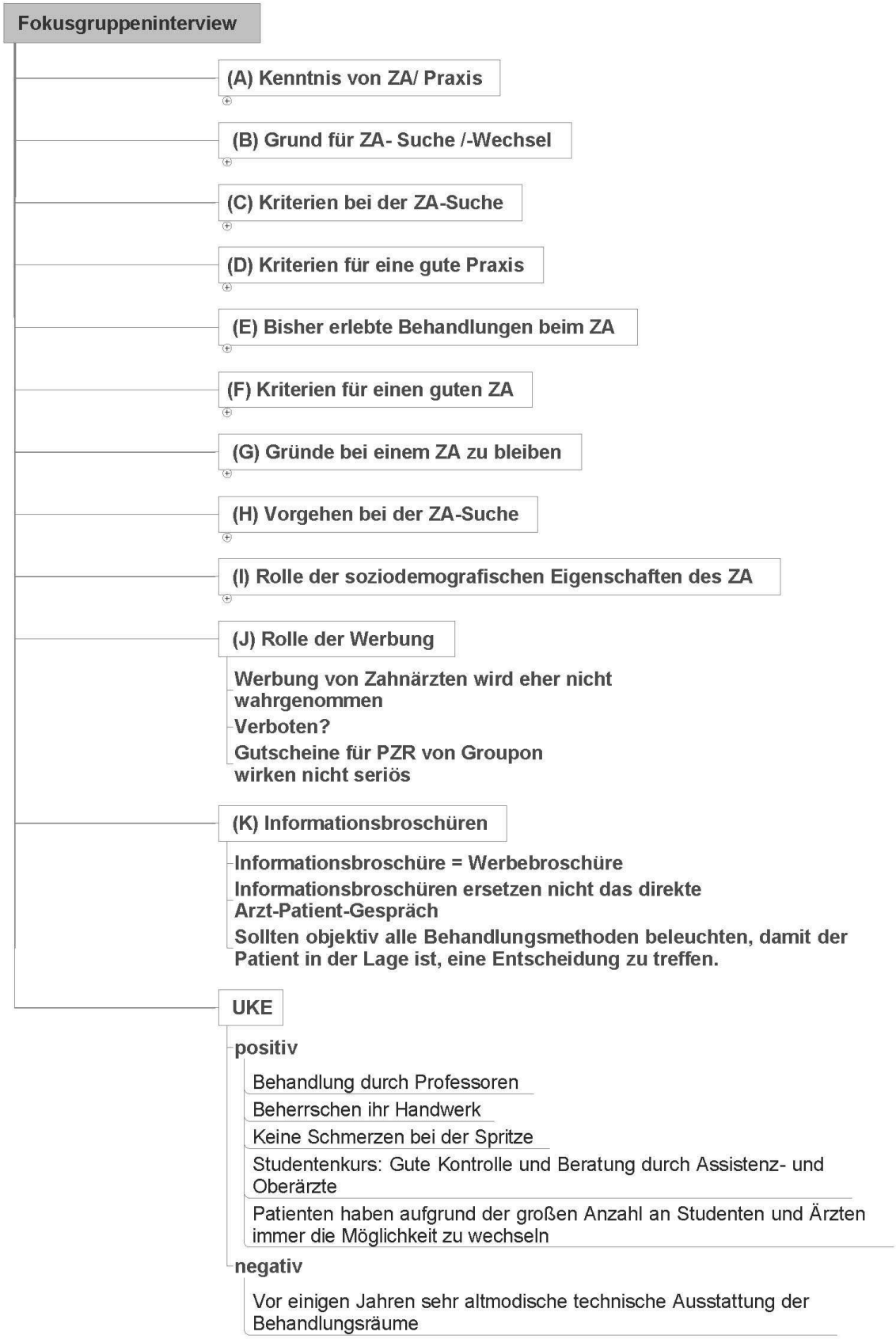
9.2. Fokusgruppeninterview - Kategoriengerüst



Fokusgruppeninterview
(A) Kenntnis von ZA/ Praxis
(B) Grund für ZA- Suche /-Wechsel
(C) Kriterien bei der ZA-Suche
(C.1) Internetauftritt
Was ist dabei wichtig?
(C.2) Spezialisierung / Zusatzqualifikationen
Bei Zweitmeinung zu kostspieligem Zahnersatz
Spezialisierung auf Angstpatienten
Wird nicht immer explizit darauf geachtet
Nähe zum Wohnort / Arbeitsplatz
Berufserfahrung
Titel
spielt keine Rolle
Lange Sprechzeiten
(D) Kriterien für eine gute Praxis
(D.1) gutes Gefühl
sich wohlfühlen
Entspannt
Zufrieden
(D.2) gute Erreichbarkeit
Langer Anfahrtsweg kann bei gutem ZA in Kauf genommen werden
(D.3) Vertrauenswürdigkeit
starke finanzielle Interessen des ZA?
Vertrauen zum ZA ist unerlässlich
ZA muss mehr Vertrauen entgegengebracht werden als dem Hausarzt
(D.3) Technische Ausstattung der Praxis
Spielt keine große Rolle
Wichtiges Qualitätsmerkmal: z.B. Intraorale Kamera
neue Methoden, z.B. Laserbehandlung (=schmerzfreie Behandlung?)
Doktortitel
spielt keine Rolle
Wert auf Prophylaxe legen
Keine Angst haben müssen
Technik der Lokalanästhesie
Ein ZA innerhalb einer Praxis, der nicht gewechselt werden muss
zeitnahe Terminvergabe insbesondere bei Schmerzen
wirtschaftliches Denken - preiswerte Lösungen anbieten
(E) Bisher erlebte Behandlungen beim ZA
(F) Kriterien für einen guten ZA
(G) Gründe bei einem ZA zu bleiben
(H) Vorgehen bei der ZA-Suche
(I) Rolle der soziodemografischen Eigenschaften des ZA
(J) Rolle der Werbung
(K) Informationsbroschüren
UKE


Fokusgruppeninterview
(A) Kenntnis von ZA/ Praxis
(B) Grund für ZA- Suche /-Wechsel
(C) Kriterien bei der ZA-Suche
(D) Kriterien für eine gute Praxis
(E) Bisher erlebte Behandlungen beim ZA
Kontrolle
Prohylaxe
(F) Kriterien für einen guten ZA
(F.1) Beherrscht sein Handwerk / ZA ist ein Handwerk
Erfordert keine wissenschaftliche Überqualifikation / Doktortitel
Handwerkliches Geschick ist wichtiger als die wissenschaftliche Ausbildung
(F.2) Fachliche Kompetenz
Insgesamt wichtiger als persönliche Eigenschaften
Erfahrung
Sorgfältigkeit
Nachhaltigkeit
Wird an der Haltbarkeit von Füllungen festgemacht
Kann unmittelbar nach einer Behandlung kaum Beurteilt werden
Gründliche Politur der Füllungen als ein Kriterium
Technische Ausstattung der Praxis als Indikator?
Patient als Ganzes wahrnehmen
Kenntnis über neue Behandlungsmethoden / Regelmäßige Fortbildung
(F.3) Persönliche Eigenschaften
Persönliche Eigenschaften sind insgesamt wichtiger als fachliche Kompetenz
nimmt sich Zeit
ist geduldig
geht auf Patienten ein
nimmt Rücksicht auf die Patienten
informiert / erklärt ausführlich (Kostenaufklärung)
einfühlsam / Einfühlungsvermögen / Empathie
sensibel
vertrauenswürdig
sollte nicht zu schnell "zum Bohrer greifen"
Verursacht keine Schmerzen
Keine Schmerzen beim setzen der Spritze
(G) Gründe bei einem ZA zu bleiben
(H) Vorgehen bei der ZA-Suche
(I) Rolle der soziodemografischen Eigenschaften des ZA
(J) Rolle der Werbung
(K) Informationsbroschüren
UKE


Fokusgruppeninterview
(A) Kenntnis von ZA/ Praxis
(B) Grund für ZA- Suche /-Wechsel
(C) Kriterien bei der ZA-Suche
(D) Kriterien für eine gute Praxis
(E) Bisher erlebte Behandlungen beim ZA
(F) Kriterien für einen guten ZA
(G) Gründe bei einem ZA zu bleiben
Nach den ersten Terminen zufrieden
(H) Vorgehen bei der ZA-Suche
Termin in der Praxis vereinbaren um Sie danach zu beurteilen
Erster Kontakt durch Zufall
Empfehlungen / Umhören
(I) Rolle der soziodemografischen Eigenschaften des ZA
Geschlecht
spielt keine Rolle
Alter
Da meist eine langfristige Betreuung gewünscht ist, wird man sich eher für einen jungen ZA entscheiden
Junge ZÄ sind nicht so vertrauenswürdig wie ältere ZÄ
enthnische Herkunft
spielt keine Rolle
Verständigung kann ein Problem sein
Religionszugehörigkeit
spielt keine Rolle
sozialer Status
spielt keine Rolle
(J) Rolle der Werbung
(K) Informationsbroschüren
UKE


Fokusgruppeninterview
(A) Kenntnis von ZA/ Praxis
(B) Grund für ZA- Suche /-Wechsel
(C) Kriterien bei der ZA-Suche
(D) Kriterien für eine gute Praxis
(E) Bisher erlebte Behandlungen beim ZA
(F) Kriterien für einen guten ZA
(G) Gründe bei einem ZA zu bleiben
(H) Vorgehen bei der ZA-Suche
(I) Rolle der soziodemografischen Eigenschaften des ZA
(J) Rolle der Werbung
Werbung von Zahnärzten wird eher nicht wahrgenommen
Verboten?
Gutscheine für PZR von Groupon wirken nicht seriös
(K) Informationsbroschüren
Informationsbroschüre = Werbebroschüre
Informationsbroschüren ersetzen nicht das direkte Arzt-Patient-Gespräch
Sollten objektiv alle Behandlungsmethoden beleuchten, damit der Patient in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen.
UKE
positiv
Behandlung durch Professoren
Beherrschen ihr Handwerk
Keine Schmerzen bei der Spritze
Studentenkurs: Gute Kontrolle und Beratung durch Assistenz- und Oberärzte
Patienten haben aufgrund der großen Anzahl an Studenten und Ärzten immer die Möglichkeit zu wechseln
negativ
Vor einigen Jahren sehr altmodische technische Ausstattung der Behandlungsräume

9.3. Teilnehmerinformation

Version: 1.3 – Stand: 10.12.2013

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik

Prof. Dr. Guido Heydecke
Direktor

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52261
Telefax: (040) 7410-57077
pro@uke.de
www.uke.de

Ansprechpartnerin
Marina Buchmann
m.buchmann@uke.de

Nach welchen Kriterien wählen Patienten Ihren Zahnarzt / Ihre Zahnärztin?

- Teilnehmerinformation -

Leiter der Studie: Prof. Dr. Guido Heydecke

Sehr geehrte Damen und Herren,

sicherlich befanden Sie sich auch schon einmal in der Situation, sich für einen neuen Zahnarzt oder eine neue Zahnärztin entscheiden zu müssen. Sei es, weil Sie den Wohnort gewechselt haben, die Praxis umgezogen ist oder Sie mit ihrem Behandler oder ihrer Behandlerin unzufrieden waren. Die Gründe können vielfältig sein.
Unser Bestreben ist es, Ihre zahnärztliche Versorgung stets zu verbessern und Ihnen den Besuch in der Zahnarztpraxis so angenehm wie möglich zu machen.
Deshalb interessiert uns, wie wichtig für Sie bestimmte Faktoren in der zahnärztlichen Praxis sind und wie Sie die Suche nach einem Zahnarzt oder einer Zahnärztin angehen.
Durch Ihre Teilnahme an dieser Umfrage geben Sie uns die Möglichkeit, in Zukunft gezielter auf Ihre Wünsche einzugehen.

Vorgehen

Wir möchten Sie daher bitten, den beiliegenden Fragebogen vollständig auszufüllen.
Der Fragebogen umfasst drei Abschnitte mit insgesamt 32 Fragen. Für das Ausfüllen werden Sie etwa 15 Minuten benötigen.
Wenn Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, falten Sie ihn bitte einmal in der Mitte und legen ihn wieder in den Umschlag zurück. Nachdem Sie den Umschlag verschlossen haben, geben Sie ihn bitte ab.

Datenschutz

Aus statistischen Gründen werden bei wissenschaftlichen Arbeiten auch persönliche (sozidemographische) Daten erhoben. Dadurch lassen sich später präzisere Schlussfolgerungen formulieren und die Aussagekraft der Studie wird gesteigert.

Alle Daten werden **anonym**[1], d.h. ohne Namensnennung, verarbeitet. Eine personenbezogene Rückverfolgung ist dadurch nicht möglich und ausgeschlossen.

Nach gesetzlichen Bestimmungen ist die Durchführung einer Studie nur zulässig, wenn Sie mit der Aufzeichnung Ihrer Daten und deren anonymisierter Weitergabe an die Studienleiter einverstanden sind. Sie können die Teilnahme an der Umfrage ohne Angabe von Gründen ablehnen. Ein nachträglicher Widerruf der Studienteilnahme ist aus Gründen der Anonymisierung technisch nicht möglich, da die Anonymisierung einen Rückschluss auf Ihre Person nicht zulässt.

Die Studie ist durch die zuständige Ethik-Kommission beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggfs. Einsichtnahme in die anonymisierten Studienunterlagen gewährt werden.

Ihre Teilnahme ist für diese Forschungsarbeit von großem Nutzen, sie ist jedoch gänzlich freiwillig.

Falls Sie weitere Fragen oder Bedenken haben sollten, können Sie sich gerne an die Verantwortlichen der Studie wenden (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik; Marina Buchmann, Tel: 040-7410-55785).

Für Ihre Mitarbeit sind wir Ihnen sehr dankbar.

[1] **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbaren Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

9.4. Fragebogen zur Zahnarztsuche

Lfd. Nr.:_____

Fragebogen zur Zahnarztsuche

Sehr geehrte Damen und Herren,
in diesem 1. Abschnitt des Fragebogens geht es darum, wie Sie zu Ihrem derzeitigen Zahnarzt gefunden haben. Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage diejenige Aussage an, die für Sie am besten zutrifft. Wenn bei einer Frage Mehrfachantworten möglich sind, werden Sie darauf hingewiesen. Bitte beantworten Sie die Fragen in der vorgesehenen Reihenfolge. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn durch einen Pfeil darauf hingewiesen wird. Ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Fragebogen nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

---

1. Haben Sie jemals Ihren Zahnarzt gewechselt?

☐ Ja
☐ Nein → Bitte weiter mit Frage **8.**

2. Ist es bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten vorgekommen, dass Sie einen neuen Zahnarzt gesucht haben?

☐ Ja
☐ Nein

3. Haben Sie bisher Qualitätsunterschiede zwischen den Zahnärzten wahrgenommen?

☐ Ja, es gibt sehr große Unterschiede.
☐ Ja, es gibt einige Unterschiede.
☐ Nein, es gibt keine wesentlichen Unterschiede.
☐ Nein, es gibt keine Unterschiede.
☐ Weiß nicht.

4. Was war der Grund für Ihre letzte Suche nach einem Zahnarzt?
Mehrfachnennungen sind möglich.

☐ Ich hatte akute Beschwerden / befand mich in einer Notsituation.
☐ Ich suchte einen Spezialisten.
☐ Ich wollte eine Zweitmeinung.
☐ Ich bin umgezogen.
☐ Ich suchte einen Zahnarzt, der näher an meinem Wohnort ist.
☐ Mein voriger Zahnarzt praktiziert nicht mehr (ist z.B. umgezogen/ verstorben/ in den Ruhestand gegangen, etc.).
☐ Ich suchte einen Zahnarzt für die ganze Familie.
☐ Ich suchte einen weiblichen Zahnarzt.
☐ Ich suchte einen männlichen Zahnarzt.
☐ Ich war unzufrieden mit dem vorigen Zahnarzt.
☐ Ich weiß den Grund nicht mehr.
☐ Sonstiger Grund: _____

1

5. Wenn Sie mit Ihrem letzten Zahnarzt unzufrieden waren, was waren Ihre Gründe? (Wenn nicht bitte weiter mit der nächsten Frage)
Mehrfachnennungen sind möglich.

- ☐ Die Wartezeiten in meiner vorigen Zahnarztpraxis waren mir zu lang.
- ☐ Die Organisation in meiner vorigen Zahnarztpraxis war schlecht.
- ☐ Das zahnmedizinische Personal in meiner vorigen Zahnarztpraxis war unfreundlich / grob.
- ☐ Die Preise in meiner vorigen Zahnarztpraxis waren zu hoch.
- ☐ Mein voriger Zahnarzt wirkte von kommerziellen Interessen geleitet.
- ☐ Ich hatte das Vertrauen in meinen vorigen Zahnarzt verloren.
- ☐ Mein voriger Zahnarzt wirkte desinteressiert.
- ☐ Mein voriger Zahnarzt behandelte mich zu grob.
- ☐ Mein voriger Zahnarzt wirkte gestresst.
- ☐ Ich fühlte mich von meinem vorigen Zahnarzt nicht ausreichend informiert.
- ☐ Ich war mit dem Behandlungsergebnis unzufrieden.

- ☐ Ich weiß den Grund nicht mehr.
- ☐ Sonstiger Grund: _____

6. Hat Ihr voriger Zahnarzt Ihrer Meinung nach einen (Behandlungs-)Fehler gemacht?

- ☐ Ja
- ☐ Nein → Bitte weiter mit Frage **8.**

7. Was war der (Behandlungs-)Fehler?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- ☐ Er hat eine falsche Diagnose gestellt oder eine Diagnose zu spät gestellt.
- ☐ Er hat Sie falsch oder zu spät behandelt.
- ☐ Er hat notwendige Untersuchungen oder Tests nicht gemacht oder nicht angefordert.
- ☐ Sonstiger Fehler: _____

8. Wie würden Sie die Wirkung von Werbung für Zahnärzte / Zahnarztpraxen auf Sie beschreiben?

- ☐ Werbung für Zahnärzte oder Zahnarztpraxen finde ich interessant.
- ☐ Werbung für Zahnärzte oder Zahnarztpraxen ist mir gleichgültig.
- ☐ Werbung für Zahnärzte oder Zahnarztpraxen finde ich eher abschreckend.
- ☐ Werbung für Zahnärzte oder Zahnarztpraxen habe ich noch nicht bewusst wahrgenommen.

9. Wie haben Sie von der Zahnarztpraxis erfahren, bei der Sie derzeit in Behandlung sind?
Mehrfachnennungen sind möglich.

Ich bin zufällig an die Praxis geraten und habe nicht aktiv gesucht.

☐ Ich habe die Praxis beim Vorbeigehen / Vorbeifahren gesehen.
☐ Ich war in dieser Praxis zum Notdienst.
☐ Ich wurde zu dieser Praxis überwiesen.
☐ Sonstiges:_____

Die Zahnarztpraxis wurde mir empfohlen...

☐ ...von meinem Ehe- oder Lebenspartner.
☐ ...von einem Familienmitglied.
☐ ...von einem engen Freund.
☐ ...von einer anderen Vertrauensperson.
☐ ...von einem Bekannten oder Kollegen.
☐ ...von (andere):_____

Ich habe im Internet recherchiert. Dazu habe ich folgende Suchmaschinen / Internetseiten besucht oder genutzt:

☐ Online-Branchenverzeichnisse (Gelbe Seiten, Qype o.Ä.)
☐ Internet-Suchmaschinen (Google, Bing o.Ä.)
☐ Soziale Netzwerke / Soziale Medien (Facebook, Twitter o.Ä.)
☐ Arzt-/ Zahnarztbewertungsportale
☐ Andere:_____

Ich bin durch Werbung auf die Praxis aufmerksam geworden. Welche Art von Werbung?

☐ Anzeigen und Beilagen in Druckmedien (Zeitungen, Anzeigeblätter, Telefon- und Adressverzeichnisse usw.)
☐ Werbeplakate oder andere öffentliche Werbung (z.B. an Bussen)
☐ Werbung im Internet (auch Angebote von Anbietern wie Groupon City-Deal)
☐ Andere:_____

Sonstige Antwortmöglichkeiten

☐ Ich habe die Adresse im Telefonbuch gefunden.
☐ Ich habe mich bei der Zahnärztekammer informiert.
☐ Sonstiges:_____

10. Haben Sie sich im Vorfeld über die Zahnarztpraxis informiert, in der Sie derzeit in Behandlung sind?

☐ Ja
☐ Nein → Bitte weiter mit Frage **12.**

11. Wie haben Sie sich informiert?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- ☐ Ich habe Personen, die in meiner Nachbarschaft leben oder gelebt haben, über die Praxis befragt.
- ☐ Ich habe Freunde oder Kollegen über die Praxis befragt.
- ☐ Ich habe Familienmitglieder über die Praxis befragt.
- ☐ Ich habe meinen vorigen Zahnarzt über die Praxis befragt.
- ☐ Ich habe die Praxis vorher besucht, um mir ein Bild zu machen.
- ☐ Ich habe mir die Praxishomepage im Internet angesehen.
- ☐ Ich habe anderweitig im Internet recherchiert.
- ☐ Sonstiges:_____

12. Haben Sie sich für Ihren jetzigen Zahnarzt entschieden, nachdem Sie mehrere Zahnarztpraxen miteinander verglichen haben?

- ☐ Ja → Bitte weiter mit Frage **14.**
- ☐ Nein

13. Waren Ihnen zu dem Zeitpunkt, als Sie Ihren jetzigen Zahnarzt ausgewählt haben, andere Zahnärzte bekannt?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

14. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Zahnarzt und seiner Praxis, bei dem Sie derzeit in Behandlung sind?

- ☐ Vollkommen zufrieden
- ☐ Sehr zufrieden
- ☐ Zufrieden
- ☐ Weniger zufrieden
- ☐ Unzufrieden

15. Welche Praxisform bevorzugen Sie?

- ☐ Einzelpraxis (ein Zahnarzt)
- ☐ Gemeinschaftspraxis (Praxis mit zwei oder mehr Zahnärzten unterschiedlicher Spezialisierungen)
- ☐ (Zahn-) medizinisches Versorgungszentrum (Zahnärzte und Ärzte verschiedener Fachrichtungen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde unter einem Dach (z.B. Kieferorthopäde, Kieferchirurg und HNO-Arzt)
- ☐ Universitäre zahnmedizinische Einrichtung (z.B. Zahnärztliche Poliklinik)
- ☐ Die Praxisform spielt keine Rolle.

Stellen Sie sich bitte für diesen 2. Abschnitt des Fragebogens vor, Sie wären heute in der Situation, dass Sie sich einen neuen Zahnarzt suchen müssten. Wir möchten gerne von Ihnen wissen, welche Aspekte und Informationen für Sie dabei von Bedeutung sind. Bitte kreuzen Sie auch hier wieder diejenige Aussage an, die auf Sie am besten zutrifft.
Die Antwortmöglichkeiten der Fragen **17.** *und* **18.** *sind in Form einer Skala dargestellt: Wenn der Sachverhalt für Sie keine Rolle spielt, also gar nicht entscheidend ist, machen Sie Ihr Kreuz in das Kästchen ganz rechts. Wenn er für Sie sehr wichtig, also entscheidend ist, machen Sie ihr Kreuz in das Kästchen ganz links. Mit den Kästchen dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.*

---

16. Wie sind Ihrer Meinung nach die Möglichkeiten, wenn man sich über die fachliche Qualität eines Zahnarztes informieren möchte (Behandlungserfolge, Spezialisierungen, Weiterbildungsmaßnahmen): Die Möglichkeiten sind da...

- ☐ ...sehr umfassend.
- ☐ ...ausreichend.
- ☐ ...nicht ganz ausreichend.
- ☐ ...völlig unzureichend.

17. Wenn Sie sich über einen neuen Zahnarzt informieren, wie entscheidend sind dann die folgenden Faktoren bei der Zahnarztwahl für Sie?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.

	Sehr entscheidend					Gar nicht entscheidend
Alter des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Geschlecht des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Herkunft / Nationalität des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fremdsprachenkenntnisse des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Foto des Zahnarztes (z.B. auf der Praxishomepage)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gesellschaftliche Faktoren (Status / Ansehen) des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Berufserfahrung des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Nachweise über Weiter- und Fortbildungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zusatzqualifikationen (z.B. Spezialisierung, Master, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Doktortitel des Zahnarztes	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Wie entscheidend sind für Sie die folgenden Aspekte bei der Zahnarztwahl?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.

	Sehr entscheidend					Gar nicht entscheidend
Der Zahnarzt sollte sehr einfühlsam sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Zahnarzt sollte notwendige Behandlungsmaßnahmen vor bzw. während der Behandlung ausführlich und verständlich erklären.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Zahnarzt sollte auf meine Fragen eingehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Zahnarzt sollte auch preisgünstige Therapiealternativen / preisgünstigen Zahnersatz anbieten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich sollte mich in der Praxis wohlfühlen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Zahnarzt sollte überwiegend positive Bewertungen von anderen Patienten erhalten haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Sprechzeiten sollten passend sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Es sollte möglich sein, Termine an einem Tag und zu einer Zeit zu bekommen, wie ich sie mir wünsche.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bei Beschwerden sollten kurzfristige Termine möglich sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Zahnarzt sollte zu Haus- oder Altenheimbesuchen bereit sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Empfangsmitarbeiter sollten freundlich und hilfsbereit sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis sollte ein umfangreiches Prophylaxeangebot haben (Professionelle Zahnreinigung etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis sollte sich durch einen guten Umgang mit Kindern auszeichnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis sollte auch alternative Behandlungsmethoden anbieten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Zahnarzt sollte gut mit anderen Fachärzten zusammenarbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Der Internetauftritt sollte professionell und informativ sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis sollte mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis sollte in der Nähe meines Wohnortes liegen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ausreichende Parkmöglichkeiten sollten vorhanden sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxis sollte barrierefrei sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die technische Ausstattung sollte modern und auf dem neusten Stand sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die Praxiseinrichtung sollte ansprechend und komfortabel sein.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. Welche Informationen finden Sie persönlich hilfreich, um sich besser über einen Zahnarzt zu informieren?
Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.

	Überaus hilfreich	Ein wenig hilfreich	Nicht so hilfreich
Ein Zahnarztverzeichnis mit Informationen zu Tätigkeitsschwerpunkten und Spezialisierungen (z.B. Dr. med. dent. Mustermann, Spezialgebiete: Endodontie und Parodontologie).	☐	☐	☐
Informationen von Zahnärzten selbst über Ihre Tätigkeitsschwerpunkte (z.B. in Praxisprospekten, Zeitungen, den Gelben Seiten).	☐	☐	☐
Ein sogenannter Zahnärzte-TÜV, der nach einer Qualitätsprüfung für eine begrenzte Zeit vergeben wird.	☐	☐	☐
Eine öffentlich zugängliche Kartei oder Datenbank, in der Patienten ihr Urteil über einen Zahnarzt oder eine Zahnarztpraxis abgeben.	☐	☐	☐
Eine öffentlich zugängliche Kartei oder Datenbank, in der von Ärzteverbänden oder Krankenkassen Behandlungsfehler oder Auffälligkeiten eingetragen werden.	☐	☐	☐

20. Wer ist Ihrer Meinung nach am ehesten geeignet, Versicherte und Patienten objektiv über die Qualität von Zahnärzten zu informieren?

- ☐ Krankenkassen
- ☐ Verbraucherschutz-Einrichtungen (z.B. Verbraucherzentrale, Stiftung Warentest)
- ☐ Zahnarztverbände (z.B. Kassenzahnärztliche Vereinigung, Zahnärztekammer)
- ☐ Staatliche Einrichtungen (z.B. Gesundheitsbehörden, Gesundheitsamt)
- ☐ Gemeinnützige Organisationen (z.B. Rotes Kreuz)
- ☐ Universitäten, wissenschaftliche Einrichtungen
- ☐ Selbsthilfegruppen
- ☐ Patientenberatungsstellen
- ☐ Ich bin dagegen, dass solche Auskünfte überhaupt erteilt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, aus statistischen Gründen benötigen wir im 3. Abschnitt des Fragebogens einige Informationen zu Ihrer Person. So können wir z.B. beurteilen, ob es für Frauen und Männer unterschiedliche Kriterien bei der Zahnarztsuche gibt.

---

21. In welchem Jahr sind Sie geboren?
Bitte tragen Sie Ihr Geburtsjahr in Blockschrift in die Kästchen ein.

☐☐☐☐

22. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich

23. Was ist Ihre Muttersprache?
Mehrfachnennungen sind möglich.

- ☐ Deutsch
- ☐ Russisch
- ☐ Polnisch
- ☐ Englisch
- ☐ Türkisch
- ☐ Andere

24. Wie ist Ihr Familienstand?

- ☐ Alleinstehend
- ☐ Verheiratet
- ☐ In fester Partnerschaft
- ☐ Getrennt lebend
- ☐ Geschieden
- ☐ Verwitwet

25. Wie viele Menschen leben in Ihrem Haushalt? (Ihre Person mit eingerechnet)

☐☐ Person/en

26. Welches ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?

- ☐ Ohne Schulabschluss
- ☐ Haupt- / Realschulabschluss
- ☐ Fachgebundene Hochschulreife / Fachhochschulreife / Abitur
- ☐ Berufsschule / Berufsausbildung
- ☐ Fachhochschul- / Universitätsabschluss

27. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus?

- ☐ Vollzeit
- ☐ Teilzeit
- ☐ Im Haushalt
- ☐ Student
- ☐ Arbeitsuchend
- ☐ Im Ruhestand

28. Wie hoch ist Ihr monatliches Haushaltseinkommen (netto, inkl. Sozialleistungen und Kindergeld)?

- ☐ Weniger als 900 €
- ☐ Zwischen 900 € und 1499 €
- ☐ Zwischen 1500 € und 2600 €
- ☐ Mehr als 2600 €

29. Was war der Grund für Ihren letzten Besuch beim Zahnarzt?

- ☐ Akute Beschwerden
- ☐ Kontrolle / Vorsorge
- ☐ Sonstiger Grund: _____

30. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt?

- ☐ Häufiger als 4 mal
- ☐ 3 bis 4 mal
- ☐ 1 bis 2 mal
- ☐ Gar nicht

31. Wie sind Sie krankenversichert?

- ☐ Ohne Versicherung / Selbstzahler
- ☐ Gesetzlich versichert
- ☐ Gesetzlich versichert mit Zusatzversicherung
- ☐ Privat versichert / Beihilfe

32. Ist aus ihrer Sicht ein Aspekt zu kurz gekommen? Hier ist Platz für persönliche Anmerkungen und Kritik:

_____

_____

_____

Der Fragebogen endet hier. Bitte falten Sie den Fragebogen einmal in der Mitte und legen ihn in den Umschlag zurück. Nachdem Sie den Umschlag verschlossen haben, geben Sie ihn bitte ab.
Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben. Durch Ihre Teilnahme sind Sie für uns eine wertvolle Unterstützung!

10. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mir die Erstellung meiner Dissertation ermöglicht haben.

Einen herzlichen Dank meinem Doktorvater Prof. Dr. med. dent Guido Heydecke für die Überlassung des Themas und ihre kontinuierliche, motivierende fachliche Betreuung bei der Erstellung der Arbeit. Herrn Dr. med. dent. Daniel R. Reißmann danke ich für seine freundliche Beratung und Unterstützung bei der Datenanalyse. Ich danke ebenfalls Herrn Gerhard Schön, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie der Universität Hamburg, für die statistische Beratung. Frau Claudia Godau danke ich für die Starthilfe ganz zu Beginn der Arbeit, Frau Martina Buchmann für die Unterstützung bei der qualitativen Inhaltsanalyse und Frau Dr. med. dent Ghazal Aarabi für die Betreuung rund um das Fokusgruppeninterview.

Ebenso danken möchte ich den vielen freundlichen Helfern im UKE, Hartmut Wriedt aus dem Rechenzentrum der Universität Hamburg und den Mitarbeitern in den Zahnarztpraxen für das Verteilen der Fragebögen, insbesondere meinen Kollegen und Freunden Sandra, Laura, Tim und Christiane, die mich dabei unterstützt haben. Natürlich danke ich ebenfalls allen, die bei der Befragung teilgenommen haben.

Meinen Eltern, Geschwistern und Freunden danke ich dafür, dass sie stets an mich glauben und mir zur Seite stehen.

Meinem Verlobten Daniel gilt mein besonderer Dank, für die unentbehrliche Unterstützung während der ganzen Zeit, sei es beim Layout des Fragebogens oder den grafischen Darstellungen. Vor allem für die stetige Motivation und die Geduld.

11. Lebenslauf

Persönliche Angaben

Name	Gunda Mardink
Geburtsdatum	05. September 1985
Geburtsort	Nordhorn
Staatsangehörigkeit	deutsch

Schulausbildung

1992 - 1996	Grundschule Lehe
1996 - 1998	Orientierungsstufe Dörpen
1998 – 2006	Gymnasium Papenburg
2006	Allgemeine Hochschulreife

Studium

2007 – 2012	Universität Hamburg, Studium der Zahnmedizin
2008	Naturwissenschaftliche Vorprüfung
2010	Zahnärztliche Vorprüfung
2012	Zahnärztliche Prüfung (Staatsexamen)
2013	Approbation als Zahnärztin

Berufstätigkeit

2013-2015	Vorbereitungssassistentin in einer Zahnarztpraxis
seit 2015	Angestellte Zahnärztin in einer Zahnarztpraxis

12. Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.
Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: .....