



Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management

Studiengang Gesundheitswissenschaften

KÖNNEN AUS PATIENT*INNENBEWERTUNGEN AUF JAMEDA VALIDIERUNGS- UND INVALIDIERUNGSFAKTOREN IN DER ÄRZT*IN-PATIENT*IN-BEZIEHUNG ABGELEITET WERDEN UND BESTEHT EIN ZUSAMMENHANG MIT DEM VERTRAUENSVERHÄLTNIS?

Bachelorarbeit

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Weda Thordis Rocher

Betreuer*in: Prof. Dr. Melanie Jagla-Franke

Zweitbetreuer*in: Dr. phil. Seraina Petra Lerch, M. Sc. Psych.

Tag der Einreichung: 28.05.2025

URN: urs:nbn:de:gbv:519-thesis2025-0385-7

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, aus qualitativen sowie quantitativen Online-Patient*innenbewertungen die Versprachlichung von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren im medizinischen Kontext zu identifizieren. Es soll untersucht werden, ob das äußern solcher Erfahrungen mit dem Vertrauensverhältnis verbunden ist. Zudem sollen Auswirkungen auf die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung abgeleitet werden. Dazu wird die folgende Forschungsfrage gestellt: Können aus Patient*innenbewertungen auf Jameda Validierungs- und Invalidierungsfaktoren in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung abgeleitet werden und besteht ein Zusammenhang mit dem Vertrauensverhältnis?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden quantitative Daten zusammen mit qualitativen Freitextelementen mithilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes analysiert. Die Untersuchung zeigt, dass Patient*innen validierendes Verhalten von Ärzt*innen mit einem höheren Vertrauen verbinden. Patient*innen, die invalidierendes Verhalten von Ärzt*innen erfahren, haben ein erheblich vermindertes Vertrauen.

Dies zeigt, dass die ärztliche Kommunikation ein zentraler Einflussfaktor auf das wahrgenommene Vertrauensverhältnis der Patient*innen ist. Daher sollten weiterführende Untersuchungen angestellt werden, um die Qualität der medizinischen Versorgung und dadurch gleichzeitig die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung zu verbessern.

Abstract

The aim of this study is to identify the verbalisation of validation and invalidation factors in the medical context from qualitative and quantitative online patient evaluations. The aim is to investigate whether the expression of such experiences is associated with the relationship of trust. In addition, effects on the doctor-patient relationship are to be derived. The following research question is posed: Can validation and invalidation factors in the doctor-patient relationship be derived from patient reviews on Jameda and is there a connection with the relationship of trust?

To answer the research question, quantitative data is analysed together with qualitative free-text elements using a mixed methods approach.

The study shows that patients associate validating behaviour by doctors with a higher level of trust. Patients who experience invalidating behaviour from doctors have significantly lower levels of trust.

This shows that doctors' communication is a key factor influencing patients' perceived trust. Further research should therefore be carried out to improve the quality of medical care and, at the same time, the doctor-patient relationship in the healthcare system.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Zielsetzung der Arbeit	5
1.2 Hypothesen	6
2. Theoretischer Hintergrund	7
2.1 Ärzt*in-Patient*in-Beziehung	7
2.1.1 Definition und Bedeutung	7
2.1.2 Vertrauen in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung	10
2.2. Validierung und Invalidierung	11
2.2.1 Definitionen und Konzepte	11
2.2.2 Validierung und Invalidierung in der Kommunikation	14
2.2.3 Auswirkungen von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren auf das Vertrauen	17
2.3 Bewertungsportale und deren Rolle im Gesundheitswesen	18
2.4 Überblick über den Landkreis Vorpommern-Greifswald – Demografische und gesundheitliche Besonderheiten	19
3. Methodik	21
3.1 Forschungsdesign	21
3.2 Datenerhebung und -methoden	22
3.2.1 Auswahl der Patient*innenbewertungen und Ärztinnen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	22
3.2.2 Extrahierung der Patient*innenbewertungen von Jameda	23
3.2.3 Weiterverarbeitung der quantitativen und qualitativen Daten in SPSS und MAXQDA	24
3.3 Operationalisierung der Variablen	24
3.3.1 Validierungs- und Invalidierungsfaktoren in den Bewertungen	24
3.4 Statistische Analysen	25
4. Ergebnisse	26
4.1. Deskriptive Ergebnisse	26
4.2 Inferenzstatistische Ergebnisse	28
4.3 Ableitung von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren in den Online-Bewertungen	31
5. Fazit und Diskussion	36
5.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse	36
5.2 Implikationen für die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung	37
5.3 Einschränkungen der Studie	38
5.4 Implikationen für die Forschung und Praxis	38



5.5 Fazit.....	39
6. Quellenverzeichnis.....	40
7. Anhang	45

1. Einleitung

In der heutigen Gesellschaft nimmt die Gesundheit einen immer bedeutenderen Stellenwert ein. Als eines der höchsten menschlichen Güter definiert die WHO „Gesundheit [...] [als den] Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. [Dabei] ist das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus [...] eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [...], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (Franzkowiak und Hurrelmann 2022). Jeder Einzelne hat somit ein grundlegendes Interesse daran, dass es ein funktionsfähiges Gesundheitssystem gibt, die Versorgung qualitativ hochwertig bereitsteht und ein gewisser Gesundheitsstandard in der Gesellschaft erzielt wird. Ein zentrales Element dabei ist die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, die maßgeblich zum Erfolg der Behandlung beiträgt (vgl. Grünberg 2013: 13).

Untersuchungen zeigen, dass mangelnde Empathie, Missverständnisse oder unprofessionelle Ausdrucksweisen zu Unsicherheiten und Unzufriedenheiten auf Seiten der Patient*innen führen können. Im schlimmsten Fall auch zu folgeschweren Behandlungsfehlern (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021:3).

Die Familientherapeutin Virginia Satir beschrieb bereits in den 1990er Jahren vier negative Kommunikationsmuster: Trösten und Beschwichtigen, Drohen und Anklagen, Rationalisieren sowie Ablenken. Das Trösten oder Beschwichtigen eines Patienten oder einer Patientin kann oftmals unprofessionell wirken, da dabei das eigentliche Anliegen der Behandlung, eine schnelle Problemlösung zu finden, in den Hintergrund rückt. Patient*innen könnten dadurch das Gefühl bekommen, abgewertet oder nicht ernst genommen zu werden. Drohungen oder Anklagen seitens der Ärzt*innen können bei Patient*innen Abwehrreaktionen oder einen Rückzug hervorrufen. Zudem wird dadurch die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung negativ beeinflusst. Durch Rationalisierungen in der Kommunikation wehren Ärzt*innen gewisse Gefühle ab, sodass Emotionen von Patient*innen

zurückgewiesen oder nicht wahrgenommen werden. Sind Ärzt*innen während der Behandlung abgelenkt, kann dies ebenfalls Problemlösungen verhindern und bei Patient*innen das Gefühl auslösen, nicht ernst genommen zu werden (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021: 7).

Das Gefühl, des Nicht-ernst-genommen-Werdens, lässt sich durch den Begriff der „Invalidierung“ erklären. Umgekehrt beschreibt der Begriff der „Validierung“, dass Patient*innen sich verstanden und ernst genommen fühlen. Neben diesen spezifischen Begriffen, gibt es noch weitere, die Validierungs- und Invalidierungserfahrungen im Kontext einer medizinischen Behandlung beschreiben. Allerdings stammen diese Begrifflichkeiten aus englischsprachigen Studien, wodurch unklar ist, wie Patient*innen in Deutschland entsprechende Erfahrungen formulieren (vgl. Bontempo 2022: 2108-2110).

Bewertungsportale im Gesundheitswesen ermöglichen es Patient*innen, eine offene Plattform zur Verfügung zu stellen, auf der sie ihre Erfahrungen mit Ärzt*innen teilen und sich vor ihrem Besuch umfassend informieren können. Allgemein gilt, dass Erfahrungsberichte die Qualität der Ärzt*innen widerspiegeln und einen tieferen Einblick in das Verhalten dieser ermöglichen. Negative Bewertungen können dabei helfen, potentiell schlechte Erfahrungen zu vermeiden, indem Ärzt*innen mit wiederholt schlechter Einschätzung von Patient*innen als Leistungserbringer*in ausgeschlossen werden (vgl. Lay 2024).

1.1 Zielsetzung der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, aus qualitativen sowie quantitativen Patient*innenbewertungen die Versprachlichung von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren im medizinischen Kontext näher zu beleuchten. Ferner soll untersucht werden, ob das äußern, solcher Erfahrungen mit dem wahrgenommenen Vertrauensverhältnis korreliert und Auswirkungen auf die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung hat. Als Datengrundlage dient dabei die Online-Bewertungsplattform Jameda.

Im Rahmen dieser Untersuchung soll die übergeordnete Forschungsfrage:

*„Können aus Patient*innenbewertungen auf Jameda Validierungs- und Invalidierungsfaktoren in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung abgeleitet werden und besteht ein Zusammenhang mit dem Vertrauensverhältnis?“*

beantwortet werden.

1.2 Hypothesen

Basierend auf den bisherigen Erkenntnissen und der Forschungsfrage dieser Arbeit ergeben sich folgende Hypothesen:

- Hypothese 1: Die wahrgenommene Validierung durch Ärztinnen korreliert positiv mit dem von Patient*innen empfundenen Vertrauensverhältnis während der Behandlung.
- Hypothese 2: Die wahrgenommene Invalidierung durch Ärzt*innen korreliert negativ mit dem von Patient*innen empfundenen Vertrauensverhältnis während der Behandlung.

Es wird angenommen, dass sich mittels qualitativer Inhaltsanalyse verschiedene Aspekte von Validierung und Invalidierung identifizieren lassen. Einige dieser Aspekte lassen sich aus bereits bestehender Literatur ableiten. Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass im Rahmen der Analyse deutschsprachiger Bewertungen, zusätzliche bislang nicht beschriebene Begrifflichkeiten ermittelt werden. Diese können möglicherweise mit ähnlichen englischsprachigen Studien verglichen und in Beziehung gesetzt werden.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Ärzt*in-Patient*in-Beziehung

2.1.1 Definition und Bedeutung

Maßgeblich für die Zufriedenheit der Patienten, der Adhärenz und des Behandlungserfolges ist die Qualität der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. Die Qualität der Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen wird im Kern durch das Verständnis dessen, was Patient*innen erfahren und das Vertrauen, das sich daraus entwickeln kann, geprägt und bildet somit die Grundlage jeder medizinischen Konsultation (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 50). Im Wesentlichen ist „[u]nter der Arzt-Patient-Beziehung die soziale Interaktion [...] zwischen einem Arzt und dem Patienten, der sich vom Arzt beraten oder behandeln lässt“ (Antwerpes et al. 2016) zu verstehen. Zudem wird die Beziehung zwischen Ärztinnen und Patient*innen auch als „[...] die kleinste Interaktionsform innerhalb des Gesundheitswesens“ (Lexikon der Psychologie 1980) beschrieben. Dabei ist besonders die bestehende Asymmetrie zwischen Ärzt*innen und Patient*innen, resultierend aus grundlegenden Informations- und Kompetenzunterschieden, hervorzuheben. Die schnelle Weiterentwicklung der Medizin, angesichts neuer Forschungserkenntnisse und Gesundheitsreformen, verstärkt die Asymmetrie. Neue Informationsquellen, beispielsweise das Internet, sowie ein hohes Bildungsniveau der Patient*innen tragen dazu bei, die Asymmetrien in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung zu verringern (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 52). Insbesondere vor diesem Hintergrund nehmen Ärzt*innen als Pädagog*innen und Begleiter*innen bei Entscheidungen zu Prävention und Therapie wieder zunehmend eine bedeutende Rolle ein. Dadurch wird die begleitende Funktion von Ärzt*innen wieder mehr verstärkt hervorgehoben (vgl. Krones und Richter 2008). Damit Ärzt*innen ihrer begleitenden Funktion gerecht werden können, müssen drei fundamentale Grundvoraussetzungen nach Rogers erfüllt werden: Empathie, Kongruenz und bedingungslose Wertschätzung. Als Empathie wird das Einfühlungsvermögen der Ärzt*innen beschrieben, mit dessen Hilfe sie sich in die Beschwerden und

Anliegen der Patient*innen hineinversetzen können, so als wären es ihre eigenen. Patient*innen wird dies vor allem durch aufmerksames Zuhören signalisiert, das echtes Interesse vermittelt. Unter Kongruenz ist die Echtheit der Ärzt*innen zu verstehen, was bedeutet, in Gesprächen eine Form professionellen Verhaltens zu finden, die im Einklang mit der eigenen Persönlichkeit steht. Durch dieses Verhalten wird den Patient*innen mehr Authentizität zum Ausdruck gebracht. Durch bedingungslose Wertschätzung signalisieren Ärzt*innen ihren Patient*innen, dass diese auch dann ernst genommen werden, wenn sie den eigenen Ansprüchen sowie denen anderer nicht gerecht werden. Dafür müssen Ärzt*innen das Verhalten sowie die Meinungen ihrer Patient*innen lediglich annehmen und respektieren (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 50-51).

Aus der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung lassen sich drei unterschiedliche Modelle ableiten: das paternalistische Modell, das Dienstleistungs- und Konsumentenmodell sowie das partnerschaftliche Modell. Alle drei Modelle beschreiben verschiedene Ausprägungen und Bedürfnisse in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. Das paternalistische Modell war früher weit verbreitet und beruht stark auf dem hippokratischen Denken. Patient*innen geben ihre Verantwortung vollständig an ihre behandelnden Ärzt*innen ab und nehmen dadurch eine passive Rolle ein. Demzufolge werden Patient*innen als unmündig erachtet, wodurch Ärzt*innen als medizinische Expert*innen dazu befähigt sind, über ihre Patient*innen hinweg zu entscheiden. Die Behandlung ist dadurch einseitig und geht nicht über die gesetzlichen Anforderungen hinaus. Von Vorteil ist diese Herangehensweise bei eindeutigen Diagnosen, da in kurzer Zeit mit der Behandlung begonnen werden kann. Dafür müssen Patient*innen jedoch großes Vertrauen gegenüber ihren Ärzt*innen aufbringen. Das Fokussieren auf die Hauptsymptomatik kann sich nachteilig auf die Behandlungserfolge auswirken. Oftmals werden für die Behandlung relevante Informationen übersehen, wodurch meist schlechtere Behandlungsergebnisse erzielt werden. Zusätzlich wirkt sich dies störend auf den Beziehungsaufbau zwischen Ärzt*innen und Patient*innen aus, wenn diese nicht als ganzheitliche Menschen, sondern ausschließlich als kranker Körper wahrgenommen werden (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 52).

Im Dienstleistungs- oder Konsumentenmodell werden Ärzt*innen und Patient*innen andere Rollen zugeschrieben. Ärzt*innen fungieren als Dienstleister*innen und Patient*innen sollen als Kund*innen angesehen werden. Dadurch bleiben Ärzt*innen ausschließlich Informant*innen und Patient*innen entscheiden selbstbestimmt, wodurch auch hier die Behandlung eher einseitig ist und nicht über die für die Entscheidung relevanten Informationen hinausgeht. Im Mittelpunkt der Konsultation steht daher die Zufriedenheit der Patient*innen. Das Modell befähigt Patient*innen, über Inhalte zu sprechen, die über ihre Erkrankungen hinausgehen. Folglich können medizinische Empfehlungen oft besser umgesetzt werden. Menschen mit einem starken Autonomiebedürfnis sind meist zufriedener mit der Behandlung, wodurch die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung gestärkt wird. Jedoch besteht die Gefahr, dass Behandlungen durchgeführt werden, die medizinisch nicht indiziert sind oder dass Patient*innen gegen ihren Willen mit medizinisch notwendigen Behandlungen konfrontiert werden müssen. Dies kann zu einem häufigen Wechsel der Ärzt*innen führen und die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen nachhaltig schädigen (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 53-54). Das partnerschaftliche Modell gilt in der Theorie als Ideal und ist häufig auch unter dem Begriff „Shared-Decision-Making-Modell“ bekannt. Ärzt*innen und Patient*innen agieren gemeinsam und befinden sich in einem fortwährenden Aushandlungsprozess. Patient*innen werden als mündige Individuen mit einer hohen Eigenverantwortung angesehen. Ärzt*innen werden als Expert*innen betrachtet, die ihre Patient*innen durch gezielte Aufklärung in die Lage versetzen sollen, eine fundierte Entscheidung zu treffen. Folglich übernehmen Patient*innen Verantwortung und sind in der Lage, medizinische Handlungsanweisungen besser umsetzen. Dies führt zu einer Entlastung der Ärzt*innen, während sich Behandlungszeiträume aufgrund des hohen Maßes an Vertrauen verkürzen. Auch die Beziehung zwischen Ärzt*innen und Patient*innen wird langfristig gestärkt. Allerdings stellt die angemessene Aufklärung der Patient*innen eine komplexe Aufgabe dar, welche viel Zeit in Anspruch nimmt und im schlimmsten Fall zu einem unvergüteten Mehraufwand führen kann (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 53-54).

Die Entscheidung darüber, welche Anteile der beschriebenen Modelle im Patient*innenkontakt zur Anwendung kommen, obliegt allein den Ärzt*innen. Dennoch hat sich die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung im Zuge eines gesellschaftlichen Wandels in den letzten Jahrzehnten von einer patriarchalischen zu einer partnerschaftlichen Form entwickelt. Menschen, die Erkrankt sind, wünschen sich umfassende Informationen über die Ursachen ihrer Erkrankung und deren Behandlung. Sie möchten eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess einnehmen (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 54-55). Das partnerschaftliche Modell stellt hohe Anforderungen an die Ärzt*innen, indem es eine hohe Flexibilität und die Fähigkeit zum Zuhören voraussetzt. Gleichwohl zahlt sich die Entscheidung für den schwierigeren Weg, den Patient*innen flexibel zu begegnen, langfristig durch zufriedene Patient*innen und eine gesteigerte Arbeitszufriedenheit aus (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 54-55).

2.1.2 Vertrauen in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung

Kernelement der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung ist das Vertrauen, das Patient*innen ihren Ärzt*innen entgegenbringen (vgl. Nürnberg und Meier 2021: 90-91, zitiert nach Glattacker et al. 2007: 141). Definiert wird der Begriff Vertrauen als „[...] eine spezifische Beziehungsqualität zwischen einem Vertrauensgeber und einem Vertrauensobjekt [...]“ (Wirtz 2021). Grundsätzlich „entsteht [...] dieses Vertrauen durch glaubwürdige und verlässliche Aussagen und Handlungen eines Arztes, die ebenso eine zukunftsorientierte Bewertung der Beziehung negativ oder positiv beeinflussen können“ (Nürnberg und Meier 2021: 90, zitiert nach Anderson und Dedrick 1990: 1091). Zudem ist bekannt, dass verschiedene demografische Merkmale einen Einfluss auf zwischenmenschliche Aspekte der Konsultation und dem Vertrauen haben (vgl. Croker et al. 2013: 2).

Erst dann, wenn eine Person krank wird und medizinische Hilfe in Anspruch nimmt, wird sie zu einer Patientin oder einem Patienten. Die erkrankte Person befindet sich in einem Zustand, in dem sie den Ärzt*innen in gewissem Maße

blind vertrauen muss. Die erkrankte Person hat, abgesehen von der Wahl des Arztes oder der Ärztin, nur eingeschränkt Entscheidungsfreiheit. Obwohl Patient*innen sich von bevorzugten Ärzt*innen behandeln lassen können, haben sie nicht den vollständigen Einfluss darauf, ob sie überhaupt medizinische Hilfe in Anspruch nehmen möchten. Patient*innen die medizinische Dienstleistungen beanspruchen, begeben sich aufgrund der Leistungsunsicherheit in große Abhängigkeit. Patient*innen sind gezwungen, darauf zu vertrauen, dass Ärzt*innen ausschließlich zu ihrem Besten handeln (vgl. Nürnberg und Meier 2021: 90). Wie viel Vertrauen Patient*innen entwickeln, wird im Wesentlichen durch das Verhalten der Ärzt*innen bestimmt (vgl. Nürnberg und Meier 2021: 90, zitiert nach Schwegler und Alon 2015: 155). Wie schon zuvor im Abschnitt 2.1.1 beschrieben, sind Empathie, Kongruenz und bedingungslose Wertschätzung der Schlüssel für eine funktionierende Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. Wenn Patient*innen mehr Vertrauen gegenüber ihren Ansprechpartner*innen aufbauen, verbessert sich die Kommunikation. Oftmals fallen Gespräche über persönliche oder intime Angelegenheiten dadurch leichter (vgl. Nürnberg und Meier 2021: 90). Eine starke Vertrauensbeziehung kann sich zudem entlastend auf die Patient*innen auswirken, indem emotionale und geistige Unsicherheiten reduziert werden (vgl. Nürnberg und Meier 2021: 91, zitiert nach Anfang und Urban 1994: 19). Vertrauen erhöht zugleich die Annahmebereitschaft der Patient*innen, wodurch therapeutische Ansätze leichter in die Behandlung implementiert werden können. Indem durch Vertrauen Ängste reduziert und das Wohlbefinden der Patient*innen gesteigert werden, wird gleichzeitig zur Heilung beigetragen (vgl. Nürnberg und Meier 2021: 91, zitiert nach Buchanan 2000: 189-212; Thom und Campbell 1997: 169-176).

2.2. Validierung und Invalidierung

2.2.1 Definitionen und Konzepte

Das Vermitteln von Verständnis während einer Konsultation trägt maßgeblich dazu bei, eine erfolgreiche Versorgung für Patient*innen zu garantieren. Das Konzept der Validierung spielt hierbei eine zentrale Rolle. Nach Greville-Harris et

al. (2015: 51) ist „Validierung [...] eine therapeutische Strategie, mit der Akzeptanz und Verständnis für die Gedanken, Gefühle, Handlungen, Wünsche oder Erfahrungen eines anderen vermittelt wird“. Ziel ist es, Patient*innen das Gefühl zu geben, mit ihrem Erleben ernst genommen zu werden, wodurch das Vertrauen gestärkt und emotionale Entlastung ermöglicht wird. Es ist erwiesen, dass Validierung ein starker Prädiktor für die Bindung der Patient*innen sowie für die Zufriedenheit mit der Behandlung und ihr Engagement ist. Zudem werden Patient*innen durch Validierung bestärkt, auch zukünftig Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Wasson Simpson et al. 2021: 477). Das Grundkonzept der therapeutischen Validierung wurde in den 1990er Jahren durch die Psychologin Marsha Linehan im Bereich der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) geprägt. Linehan beschreibt das „Validierungsstrategien erfordern, dass der Therapeut die ihren Reaktionen auf Geschehnisse innenwohnende Validität sucht, erkennt und der Patientin reflektiert“ (Glaserapp 2013: 95, zitiert nach Linehan 1996: 164). Es ist möglich, Validierungsstrategien zu lehren und zu lernen. Sie sind Ausdruck der aktiven Bemühungen der Behandelnden, die Reaktionen der Patient*innen in ihrer Bedeutung zu erfassen und mitzuteilen (vgl. Glaserapp 2013: 95). Aus dem Konzept der Dialektisch-Behavioralen Therapie gehen sechs aufeinander folgende Ebenen nach Glaserapp (2013: 95) hervor:

- „V1 – aktives Zuhören, interessiert sein
- V2 – genaues Wiedergeben
- V3 – genaues Wiedergeben nicht ausgedrückter Emotionen
- V4 – das Erleben der Patient*innen in den biografischen Kontext einordnen
- V5 – das Erleben der Patient*innen in einen normativen Kontext einordnen
- V6 – radikale Echtheit [...].“

Ein validierender Umgang mit Patient*innen setzt daher nicht nur die oben beschriebenen Strategien voraus, sondern erfordert auch eine achtsame sowie selbstreflektierte Persönlichkeit der Behandelnden (vgl. Glaserapp 2013: 95-96).

Als ein biosoziales Konstrukt der klinischen Psychologie wird der Begriff der „Invalidierung“ allgemein genutzt, um die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu beschreiben (vgl. Bontempo et al. 2025: 400, zitiert nach Linehan 1993). Im Hinblick auf das Gesundheitssystem gibt es nur wenige Versuche, den Begriff der Invalidierung zu konzeptualisieren. Oftmals werden Invalidierungserfahrungen von Patient*innen als „mangelndes Verständnis“ seitens der Ärzt*innen zusammenfassend formuliert. Mit Hilfe von standardisierten Interviews charakterisierten Kool et al. Erfahrungen von Fibromyalgie-Patient*innen. Sie beschrieben diese als „eine Konstellation von Merkmalen, die die Nichtakzeptanz durch andere Missverständnisse, Unglauben, Ablehnung, Stigmatisierung und den Verdacht, dass das Problem übertrieben oder psychologisch ist [...]“ beinhaltet (Bontempo 2024: 249, zitiert nach Kool et al 2009: 1650). Ausgehend davon lässt sich Invalidierung „als die Wahrnehmung kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Reaktionen anderer, die in Bezug auf den Zustand des Patienten als leugnend, belehrend, überbeschützend, nicht unterstützend und nicht anerkennend wahrgenommen werden [...]“ bezeichnet (Bontempo 2024: 249, zitiert nach Kool et al. 2010: 1990). Neue Erkenntnisse zeigen, dass die Definition von Kool et al. Lücken aufweist und dem heutigen Verständnis von Invalidierung nicht mehr vollständig gerecht wird. Nach Bontempo steht „[i]m Kern der Invalidierung [...] der Prozess, durch den etwas als nicht auf Tatsachen, Wahrheit oder Gesetzen – also nicht auf der Realität beruhend – behandelt wird“ (Bontempo 2024: 249). Um die zuvor aufgetretenen Schwierigkeiten bezüglich der Konzeptualisierung von Invalidierung zu beheben, nutzt Bontempo zwei Konzepte, die dazu dienen, Invalidierung als ein Konstrukt zu verstehen, das „die Ablehnung der Überzeugungen von [...] [Patient*innen] über ihre Symptome widerspiegelt“ (Bontempo 2024: 250). Zusammenfassend kann auch von „Symptominvalidierung“ gesprochen werden. Das Konzept der „invalidierenden Umgebungen“ wird durch zwei Hauptmerkmale charakterisiert. Zum einen wird Patient*innen das Gefühl vermittelt, dass ihre Wahrnehmung, ihr Erleben oder ihre Deutung ihrer eigenen Erfahrungen nicht stimmen oder ungültig sind. Zum anderen werden diese Erfahrungen und Gefühle als negative oder gesellschaftlich unerwünschte Eigenschaften abgetan. Das bedeutet, wenn

Patient*innen invalidiert werden, wird ihnen direkt oder indirekt zu verstehen gegeben, dass ihre geschilderten Symptome nicht existieren und die Ursache auf persönliche Schwächen und unerwünschte Eigenschaften zurückzuführen ist (vgl. Bontempo 2024: 250, zitiert nach Linehan 1993). Das Konzept der „Krankheitsrepräsentationen“ bezieht sich auf die kognitiven Vorstellungen bezüglich Krankheit und Verletzungen. Sie dienen als Überzeugung und Motivation, um in gesundheitlichen Situationen Bewältigungsstrategien anzuwenden. Diese Vorstellungen sind je nach Person unterschiedlich, wodurch auch das Verhalten im Umgang mit Gesundheitsproblemen und die Bewältigung von Krankheitsprozessen individuell beeinflusst wird (vgl. Bontempo 2024: 250, zitiert nach Lau und Hartman 1983; Leventhal et al. 1980, 1984, 1997). Um Invalidierungen im Behandlungsprozess zu vermeiden, sollten Ärzt*innen stets die persönlichen Erfahrungen ihrer Patient*innen ernst nehmen und deren individuelles Krankheitsverhalten berücksichtigen.

2.2.2 Validierung und Invalidierung in der Kommunikation

In einem Bericht der „National Academy of Medicine“ aus dem Jahr 2015 wurden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beschrieben. Unter anderem betont dieser die Wichtigkeit präziser Diagnosen für eine optimale medizinische Versorgung. Diese stellen nicht nur die Grundlage für viele weitere Entscheidungen im Bezug auf therapeutische Maßnahmen dar, sondern dienen auch dazu, einen tieferen Einblick in die Beschwerden der Patient*innen zu erlangen. Dabei wird besonders die aktive Einbindung in den Behandlungsprozess im Sinne einer patient*innenzentrierten Versorgung verdeutlicht. Die bisherige Forschung zu Patient*innenerfahrungen im Gesundheitswesen lässt die allgegenwärtigen Missstände in der Versorgung erkennen. Nicht selten kommt es vor, dass Patient*innen während einer Konsultation nur eine Nebenrolle einnehmen (vgl. Bontempo 2022: 2105-2106). Patient*innen bekommen das Gefühl vermittelt, dass ihre Symptome von Ärzt*innen nicht ernst genommen, geglaubt, ignoriert oder abgetan werden (vgl. Bontempo 2022, zitiert nach Kool et al. 2013). In der Literatur werden häufig

Erfahrungen von Patient*innen genannt, die unter Endometriose, Krebs, Long Covid oder chronischen Schmerzen leiden. Allerdings sind dies nur einige exemplarische Beispiele von Erkrankungen, eines deutlich umfangreicherem Spektrums (vgl. Bontempo 2025: 399-400). Es ist nachgewiesen, dass Invalidierungen häufig im Zusammenhang mit Krankheiten auftreten, deren Ursachen medizinisch umstritten oder deren Symptome nur schwer einzuordnen sind (vgl. Bontempo 2022: 2106).

In der deutschen Sprache existiert bislang keine Forschung in Bezug auf eine genaue Zusammenfassung von Validierungs- und Invalidierungsformen in der Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Zudem finden sich auch in englischsprachigen Studien kaum spezifische Begriffe zur Benennung von Validierung. Diese wird häufig als Verhaltensweise, während der Kommunikation mit Patient*innen zusammengefasst. Unter anderem umfassen diese Verhaltensweisen das Stellen von Nachfragen, das Klären von Sachverhalten und das Darstellen von Zusammenhängen in den Erfahrungen des Gegenübers (vgl. Edlund et al. 2023: 5). Folgende Sätze aus einem Gespräch sind passende Beispiele für validierende Sprache:

„Are you still active, even if you feel down and...?“ (Physiotherapeut*in, Gesprächsteil 1)

„This Mothers' day it was quite hard. I was at home all day. I didn't even go to the grocery store. I thought I'd go to that local restaurant to eat, but I didn't.“
(Patient*in, Gesprächsteil 1)

„So, these kinds of holidays are often harder for you?“ (Physiotherapeut*in, Gesprächsteil 1)

„So, these kinds of holidays are often harder for you?“ (Patient*in, Gesprächsteil 2)

„One thing I'm hearing is that it has led you to completely avoid certain postures.“ (Physiotherapeut*in, Gesprächsteil 2)

*„I'm used to everything, don't worry. I can get you some tissues ... [continues] ... how do you perceive your life balance at the moment?“ (Physiotherapeut*in, Gesprächsteil 3)*

*„Ok, I think. I can't think of anything particular right now ...“ (Patient*in, Gesprächsteil 3)*

*„So, no big stress factors ...“ (Physiotherapeut*in, Gesprächsteil 3)*

Aufgrund der begrenzten Studienlage handelt es sich nicht um Äußerungen von Ärzt*innen, sondern um die von Physiotherapeut*innen. Dennoch sind diese gut geeignet Validierung in der Kommunikation im Kontext des Gesundheitssystems zu veranschaulichen. Im ersten Gesprächsteil fühlt sich die Patientin oder der Patient einsam und niedergeschlagen. Die physiotherapeutische Fachkraft reflektiert die getroffene Aussage und paraphrasiert diese im zweiten Teil des Gesprächs neu. Im dritten Teil des Gesprächs begegnet die medizinische Fachkraft der Patientin oder dem Patienten mit einem hohen Maß an Empathie. Dies führt dazu, dass sich die Ratsuchende Person wertgeschätzt und in ihrem Leiden ernst genommen fühlt (vgl. Holopainen et al. 2021: 74-76).

In einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2022 wurden 33 Publikationen im Hinblick auf spezifische Begriffe der invalidierenden Kommunikation untersucht. Dabei konnten mehr als 25 verschiedene Begrifflichkeiten identifiziert werden, die von Patient*innen im medizinischen Kontext zur Beschreibung von Invalidierung genutzt werden. Begriffe, die am häufigsten genannt werden, sind beispielsweise: „dismissed“, „ignored“, „passed off“, „fobbed off“, „not taken seriously“, „not believed“, „not acknowledged“, „delegitimized“, „discounted“, „discredited“, „disqualified“, „devalued“, „negated“, „rejected“, „trivialized“ oder „minimized“ (vgl. Bontempo 2022: 2107-2110).

Die folgenden Aussagen von Patient*innen veranschaulichen, wie sich invalidierende Kommunikation im medizinischen Kontext zeigt:

„When I'd suggest things or tell him my medication isn't working for me, he wasn't listening. And I felt like he just was like, 'No, just stick with it and see how it goes.' ... I wasn't feeling well, and I felt like he wasn't listening, especially the one person who could change it.“

„The doctor and the guidance counselor. Like we only talked for a short amount of time. It seemed like they didn't really try that hard to see what was wrong.“

Diese Erfahrungen sind oftmals geprägt durch mangelndes Zuhören oder das Abtun von Beschwerden (vgl. Wasson Simpson et al. 2022: 482).

2.2.3 Auswirkungen von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren auf das Vertrauen

Validierungs- und Invalidierungserfahrungen haben Auswirkungen auf das Vertrauen zwischen Patient*innen und Ärzt*innen. Die Ergebnisse einiger Studien weisen darauf hin, dass Validierung negative Emotionen reguliert, die Zufriedenheit der Patient*innen erhöht und Vertrauen sowie Engagement fördert (vgl. Holopainen 2021: 74). Bestätigungserfahrungen treten besonders dann auf, wenn sich Patient*innen von ihrem Gegenüber unterstützt und gesehen fühlen. Daraufhin fiel es ihnen leichter, eine auf Vertrauen und Verständnis basierende Beziehung zu ihren Ärzt*innen aufzubauen. Außerdem wurden ihre Einstellungen gegenüber medizinischem Fachpersonal positiv beeinflusst (vgl. Wasson Simpson 2022: 484-485).

Im Gegensatz dazu wird das Vertrauen durch Invalidierungserfahrungen negativ beeinflusst. In einer aktuellen Übersichtsarbeit wurden Symptominvalidierungen und die daraus resultierenden Auswirkungen auf das Vertrauen untersucht. Werden Hilfesuchende im medizinischen Kontext invalidiert, wird das Vertrauen unmittelbar gehemmt. Zudem verändern sich die persönlichen Einstellungen der

Patient*innen gegenüber dem Gesundheitssystem. Aus Angst, weitere schlechte Erfahrungen zu machen, nehmen Patient*innen weniger medizinische Hilfe in Anspruch. Im schlimmsten Fall meiden sie diese vollständig. Aufgrund der gestörten Vertrauensbasis verheimlichen oder verschweigen Patient*innen oft wichtige Informationen gegenüber ihren Ärzt*innen, wodurch auch das Risiko von Fehldiagnosen erhöht wird (vgl. Bontempo et al. 2025: 407-408).

2.3 Bewertungsportale und deren Rolle im Gesundheitswesen

Anders als in vielen europäischen Ländern gilt in Deutschland das Gesetz der freien Arztwahl. Grundsätzlich können dadurch sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte die sie behandelnden Ärzt*innen frei wählen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024b). Als Patient*in einen passenden Arzt oder eine passende Ärztin zu finden, stellt häufig eine große Herausforderung dar. Oftmals können sich Patient*innen lediglich an den Empfehlungen von Freund*innen oder Bekannten orientieren. Einen zunehmenden Einfluss auf die Wahl der Ärzt*innen haben Bewertungsportale im Gesundheitssystem. Diese haben sich bereits fest etabliert und gelten als zentrale Orientierungshilfen (vgl. Lay 2024). Im ambulanten Sektor sind Online-Bewertungsportale oftmals die einzigen Orientierungsmöglichkeiten für Patient*innen, da die Informationen der kassenärztlichen Vereinbarungen meist nicht über Adresse, Sprechzeiten oder Fachärzt*innenstatus hinausgehen. Die Bertelsmann Stiftung identifizierte im Jahr 2016 insgesamt 31 Ärzt*innenbewertungsportale in Deutschland. Patient*innenerfahrungen sind neben Selbstangaben von Ärzt*innen meist objektiver und somit glaubwürdigere Informationsquellen. Sie werden daher als zentrale Qualitätsindikatoren bei der Entscheidungsfindung von Patient*innen herangezogen. Es besteht allgemeine Einigkeit darüber, dass Patient*innen in der Lage sind, bestimmte Qualitätsaspekte besonders zuverlässig zu bewerten, darunter vor allem die Kommunikationsqualität, ihre Beteiligung an Entscheidungsprozessen sowie die Qualität von Abläufen und Strukturen, wie beispielsweise Wartezeiten. Die Mehrheit der Portale kombinieren strukturierte Befragungen mit optionalen Freitextelementen (vgl. Rischer et al. 2017: 2-5). Die

Auswirkungen von Online-Bewertungen auf die Entscheidung für eine medizinische Fachperson sind wesentlich höher als oft angenommen wird. Aktuelle Befragungen der Bertelsmann Stiftung zeigen, dass sich „60 Prozent der Nutzer[*innen] von Arztbewertungsportalen [...] aufgrund der dort gefundenen Informationen schon einmal für einen bestimmten Arzt [oder eine Ärztin] entschieden [...]“ haben (Rischer et al. 2017: 5). Davon „[gaben] 43 Prozent [...] an, sich aufgrund der Online-Bewertungen schon einmal gegen einen bestimmten Arzt [oder eine Ärztin] entschieden zu haben [...]“ (Rischer et al. 2017: 5). Online-Bewertungen werden von 50 Prozent der befragten Frauen häufiger als Entscheidungsgrundlage genutzt als von Männern, deren Anteil bei 34 Prozent liegt. Daher sind Online-Bewertungsplattformen für viele Patient*innen von großer Bedeutung, da sie vor allem im ambulanten Sektor für mehr Transparenz sorgen und die Möglichkeit bieten, eigene Erfahrungen zu teilen und sich über potentielle Ärzt*innen zu informieren. Zudem wird das Vertrauen der Patient*innen schon vor der ersten Konsultation positiv beeinflusst und dadurch die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung indirekt gestärkt (vgl. Wangler und Jansky 2023: 246-247).

2.4 Überblick über den Landkreis Vorpommern-Greifswald – Demografische und gesundheitliche Besonderheiten

Der Landkreis Vorpommern-Greifswald weist einige demografische und gesundheitliche Besonderheiten auf. Im Jahr 2011 bildete sich dieser im Zuge der Kreisgebietsreform in Mecklenburg-Vorpommern. Seit der Gründung ist ein kontinuierlicher Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen. Im Jahr 2023 betrug die Bevölkerungszahl des Landkreises 237.184 Einwohner*innen (vgl. Statistisches Bundesamt 2024). Geprägt ist der Landkreis Vorpommern-Greifswald vor allem durch eine immer älter werdende Bevölkerungsstruktur. Bis zum Jahr 2035 wird die Zahl der Personen unter 20 Jahren um bis zu 9 Prozent und die der Personen im erwerbsfähigen Alter sogar um bis zu 23 Prozent zurückgehen. Gleichzeitig wird sich die Anzahl der Personen ab 65 Jahren um bis zu 23 Prozent erhöhen. Zurückzuführen sind die Prognosen für den Landkreis Vorpommern-Greifswald auf die sinkenden Geburtsraten und die im Vergleich dazu ansteigenden

Sterberaten (vgl. Rümenapp und Albrecht 2023: 21-23). Zudem liegt der Landkreis Vorpommern-Greifswald in einem Bundesland mit einer der ältesten Bevölkerungsstrukturen in ganz Deutschland. Dadurch steigt nicht nur die Zahl chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität in der Bevölkerung, sondern auch die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung nimmt zu (vgl. Siewert et al. 2020). Gleichzeitig droht insbesondere in den sehr ländlich geprägten, amtsangehörigen Gemeinden des Landkreises Vorpommern-Greifswald eine Unterversorgung im ambulanten Sektor. Begründet wird die Unterversorgung durch einen hohen Wiederbesetzungsbedarf freiwerdender Hausärzt*innensitze (vgl. Mecklenburg-Vorpommern Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport 2023). Gerade im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen im Gesundheitssystem ist es wichtig, dass sich Patient*innen im Landkreis Vorpommern-Greifswald beispielsweise über Online-Bewertungsportale vernetzen können. Dies trägt nicht nur zum Austausch von Erfahrungen und zur Auswahl geeigneter medizinischer Angebote bei, sondern stärkt auch das Vertrauen und die Kommunikation zwischen Patient*innen und Ärztinnen, was zu einer besseren Versorgung führt.

3. Methodik

3.1 Forschungsdesign

Im Rahmen dieser Arbeit werden quantitative Daten zusammen mit qualitativen Freitextelementen mithilfe eines Mixed-Methods-Ansatzes analysiert. Allgemein wird „[u]nter Mixed-Methods [...] die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts verstanden. Es handelt sich also um eine Forschung, in der die Forschenden im Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen“ (Kuckartz 2014: 33).

Die Kombination beider Forschungsmethoden ermöglicht es, ein umfassenderes Verständnis des Untersuchungsgegenstands zu gewinnen. Die vorliegende Untersuchung folgt einem konvergenten Design, welches oft auch als paralleles Design bezeichnet wird. Hierbei werden gleichzeitig qualitative sowie quantitative Daten aus ein- und derselben Datenquelle erhoben (vgl. Kuckartz 2014: 71-74). Die Verwendung eines Mixed-Methods-Ansatzes ist aufgrund der gebotenen Multiperspektivität eine Bereicherung zur Beantwortung der Forschungsfrage (vgl. Kuckartz 2014: 33-34). Quantitative Daten werden analysiert, um statistische Zusammenhänge innerhalb der Bewertungen zu identifizieren. Qualitative Daten dienen dabei ergänzend, um tiefergehende Informationen aus den schriftlichen Bewertungen sichtbar zu machen.

Die Ergebnisse beider Erhebungsmethoden werden in SPSS zusammengeführt und ausgewertet. Die qualitativen Daten werden zunächst in Excel aufbereitet und dann in SPSS übertragen. Um die qualitativen und quantitativen Daten miteinander in Beziehung setzen zu können, werden die qualitativen Daten zuvor mit MAXQDA sowohl transkribiert als auch kodiert und anschließend dem Datensatz in SPSS beigefügt. Aufgrund der Komplexität dieser Untersuchung ist die Kombination beider Forschungsmethoden zwingend notwendig. Eine rein qualitative Studie wäre angesichts der großen Stichprobe und der benötigten

quantitativen Zusammenhänge methodisch ungeeignet gewesen. Umgekehrt würden bei einem ausschließlich quantitativen Verfahren, wichtige Kontextinformationen und subjektive Bewertungen wie individuelle Meinungen, Gefühle, Eindrücke und persönliche Erfahrungen unberücksichtigt gelassen werden (vgl. Kuckartz 2014: 50-55).

3.2 Datenerhebung und -methoden

3.2.1 Auswahl der Patient*innenbewertungen und Ärztinnen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

In dieser Arbeit wurden Patient*innenbewertungen aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald herangezogen. Aufgrund der demografischen und gesundheitlichen Besonderheiten des Landkreises ist dieser für die Datenerhebung gut geeignet. Durch die mehrheitlich ländlichen Strukturen und eine vergleichsweise geringe Ärzt*innendichte wird die Region vor besondere Herausforderungen gestellt (vgl. Mecklenburg-Vorpommern Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport 2023). Der freie Zugang zu Online-Bewertungen vereinfacht die Untersuchung. Demzufolge können Validierungs- und Invalidierungserfahrungen von Patient*innen im Kontext einer Konsultation leichter mit Ärzt*innen in Verbindung gebracht und als Einflussfaktoren auf die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung identifiziert werden. Die Auswahl der Ärzt*innen erfolgte auf Grundlage ihres Eintrages auf der Online-Plattform Jameda. Damit Validierungs- und Invalidierungserfahrungen von Patient*innen nicht nur den hausärztlichen, sondern auch den fachärztlichen Versorgungsbereich widerspiegeln, wurden die Bewertungen aller Allgemeinmediziner*innen sowie Internist*innen in die Untersuchung einbezogen. Allgemeinmediziner*innen können durch absolvierte Weiterbildungen häufig auch als Internist*innen tätig sein. Demzufolge liegen in den Bewertungen insgesamt 27 Mehrfachantworten vor. Alle persönlichen Daten wurden anonymisiert erhoben, sodass keine Rückschlüsse auf Patient*innen oder Ärzt*innen möglich sind. Die Erhebung der Daten erfolgte manuell, indem diese von Jameda extrahiert und zunächst in Excel gesammelt wurden. Im Zeitraum von November 2024 bis März 2025 wurden die Daten von insgesamt 67 Allgemeinmediziner*innen und 45 Internist*innen

erhoben. Sowohl Bewertungen mit Freitextelementen als auch solche ohne zusätzliches schriftliches Feedback wurden in dieser Arbeit berücksichtigt.

3.2.2 Extrahierung der Patient*innenbewertungen von Jameda

Als zentrale Datenquelle wurde die Online-Plattform Jameda herangezogen. Jameda gilt neben typischen Google-Rezensionen und der Weissen Liste, die durch verschiedene Krankenversicherungen gefördert wird, als eines der bekanntesten Online-Bewertungsportale für Patient*innen (vgl. DeltaMed Süd 2024 und Lay 2024).

Mit einer Anzahl von 2,8 Millionen geteilten Erfahrungsberichten von Patient*innen in Deutschland wird die Bekanntheit und die Reichweite dieser Plattform erkennbar (vgl. Jameda 2024). Zur Analyse von Validierungs- und Invalidierungserfahrungen wurden neben quantitativen Daten in Form von Sternebewertungen auch die qualitativen Daten in Form von schriftlichen Bewertungen der Patient*innen von der Plattform extrahiert. Die Sternebewertungen von eins bis fünf setzen sich aus den Aspekten Behandlung, Aufklärung, Vertrauensverhältnis, genommene Zeit sowie Freundlichkeit während der Konsultation zusammen. Die bestmögliche Bewertung beträgt fünf Sterne, wobei ein Stern die schlechteste Bewertung darstellt. Die manuelle Extraktion erfolgte auf der Grundlage vorab festgelegter Kriterien. Zu Beginn wurden die Fachrichtungen der Ärzt*innen sowie der Ort der Datenerhebung bestimmt. Innerhalb eines Zeitraumes von fünf Monaten konnten dadurch alle auf Jameda abgegebenen Bewertungen zu Allgemeinmediziner*innen und Internist*innen im Landkreis Vorpommern-Greifswald erfasst werden. Dabei wurden ausschließlich öffentlich zugängliche Daten unter Einhaltung rechtlicher Rahmenbedingungen der Plattform verwendet. Insgesamt wurden 589 Bewertungen von Patient*innen über Allgemeinmediziner*innen und 428 Bewertungen über Internist*innen von der Plattform extrahiert. Etwa 96,6 Prozent der Allgemeinmediziner*innen und 98,1 Prozent der Internist*innenbewertungen von Patient*innen enthielten Freitextelemente (s. Abbildung 1, 2, 3 und 4). Im

weiteren Verlauf der Arbeit bilden diese Daten die Grundlage für die qualitative Analyse.

3.2.3 Weiterverarbeitung der quantitativen und qualitativen Daten in SPSS und MAXQDA

Die Weiterverarbeitung der quantitativen und qualitativen Daten erfolgte mithilfe von zwei verschiedenen Programmen. In der statistischen Softwareplattform SPSS wurden die einzelnen Fachrichtungen und Sternebewertungen als Grunddatensatz zusammengetragen und entsprechend aufbereitet. Für die qualitative Datenanalyse wurde die Software MAXQDA verwendet. Die schriftlichen Bewertungen wurden zunächst auf Validierungs- und Invalidierungsfaktoren untersucht und in Untercodes zusammengefasst. Die finalen Untercodes wurden anschließend dem Datensatz in SPSS beigefügt. Die Nutzung beider Programme ermöglicht die Analyse der Daten im Sinne des Mixed-Methods-Ansatzes. Die sowohl nummerischen als auch schriftlichen Daten können aufgrund dessen optimal miteinander verknüpft und ausgewertet werden.

3.3 Operationalisierung der Variablen

3.3.1 Validierungs- und Invalidierungsfaktoren in den Bewertungen

Die qualitative Inhaltsanalyse folgte einer Mischform aus induktiver und deduktiver Kategorienentwicklung. Induktiv bedeutet dabei „[...] die Entwicklung eines Kategoriensystems aus dem Material heraus, das sich an systematischen Produktionsprozessen orientiert“, wohingegen deduktiv bedeutet, dass „[...] die Kodierung mittels theoretisch begründeter Auswertungsaspekte [...]“ (Steinhardt 2019, zitiert nach Mayring 2010). Bereits vor der Analyse der schriftlichen Bewertungen wurden die Oberkategorien festgelegt. Die Ableitung dieser erfolgte auf der Basis bereits bestehender Theorien und Studien. Daraus entwickelten sich die Kategorien „Validierung“ und „Invalidierung“, mit dem Ziel, bestimmte theoretische Annahmen in den Daten überprüfen und konkretisieren zu können. Fortgesetzt wurde die qualitative Inhaltsanalyse mittels induktiver

Kategorienentwicklung. Die schriftlichen Bewertungen wurden in MAXQDA systematisch zusammengefasst und als Unterkategorien entweder der Oberkategorie Validierung oder Invalidierung zugeordnet. Konnten einzelne Textstellen nicht direkt einer Oberkategorie zugeordnet werden, wurden mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse neue Unterkategorien gebildet (vgl. Steinhardt 2019). Insgesamt wurden vier Unterkategorien für Validierung sowie dreizehn Unterkategorien für Invalidierung in den qualitativen Daten der Allgemeinmediziner*innen identifiziert. In den schriftlichen Bewertungen der Internist*innen konnten vier Unterkategorien für Validierung sowie zwölf Unterkategorien für Invalidierung festgestellt werden.

3.4 Statistische Analysen

Zur Auswertung der statistischen Daten wurden zunächst die grundlegenden Merkmale der Stichprobe und die Verteilung der zentralen Variablen mittels deskriptiver Datenanalyse beschrieben, komprimiert und grafisch in Tabellen aufgearbeitet. Die Analyse umfasste die Berechnung von Häufigkeiten sowie Prozentanteilen der nominal- und ordinalskalierten Variablen (vgl. Fahrmeier et al. 2023: 13). Somit konnten erste Auffälligkeiten und Tendenzen in den Daten identifiziert und als Grundlage für weitere Analysen genutzt werden. Anschließend wurden die metrisch skalierten Variablen anhand von bivariaten einseitigen Korrelationen berechnet. Dabei kam der Korrelationskoeffizient nach Pearson zum Einsatz. Demnach wurde der Zusammenhang zwischen zwei unterschiedlichen Variablen, in nur eine Richtung berechnet. Auf diese Weise konnten die Hypothesen dieser Untersuchung auf mögliche Zusammenhänge geprüft und eine Einschätzung darüber abgegeben werden, ob ein signifikantes statistisches Verhältnis zwischen den untersuchten Variablen besteht (vgl. IBM SPSS Statistics 2024). Diese Analyseschritte trugen dazu bei, ein tiefergehendes Verständnis des Datensatzes zu entwickeln. Das deskriptive Vorgehen lieferte einige wertvolle Informationen über die Stichprobe. Außerdem konnten anhand des Pearson-Korrelationskoeffizienten wichtige Zusammenhänge zur Beantwortung der übergeordneten Forschungsfrage festgestellt werden.

4. Ergebnisse

4.1. Deskriptive Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der deskriptiven Datenauswertung zusammengefasst. Insgesamt 1017 Patient*innenbewertungen von Allgemeinmediziner*innen und Internist*innen des Landeskreises Vorpommern-Greifswald wurden ausgewertet (s. Abbildung 1 und 2, Anhang). Lediglich 28 Online-Bewertungen enthielten kein zusätzliches schriftliches Feedback (Abbildung 3 und 4, Anhang).

Die qualitativen Daten ermöglichen die Ableitung von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren. Aus den schriftlichen Bewertungen geht hervor, dass 19,9 % (n = 117) der Patient*innen validierendes und 10,4 % (n = 61) invalidierendes Verhalten während der Behandlung durch Allgemeinmedizinerinnen beschreiben (s. Abbildungen 5 und 6, Anhang). Bei den Internist*innen berichteten 16,1 % (n = 69) von validierendem und 19,4 % (n = 83) von invalidierendem Verhalten (s. Abbildungen 7 und 8, Anhang). Das wahrgenommene Vertrauensverhältnis der Patient*innen ergibt sich aus den 573 Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen und 412 Bewertungen der Internist*innen. Wie in Abbildung 9 dargestellt, bewerteten von insgesamt 573 Patientinnen 78,4 % (n = 449) das Vertrauensverhältnis zu Allgemeinmedizinerinnen als „sehr hoch“; 7,7 % (n = 44) als „hoch“; 4,4 % (n = 25) als „mittel“; 3,7 % (n = 21) als „gering“ und 5,9 % (n = 34) als „sehr gering“. Die Analyse der schriftlichen Bewertungen zwischen dem wahrgenommenen Vertrauensverhältnis und der Behandlung von Nicht-Allgemeinmediziner*innen ergab einen fehlenden Wert (n = 1), was 0,3% der Daten dieser Subgruppe ausmacht.

Abbildung 9

Wahrgenommenes Vertrauensverhältnis nach Kontakt mit Allgemeinmediziner*innen

		Vertrauensverhältnis						
		0	Sehr geringes Vertrauen	Geringes Vertrauen	Mittleres Vertrauen	Hohes Vertrauen	Sehr hohes Vertrauen	Gesamt
Allgemeinmediziner*innen	Nein	Anzahl	1	58	15	32	34	244 384
		% von Allgemeinmediziner*innen	0,3%	15,1%	3,9%	8,3%	8,9%	63,5% 100,0%
	Ja	Anzahl	0	34	21	25	44	449 573
Gesamt		% von Allgemeinmediziner*innen	0,0%	5,9%	3,7%	4,4%	7,7%	78,4% 100,0%
		Anzahl	1	92	36	57	78	693 957
		% von Allgemeinmediziner*innen	0,1%	9,6%	3,8%	6,0%	8,2%	72,4% 100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 10 dargestellt, bewerteten von insgesamt 412 Patient*innen 63,3% (n = 265) das Vertrauensverhältnis zu den Internist*innen als „sehr hoch“; 9,0% (n = 37) als „hoch“; 8,3% (n = 34) als „mittel“; 3,9% (n = 16) als „gering“ und 14,3% als „sehr gering“. Die Analyse der schriftlichen Bewertungen zwischen dem wahrgenommenen Vertrauensverhältnis und der Behandlung von Internist*innen ergab einen fehlenden Wert (n = 1), was 0,2% der Daten entspricht.

Abbildung 10

Wahrgenommenes Vertrauensverhältnis nach Kontakt mit Internist*innen

		Internist*innen * Vertrauensverhältnis Kreuztabelle						
		Vertrauensverhältnis						
		0	Sehr geringes Vertrauen	Geringes Vertrauen	Mittleres Vertrauen	Hohes Vertrauen	Sehr hohes Vertrauen	Gesamt
Internist*innen	Nein	Anzahl	0	33	20	23	41	428 545
		% von Internist*innen	0,0%	6,1%	3,7%	4,2%	7,5%	78,5% 100,0%
	Ja	Anzahl	1	59	16	34	37	265 412
Gesamt		% von Internist*innen	0,2%	14,3%	3,9%	8,3%	9,0%	64,3% 100,0%
		Anzahl	1	92	36	57	78	693 957
		% von Internist*innen	0,1%	9,6%	3,8%	6,0%	8,2%	72,4% 100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Inferenzstatistische Ergebnisse

Um den statistischen Zusammenhang zwischen Validierungs- und Invalidierungsverhalten und dem wahrgenommenen Vertrauensverhältnis der Patient*innen zu verdeutlichen, werden im Folgenden die inferenzstatistischen Ergebnisse veranschaulicht.

Die Stichprobengröße für die Korrelation zwischen dem wahrgenommenen Vertrauensverhältnis sowie dem Validierungs- und Invalidierungsverhalten, basierend auf den Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen, betrug $N = 572$. Wie in Abbildung 11 dargestellt, zeigt sich ein statistisch signifikanter, wenn auch schwacher, positiver Zusammenhang zwischen dem Vertrauensverhältnis und dem von Patient*innen wahrgenommenen validierenden Verhalten der Allgemeinmediziner*innen während der Behandlung ($r (572) = .100$; $p_{\text{einseitig}} = .008$). Dies lässt darauf schließen, dass eine höhere Validierung tendenziell mit einem höheren Vertrauensverhältnis verbunden ist.

Abbildung 11

*Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Validierung – Allgemeinmediziner*innen*

		Vertrauensverhältnis	Validierung
Vertrauensverhältnis	Pearson-Korrelation	1	,100**
	Sig. (1-seitig)		,008
	N	573	572
Validierung	Pearson-Korrelation	,100**	1
	Sig. (1-seitig)	,008	
	N	572	589

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung

In Abbildung 12 ist zu erkennen, dass ein statistisch hochsignifikanter, mittlerer negativer Zusammenhang zwischen dem Vertrauensverhältnis der Patient*innen und einem invalidierenden Verhalten der Allgemeinmediziner*innen während der Behandlung besteht ($r (572) = -.378$; $p_{\text{einseitig}} = <.001$). Dies weist darauf hin, dass ein höheres wahrgenommenes Vertrauensverhältnis mit einem geringen Maß an Invalidierungen verbunden ist.

Abbildung 12

*Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Invalidierung – Allgemeinmediziner*innen*

		Vertrauensverhältnis	Invalidierung
Vertrauensverhältnis	Pearson-Korrelation	1	-.378**
	Sig. (1-seitig)		<.001
	N	573	572
Invalidierung	Pearson-Korrelation	-.378**	1
	Sig. (1-seitig)	<.001	
	N	572	589

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung

Die Stichprobengröße für die Korrelation zwischen dem wahrgenommenen Vertrauensverhältnis sowie dem Validierungs- und Invalidierungsverhalten, basierend auf den Bewertungen der Internist*innen, betrug $N = 412$. Die Ergebnisse in Abbildung 13 lassen einen statistisch hochsignifikanten, schwachen positiven Zusammenhang zwischen dem Vertrauensverhältnis der Patient*innen und einem validierenden Verhalten der Internist*innen erkennen ($r (412) = .213$; $p_{\text{einseitig}} = <.001$). Dies lässt vermuten, dass ein höheres Maß an Validierung mit einem höheren wahrgenommenen Vertrauensverhältnis verbunden ist.

Abbildung 13
*Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Validierung – Internist*innen*

		Vertrauensverhältnis	Validierung
Vertrauensverhältni s	Pearson- Korrelation	1	,213**
	Sig. (1-seitig)		<,001
	N	412	412
Validierung	Pearson- Korrelation	,213**	1
	Sig. (1-seitig)	<,001	
	N	412	428

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung

Aus Abbildung 14 geht hervor, dass ein statistisch hochsignifikanter, starker negativer Zusammenhang zwischen dem Vertrauensverhältnis der Patient*innen und einem invalidierenden Verhalten der Internist*innen besteht ($r (412) = -.660$; $p_{\text{einseitig}} = <.001$). Dies weist darauf hin, dass eine geringere Invalidierung mit einem höheren wahrgenommenen Vertrauensverhältnis korreliert.

Abbildung 14
*Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Invalidierung – Internist*innen*

		Vertrauensverhältnis	Invalidierung
Vertrauensverhältni s	Pearson- Korrelation	1	-,660**
	Sig. (1-seitig)		<,001
	N	412	412
Invalidierung	Pearson- Korrelation	-,660**	1
	Sig. (1-seitig)	<,001	
	N	412	428

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

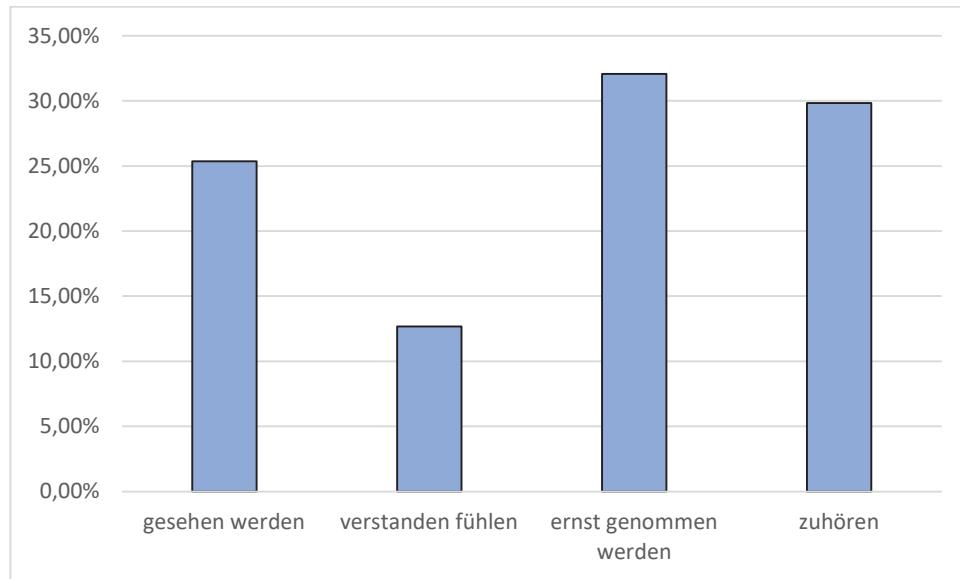
Quelle: Eigene Darstellung

4.3 Ableitung von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren in den Online-Bewertungen

Die schriftlichen Bewertungen der Patient*innen bezüglich der Allgemeinmediziner*innen konnten in vier Unterkategorien für die Validierung und in dreizehn Unterkategorien für die Invalidierung eingeteilt werden. Wie in Abbildung 15 dargestellt, versprachlichen 25,37% (n = 34) der Patient*innen, die Validierung erfuhren, diese als „gesehen werden“; 12,69% (n = 17) als „verstanden fühlen“; 32,09% (n = 43) als „ernst genommen werden“ und 29,85% (n = 40) als „zuhören“.

Abbildung 15

*Häufigkeit der Validierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen*



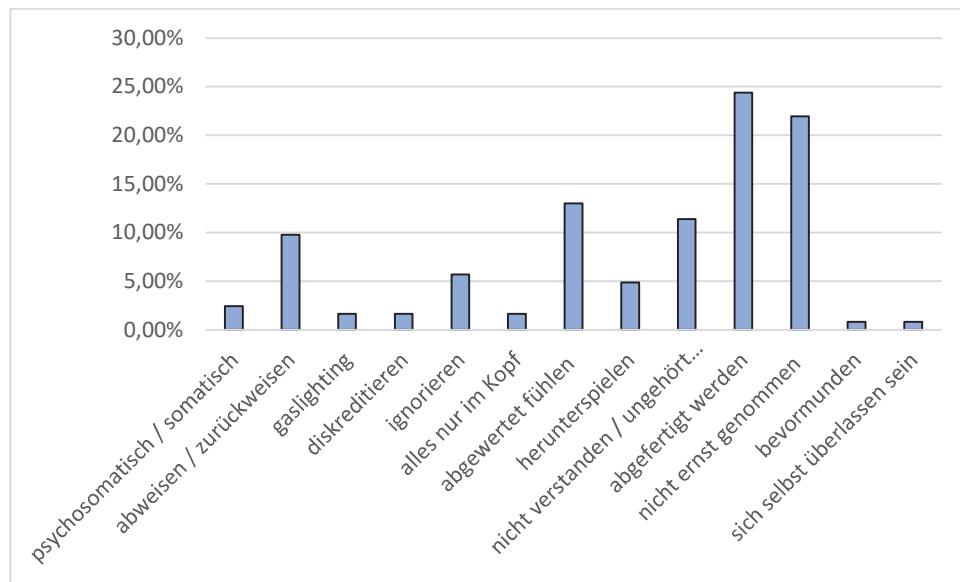
Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 16 ersichtlich, formulierten 2,44% (n = 3) der Patient*innen, die Invalidierung erfuhren, diese als „psychosomatisch / somatisch“; 9,76% (n = 12) als „abweisen / zurückweisen“; 1,63% (n = 2) als „gaslighting“; 1,63% (n = 2) als „diskreditieren“; 5,69% (n = 7) als „ignorieren“; 1,63% (n = 2) als „alles nur im Kopf“; 13,01% (n = 16) als „abgewertet fühlen“; 4,88% (n = 6) als

„herunterspielen“; 11,38% (n = 14) als „nicht verstanden / ungehört fühlen“; 24,39% (n = 30) als „abgefertigt werden“; 21,95% (n = 27) als „nicht ernst genommen“; 0,81% (n = 1) als „bevormunden“ und 0,81% (n = 1) als „sich selbst überlassen sein“.

Abbildung 16

*Häufigkeit der Invalidierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen*

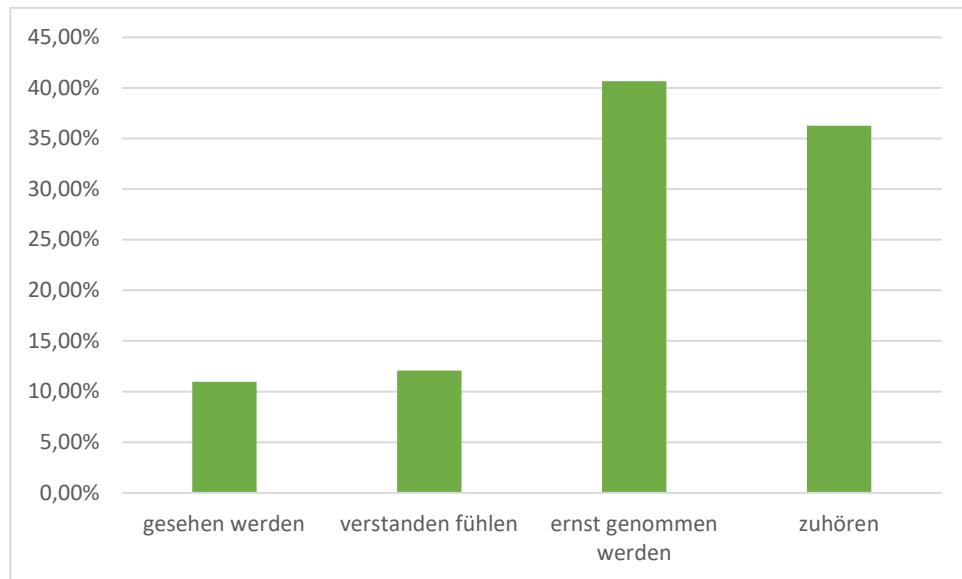


Quelle: Eigene Darstellung

Die schriftlichen Bewertungen der Patient*innen, die durch Internist*innen behandelt wurden, konnten in vier Unterkategorien für Validierung und zwölf Unterkategorien für Invalidierung eingeteilt werden. Gemäß Abbildung 17 benannten 10,99% (n = 10) der Patient*innen, die Erfahrungen mit Validierung machten, diese als „gesehen werden“; 12,09% (n = 11) als „verstanden fühlen“; 40,66% (n = 37) als „ernst genommen werden“ und 36,26% (n = 33) als „zuhören“.

Abbildung 17

*Häufigkeit der Validierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Internist*innen*

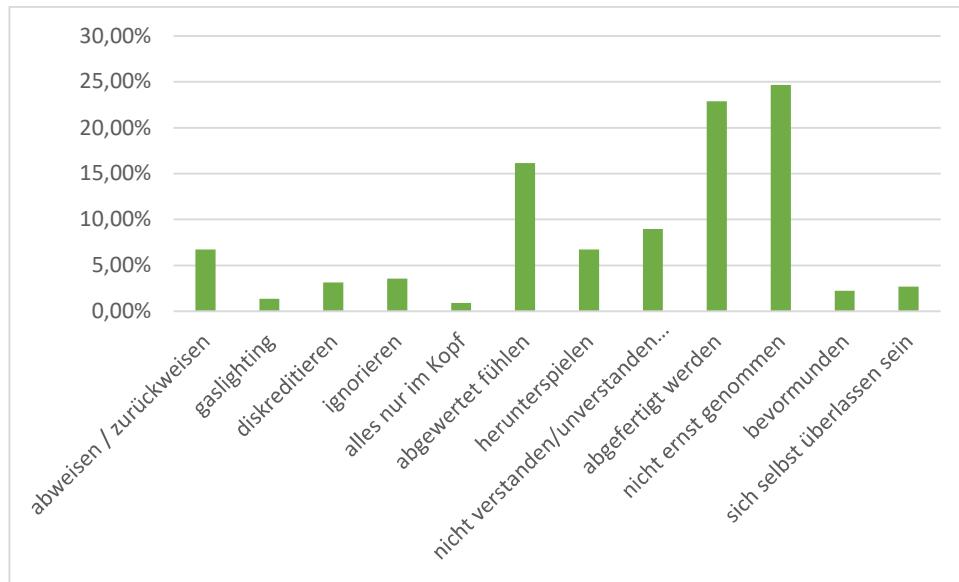


Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Abbildung 18 dargestellt, versprachlichten 6,73% (n = 15) Patient*innen, die Invalidierung durch Internist*innen erlebten, diese als „abweisen / zurückweisen“; 1,35% (n = 3) als „gaslighting“; 3,14% (n = 7) als „ignorieren“; 3,57% (n = 8) als „alles nur im Kopf“; 0,9% (n = 2); 16,14% (n = 36) als „abgewertet fühlen“; 6,73% (n = 15) als „herunterspielen“; 8,97% (n = 20) als „nicht verstanden / ungehört fühlen“; 22,87% (n = 51) als „abgefertigt werden“; 24,66% (n = 55) als „nicht ernst genommen“; 2,24% (n = 5) als „bevormunden“ und 2,69% (n = 6) als „sich selbst überlassen sein“.

Abbildung 18

*Häufigkeiten der Invalidierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Internist*innen*



Quelle: Eigene Darstellung

Sowohl in den schriftlichen Bewertungen für die Allgemeinmediziner*innen als auch für die Internist*innen stellten die Formulierungen „ernst genommen werden“ (Allgemeinmediziner*innen: 32,09%; Internist*innen: 40,66%) und „zuhören“ (Allgemeinmediziner*innen: 29,85%; Internist*innen: 36,26%) die beiden am häufigsten genutzten Unterkategorien für Validierung dar. Diese können durch folgende Patient*innenzitate verdeutlicht werden:

„Hier bin ich gut medizinisch aufgehoben. Ich werde mit meinen Beschwerden ernst genommen.“ (Bewertung B214)

„Dr. X ist ein guter Hausarzt, er kümmert sich um seine Patienten und nimmt sich auch genug Zeit um aufmerksam zuzuhören.“ (Bewertung A301)

Die häufigsten versprachlichten Formulierungen im Zusammenhang mit Invalidierung, „nicht ernst genommen“ (Allgemeinmediziner*innen: 21,95%; Internist*innen: 24,66%) und „abgefertigt werden“ (Allgemeinmediziner*innen: 24,39%; Internist*innen: 22,87%), zeigten sich ebenfalls sowohl in den

schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen als auch in denen der Internist*innen. Diese können anhand folgender Zitate von Patient*innen verdeutlicht werden:

„Ich habe mich nicht ernst genommen gefühlt. Es fand keine Untersuchung statt, sondern eine reine Diagnose anhand der geschilderten Beschwerden.“
(Bewertung A374)

„Ich bin enttäuscht über solch eine Behandlung. Man schaut nicht mal zum Patienten auf, sondern klickert einfach in die Tasten. Wird abgefertigt, und dann darf man genauso schlau wie man hin kam auch wieder gehen.“ (Bewertung A171)

5. Fazit und Diskussion

5.1 Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Die vorliegende Analyse der qualitativen sowie quantitativen Patient*innenbewertungen im Landkreis Vorpommern-Greifswald dient der Überprüfung von Validierungs- und Invalidierungsfaktoren im medizinischen Kontext. Zur Ableitung von Auswirkungen auf die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung wurden in dieser Arbeit neue Versprachlichungen der Validierungs- und Invalidierungsfaktoren identifiziert und deren Zusammenhang mit dem Vertrauensverhältnis der Patient*innen zu den behandelnden Ärzt*innen untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung liefern wichtige Einblicke in die Patient*innenperspektive während medizinischen Behandlungen.

Aus den Ergebnissen der deskriptiven und inferenzstatistischen Datenauswertung gehen folgende zentrale Erkenntnisse hervor. Sowohl Patient*innen von Internist*innen als auch von Allgemeinmediziner*innen verbinden validierendes Verhalten von Ärzt*innen mit einem höheren Vertrauen. Invalidierendes Verhalten vermindert das Vertrauen, besonders bei Patient*innen von Internist*innen, erheblich. Dabei wird deutlich, dass die ärztliche Kommunikation ein zentraler Einflussfaktor auf das wahrgenommene Vertrauensverhältnis der Patient*innen ist.

Auch Lerch et al. (2024) kamen zu dieser Erkenntnis. Das Vertrauen in Allgemeinmediziner*innen ist häufig größer und stabiler als Ärzt*innen anderer Fachbereiche. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die höhere Kontaktfrequenz zwischen Ärzt*innen und Patient*innen im hausärztlichen Bereich sein, wodurch über die Zeit stabilere Beziehungsstrukturen aufgebaut und ein kontinuierliches Vertrauensverhältnis gefördert werden kann.

Mithilfe des Mixed-Methods-Ansatzes konnten die quantitativen Daten auf statistisch signifikante Zusammenhänge überprüft werden. Mittels thematischer Analysen konnten Validierungs- und Invalidierungsfaktoren innerhalb der schriftlichen Bewertungen erkennbar gemacht werden. Die Forschungsfrage: „Können aus Patient*innenbewertungen auf Jameda Validierungs- und

Invalidierungsfaktoren in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung abgeleitet werden und besteht ein Zusammenhang mit dem Vertrauensverhältnis?“ und die vorab entwickelten Hypothesen können somit durch die Erkenntnisse der vorangestellten Untersuchung beantwortet werden. In beiden Fachrichtungen wird deutlich, dass ein höheres wahrgenommenes Vertrauensverhältnis positiv mit einem höheren validierenden Verhalten korreliert. Umgekehrt korreliert ein niedrigeres wahrgenommenes Vertrauensverhältnis negativ mit einem höheren Maß an Invalidierung.

5.2 Implikationen für die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein validierendes Verhalten von Ärzt*innen nicht nur das subjektive Empfinden von Vertrauen stärkt, sondern auch zu einer langfristig stabileren ärztlichen Versorgung führt. Eine empathische Kommunikation ist der Schlüssel zum Erfolg. Nehmen Ärzt*innen ihre Patient*innen ernst und hören ihnen zu, wird dadurch nicht nur das Engagement sondern auch die Zufriedenheit der Patient*innen gefördert.

Invalidierung kann nicht nur die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung beeinträchtigen, sondern hat auch negative Auswirkungen auf das Vertrauen und die Behandlungsbereitschaft. Dadurch wechseln Patient*innen häufiger ihre behandelnden Ärzt*innen, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit von Unter- oder Fehlversorgungen erhöht (vgl. Fritzsche und Wirsching 2020: 50).

Um die negativen Auswirkungen von Invalidierung zu vermeiden und eine validierende ärztliche Gesprächsführung zu fördern, sollten Ärzt*innen bereits während ihrer medizinischen Ausbildung Kommunikationstrainings absolvieren. Aber auch bereits praktizierende Ärzt*innen sollten an regelmäßigen Schulungen teilnehmen, um ihre Kommunikationsfähigkeiten ständig zu verbessern (vgl. Holopainen et al. 2021: 74 f.).

Gerade im hausärztlichen Versorgungsbereich entstehen Beziehungskontinuitäten, die als wirkungsvolle Grundlage für das Vertrauen in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung dienen. Doch auch Fachärzt*innen, die

vergleichsweise weniger Behandlungszeit mit Patient*innen verbringen, sollten mehr Raum für empathische Kommunikation schaffen (vgl. Lerch et al. 2024).

5.3 Einschränkungen der Studie

Die Stichprobe dieser Arbeit besteht aus Online-Bewertungen von Patient*innen, die sich aktiv dazu entschieden haben, eine Bewertung abzugeben. Es ist zu beachten, dass Online-Bewertungen möglicherweise nicht alle Patient*innen repräsentieren und dazu neigen können, übertrieben positiv oder negativ zu sein (vgl. López et al. 2012: 687 und Lagu et al. 2010: 944-945). Zudem beschränkt sich die Untersuchung auf den Landkreis Vorpommern-Greifswald, wodurch die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen nur schwer möglich ist.

Des Weiteren fehlen soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Behandlungszeitraum der Bewertenden. Demzufolge können keine Aussagen darüber getroffen werden, welche Personengruppen häufiger Validierung oder Invalidierung erfahren haben. Auch die Aussagefähigkeit der schriftlichen Bewertungen ist zu erwähnen. Die Bewertungen spiegeln die Selbstwahrnehmung der Patient*innen wider und können nicht mit objektiven strukturierten Interviews oder Fragebögen verglichen werden.

Die Einteilung der schriftlichen Bewertungen in Unterkategorien erfolgte induktiv und ist somit durch einen gewissen Interpretationsspielraum geprägt. Kausale Schlussfolgerungen über die Ursache-Wirkung-Beziehung sind aufgrund des Korrelationsdesigns nicht möglich und sollten in einer weiteren Arbeit untersucht werden.

5.4 Implikationen für die Forschung und Praxis

Besonders im Hinblick auf die zunehmende Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung aufgrund der steigenden Altersstruktur im Landkreis Vorpommern-Greifswald sollte validierende Kommunikation gefördert werden. Um Validierung fest in der Praxis zu verankern, sollten Ärzt*innen im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung handeln. Validierung sollte bewusst eingesetzt werden, indem aktives Zuhören und das gezielte Stellen von Nachfragen in den

Behandlungsablauf implementiert werden. Online-Bewertungsplattformen und ähnliche Feedbacksysteme bieten nicht nur für Patient*innen eine Orientierung, auch für Ärzt*innen können sie als Rückmeldung dienen, um ihr eigenes Verhalten zu reflektieren.

Im Bereich der Forschung sollten kausale Wirkungsbeziehungen beispielsweise anhand von standardisierten Interviews oder Fragebögen näher untersucht werden. Außerdem sollten weitere Faktoren im Bezug auf die langfristigen Wirkungen validierender und invalidierender Kommunikation analysiert werden.

5.5 Fazit

Die vorliegende Arbeit liefert wichtige Einblicke in die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung. Die Kommunikation spielt eine zentrale Rolle für das Vertrauen von Patient*innen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Ärzt*innen, die sich bewusst validierend verhalten, zur Stärkung der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung beitragen. Gleichzeitig wird die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert. Des Weiteren hat eine empathische Kommunikation langfristige, messbar positive Auswirkungen auf die Gesundheit und Zufriedenheit der Patient*innen. Daher regt diese Arbeit zu weiterführenden Untersuchungen an und bildet eine gute Grundlage für weitere Entwicklungen im Gesundheitssystem.

6. Quellenverzeichnis

Antwerpes, F.; Weiß, A.; Voss, M.; Merz, S. (2016): DocCheckFelixikon, Arzt-Patient-Beziehung. <https://flexikon.doccheck.com/de/Arzt-Patient-Beziehung>. [Stand: 13.05.2025]

Bontempo, A. C. (2022): The need for a standardized conceptual term to describe invalidation of patient symptoms.

<https://doi.org/10.1177/135910532110247>. [Stand: 14.05.2025]

Bontempo, A. C. (2024): Conceptualizing Symptom Invalidation as Experienced by Patients With Endometriosis. <https://doi.org/10.1177/10497323241253418> [Stand: 14.05.2025]

Bontempo, A. C.; Bontempo, J. M. und Duberstein, P. R. (2025): Ignored, Dismissed, and Minimized: Understanding the Harmful Consequences of Invalidation in Health Care – A Systematic Meta-Synthesis of Qualitative Research. <http://doi.org/10.1037/bul0000473>. [Stand: 14.05.2025]

Bundesärztekammer (2023): Statistische Erhebung der

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2023.

[https://www.aerztekammern-](https://www.aerztekammern-schlichten.de/fileadmin/user_upload/Gutachterkommissionen_und_Schlichtungsstellen/Behandlungsfehler-Statistik/Behandlungsfehler-Statistik_2023_.pdf)

[schlichten.de/fileadmin/user_upload/Gutachterkommissionen_und_Schlichtungsstellen/Behandlungsfehler-Statistik/Behandlungsfehler-Statistik_2023_.pdf](https://www.aerztekammern-schlichten.de/fileadmin/user_upload/Gutachterkommissionen_und_Schlichtungsstellen/Behandlungsfehler-Statistik/Behandlungsfehler-Statistik_2023_.pdf).

[Stand: 18.05.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2024a): Patientenrechte.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>. [Stand: 18.05.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2024b): Freie Arztwahl.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/freie-arztwahl.html>. [Stand: 15.05.2025]

Bundesministerium für Gesundheit (2025): Behandlungsfehler.

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html>. [Stand: 18.05.2025]

Croker, J. E.; Swancutt, D. R.; Roberts, M. J.; Abel, G. A.; Roland, M. und Campbell, J. L. (2013): Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ Open* (3): e002762. doi:10.1136/bmjopen-2013-002762. [Stand: 19.05.2025]

DeltaMed Süd (2024): Bewertungssportale im Gesundheitswesen.
<https://www.deltamedsued.de/bewertungssportale-im-gesundheitswesen>. [Stand: 16.05.2025]

Edlund, S. M.; Soderstrand, J. C.; Akerman, B.; Hed, E.; Larsson, M.; Tillfors, M. und Olsson, C. (2023): Facing negative emotions: Evaluation of a brief training in validating communication for contact nurses in cancer care.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102401>. [Stand: 19.05.2025]

Fahrmeir, L.; Heumann, C.; Künstler, R.; Pigeot, I. und Tutz, G. (2023): Statistik. Der Weg zur Datenanalyse (9. Auflage), München: Springer Verlag.

Franzkowiak, P. und Hurrelmann, K. (2022): Gesundheit, In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-1.0>. [Stand: 17.05.2025]

Fritzsche, K. (2020): Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung, In: Fritzsche, K. und Wirsching, M. (Hrsg.), Basiswissen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (2. Auflage), Freiburg: Springer-Verlag GmbH Deutschland & Springer Nature.

Glesenapp (2013): Emotionen als Ressourcen, Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung. Weihenhein Basel: Beltz Verlag.

Grünberg, P. (2013): Vertrauen in das Gesundheitssystem. Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen. Leipzig: Springer Fachmedien.

Greville-Harris, M.; Karl, A.; Hempel, R.; Lynch, T. und Dieppe, P. (2015): The power of invalidation in consultations for chronic pain.
<https://www.researchgate.net/publication/294892626>. [Stand: 14.05.2025]

Holopainen, R.; Lausmaa, M.; Edlund, S.; Carstens-Söderstrand, J.; Karppinen, J.; O'Sullivan, P und Linton, S. J. (2021): Physiotherapists' validating and invalidating communication before and after participating in brief cognitive functional therapy training. Test of concept study.

<https://doi.org/10.1080/21679169.2021.1967446>. [Stand: 14.05.2025]

IBM SPSS Statistics (2024): Bivariate Korrelationen.

<https://www.ibm.com/docs/de/spss-statistics/cd?topic=features-bivariate-correlations>. [Stand: 21.05.2025]

Jameda (2024): Top Ärzte und Heilberufler online buchen. Echte Erfahrungsberichte. <https://www.jameda.de/>. [Stand: 16.05.2025]

Kassenärztliche Bundesvereinbarung (2021): Arzt-Patienten-Kommunikation. Modul für Moderierende Januar 2021. <https://www.kbv.de/media/sp/Arzt-Patienten-Kommunikation.pdf>. [Stand: 17.05.2025]

Krones, T. und Richter, G (2008): Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag, 51:818–826.

<https://10.1007/s00103-008-0601-y>. [Stand: 13.05.2025]

Kuckartz, U. (2014): Mixed Methods - Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren, Marburg: Springer Fachmedien.

Lagu, T.; Hannon, N. S.; Rothberg, M. B. und Lindenauer, P. K. (2010): Patients' Evaluations of Health Care Providers in the Era of Social Networking: An Analysis of Physician-Rating Websites. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1383-0>. [Stand: 16.05.2025]

Lay, C. (2024): Arztbewertungsportale: diese Chancen bieten Bewertungsportale für die Praxisreputation.

<https://abrechnungsstelle.com/bewertungsportale/>. [Stand: 15.05.2025]

Lerch, S.; Hänggi, R; Bussmann, Y. und Lörwald, A. (2024): A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02435-z>. [Stand: 24.05.2025]

Lexikon der Psychologie (1980): Arzt-Patient-Beziehung.

<https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/arzt-patient-beziehung/1409>.

[Stand: 13.05.2025]

López, A.; Detz, A.; Ratanawongsa, N. und Sarkar, U. (2012): What Patients Say About Their Doctors Online: A Qualitative Content Analysis.

<https://doi.org/10.1007/s11606-011-1958-4>. [Stand: 16.05.2025]

Mecklenburg-Vorpommern Ministerium für Soziales, Gesundheit und Sport (2023): Verbesserung der Gesundheitsversorgung: Beratung für Kommunen.

<https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/sm/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Gesundheitsversorgung:-Beratung-f%C3%BCr-Kommunen/>. [Stand: 15.05.2025]

Nürnberg, V. und Meier, M. T. (2021): Exkurs: Das Arzt-Patienten-Verhältnis, In: Nürnberg, V. und Meier, M. T. (2021), Patientenrecht Zweitmeinung, Frankfurt: Springer Verlag.

Rischer, R.; Emmert, M; Palmowski, S. und Meszmer, N. (2017): Spotlight Gesundheit – Thema: Arztbewertungen, Patientenerfahrungen sind für Public Reporting im ambulanten Sektor zentral. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Arztbewertung_dt_web.pdf. [Stand: 15.05.2025]

Rümenapp, J. und Albrecht, M. (2023): Aktualisierung der Kleinräumigen Bevölkerungsprognose für den Landkreis Vorpommern-Greifswald Schlussbericht (korrigierte Fassung). https://www.kreisvg.de/media/custom/3079_6503_1.PDF?1687780405. [Stand: 15.05.2025]

Siewert, U.; Fendrich, K.; Doblhammer-Reiter, G.; Scholz, R. D.; Schuff-Werner, P. und Hoffmann, W. (2020): Health Care Consequences of Demographic Changes in Mecklenburg-West Pomerania. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107(18): 328–34. <https://doi.org/10.3238/ärztebl.2010.032>. [Stand: 15.05.2025]

Statistisches Bundesamt 2024: Entwicklung der Einwohnerzahl im Landkreis Vorpommern-Greifswald von 2011 bis 2023, In: Statista. <https://de-statista-com.ezproxy.hwr-berlin.de/statistik/daten/studie/1183720/umfrage/entwicklung->

der-gesamtbevoelkerung-im-landkreis-vorpommern-greifswald/. [Stand: 15.05.2025]

Steinhardt, I. (2019): Sozialwissenschaftliche Methodenberatung. Induktives und Deduktives Codieren. <https://sozmethode.hypotheses.org/842>. [Stand: 21.05.2025]

Wangler, J. und Jansky, M. (2023): Nutzungsvoraussetzungen und Einfluss von Arztbewertungsportalen – Befunde einer Befragungsstudie. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01040-9>. [Stand: 15.05.2025]

Wassom Simpson, K. S.; Gallagher, A.; Ronis, S. T.; Miller, D. A. A. und Tillczek, K. C. (2022): Youths' Perceived Impact of Invalidation on Their Mental Health Treatment Journeys. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49: 476-489. <https://doi.org/10.1007/s10488-021-01177-9>. [Stand: 14.05.2025]

Wirtz, M. A. (2021): Vertrauen, Dorsch Lexikon der Psychologie (20.Auflage), Bern: Hogrefe AG.

7. Anhang

Abbildung 1: Gesamtanzahl der Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen im Landkreis Vorpommern-Greifswald.....	47
Abbildung 2: Gesamtanzahl der Bewertungen der Internist*innen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	47
Abbildung 3: Bewertungen von Allgemeinmediziner*innen mit und ohne Freitextelementen im Landkreis Vorpommern-Greifswald	48
Abbildung 4: Bewertungen von Internist*innen mit und ohne Freitextelementen im Landkreis Vorpommern-Greifswald.....	48
Abbildung 5: Häufigkeit validierenden Verhaltens bei Allgemeinmediziner*innen	49
Abbildung 6: Häufigkeit invalidierenden Verhaltens bei Allgemeinmediziner*innen	49
Abbildung 7: Häufigkeit validierenden Verhaltens bei Internist*innen	50
Abbildung 8: Häufigkeit invalidierenden Verhaltens bei Internist*innen	50
Abbildung 9: Wahrgenommenes Vertrauensverhältnis nach Kontakt mit Allgemeinmediziner*innen	51
Abbildung 10: Wahrgenommenes Vertrauensverhältnis nach Kontakt mit Internist*innen	51
Abbildung 11: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Validierung – Allgemeinmediziner*innen	51
Abbildung 12: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Invalidierung – Allgemeinmediziner*innen	52
Abbildung 13: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Validierung – Internist*innen	52
Abbildung 14: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Invalidierung – Internist*innen	53
Abbildung 15: Häufigkeit der Validierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen	53
Abbildung 16: Häufigkeit der Invalidierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen	54

Abbildung 17: Häufigkeit der Validierungsunterkategorien in den schriftlichen
Bewertungen der Internist*innen 54

Abbildung 18: Häufigkeiten der Invalidierungsunterkategorien in den
schriftlichen Bewertungen der Internist*innen 55

Abbildung 1: Gesamtanzahl der Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Allgemeinmediziner*innen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	401	40,3	40,5	40,5
	Ja	589	59,1	59,5	100,0
	Gesamt	990	99,4	100,0	
Fehlend	System	6	,6		
	Gesamt	996	100,0		

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Gesamtanzahl der Bewertungen der Internist*innen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Internist*innen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	562	56,4	56,8	56,8
	Ja	428	43,0	43,2	100,0
	Gesamt	990	99,4	100,0	
Fehlend	System	6	,6		
	Gesamt	996	100,0		

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Bewertungen von Allgemeinmediziner*innen mit und ohne Freitextelementen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Allgemeinmediziner*innen – Schriftliches Feedback

			Schriftliches Feedback		
			Nein	Ja	Gesamt
Allgemeinmediziner*in nen	Nein	Anzahl	6	395	401
		% von Allgemeinmediziner*inn en	1,5%	98,5%	100,0%
	Ja	Anzahl	20	569	589
		% von Allgemeinmediziner*inn en	3,4%	96,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	26	964	990
		% von Allgemeinmediziner*inn en	2,6%	97,4%	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 4: Bewertungen von Internist*innen mit und ohne Freitextelementen im Landkreis Vorpommern-Greifswald

Internist*innen * Schriftliches Feedback Kreuztabelle

			Schriftliches Feedback		
			Nein	Ja	Gesamt
Internist*inne n	Nein	Anzahl	18	543	561
		% von <u>Internist*innen</u>	3,2%	96,8%	100,0%
	Ja	Anzahl	8	420	428
		% von <u>Internist*innen</u>	1,9%	98,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	26	963	989
		% von <u>Internist*innen</u>	2,6%	97,4%	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 5: Häufigkeit validierenden Verhaltens bei Allgemeinmediziner*innen

		Validierung		
		Nein	Ja	Gesamt
Allgemeinmediziner*innen	Nein	Anzahl	336	65
		% von Allgemeinmediziner*innen	83,8%	16,2%
	Ja	Anzahl	472	117
		% von Allgemeinmediziner*innen	80,1%	19,9%
Gesamt		Anzahl	808	182
		% von Allgemeinmediziner*innen	81,6%	18,4%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 6: Häufigkeit invalidierenden Verhaltens bei Allgemeinmediziner*innen

		Invalidierung		
		Nein	Ja	Gesamt
Allgemeinmediziner*innen	Nein	Anzahl	321	80
		% von Allgemeinmediziner*innen	80,0%	20,0%
	Ja	Anzahl	528	61
		% von Allgemeinmediziner*innen	89,6%	10,4%
Gesamt		Anzahl	849	141
		% von Allgemeinmediziner*innen	85,8%	14,2%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 7: Häufigkeit validierenden Verhaltens bei Internist*innen

Internist*innen * Validierung Kreuztabelle

		Validierung			Gesamt
		Nein	Ja		
Internist*inne	Nein	Anzahl	449	113	562
		% von Internist*innen	79,9%	20,1%	100,0%
Internist*inne	Ja	Anzahl	359	69	428
		% von Internist*innen	83,9%	16,1%	100,0%
Gesamt		Anzahl	808	182	990
		% von Internist*innen	81,6%	18,4%	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 8: Häufigkeit invalidierenden Verhaltens bei Internist*innen

Internist*innen * Invalidierung Kreuztabelle

		Invalidierung			Gesamt
		Nein	Ja		
Internist*inne	Nein	Anzahl	504	58	562
		% von Internist*innen	89,7%	10,3%	100,0%
Internist*inne	Ja	Anzahl	345	83	428
		% von Internist*innen	80,6%	19,4%	100,0%
Gesamt		Anzahl	849	141	990
		% von Internist*innen	85,8%	14,2%	100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 9: Wahrgenommenes Vertrauensverhältnis nach Kontakt mit Allgemeinmediziner*innen

		Vertrauensverhältnis						Gesamt
		0	Sehr geringes Vertrauen	Geringes Vertrauen	Mittleres Vertrauen	Hohes Vertrauen	Sehr hohes Vertrauen	
Allgemeinmediziner*innen	Nein	Anzahl	1	58	15	32	34	244 384
		% von Allgemeinmediziner*innen	0,3%	15,1%	3,9%	8,3%	8,9%	63,5% 100,0%
	Ja	Anzahl	0	34	21	25	44	449 573
Gesamt		% von Allgemeinmediziner*innen	0,0%	5,9%	3,7%	4,4%	7,7%	78,4% 100,0%
		Anzahl	1	92	36	57	78	693 957
		% von Allgemeinmediziner*innen	0,1%	9,6%	3,8%	6,0%	8,2%	72,4% 100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 10: Wahrgenommenes Vertrauensverhältnis nach Kontakt mit Internist*innen

		Internist*innen * Vertrauensverhältnis Kreuztabelle						Gesamt
		0	Sehr geringes Vertrauen	Geringes Vertrauen	Mittleres Vertrauen	Hohes Vertrauen	Sehr hohes Vertrauen	
Internist*innen	Nein	Anzahl	0	33	20	23	41	428 545
		% von Internist*innen	0,0%	6,1%	3,7%	4,2%	7,5%	78,5% 100,0%
	Ja	Anzahl	1	59	16	34	37	265 412
Gesamt		% von Internist*innen	0,2%	14,3%	3,9%	8,3%	9,0%	64,3% 100,0%
		Anzahl	1	92	36	57	78	693 957
		% von Internist*innen	0,1%	9,6%	3,8%	6,0%	8,2%	72,4% 100,0%

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 11: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Validierung – Allgemeinmediziner*innen

		Vertrauensverhältnis		Validierung
		Pearson-Korrelation	Sig. (1-seitig)	
Vertrauensverhältni	Pearson-Korrelation	1		,100**
	Sig. (1-seitig)			,008
	N	573		572
Validierung	Pearson-Korrelation	,100**		1
	Sig. (1-seitig)	,008		
	N	572		589

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 12: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Invalidierung – Allgemeinmediziner*innen

		Vertrauensverhältnis	Invalidierung
Vertrauensverhältnis	Pearson-Korrelation	1	-,378*
	Sig. (1-seitig)		<,001
	N	573	572
Invalidierung	Pearson-Korrelation	-,378**	1
	Sig. (1-seitig)	<,001	
	N	572	589

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 13: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Validierung – Internist*innen

		Vertrauensverhältnis	Validierung
Vertrauensverhältnis	Pearson-Korrelation	1	,213**
	Sig. (1-seitig)		<,001
	N	412	412
Validierung	Pearson-Korrelation	,213**	1
	Sig. (1-seitig)	<,001	
	N	412	428

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

Quelle: Eigene Darstellung

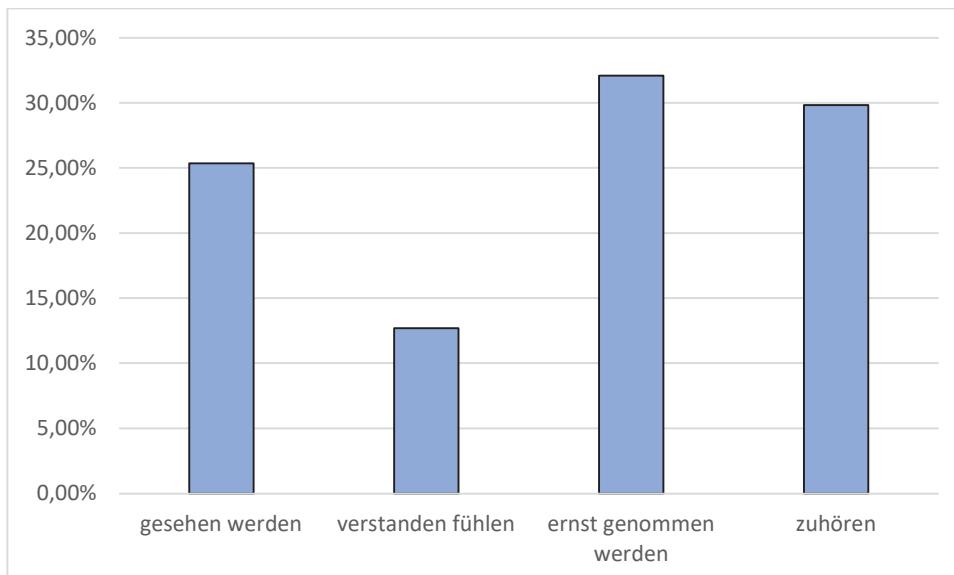
Abbildung 14: Korrelation zwischen Vertrauensverhältnis und Invalidierung – Internist*innen

		Vetrauensverhältnis	Invalidierung
Vetrauensverhältnis	Pearson-Korrelation	1	-,660**
	Sig. (1-seitig)		<,001
	N	412	412
Invalidierung	Pearson-Korrelation	-,660**	1
	Sig. (1-seitig)		<,001
	N	412	428

**. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (1-seitig) signifikant.

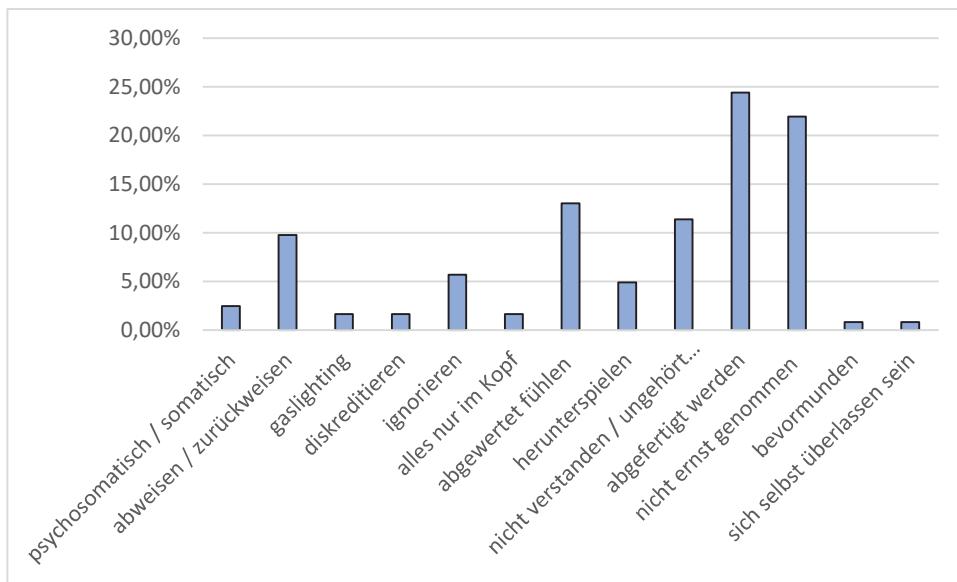
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 15: Häufigkeit der Validierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen



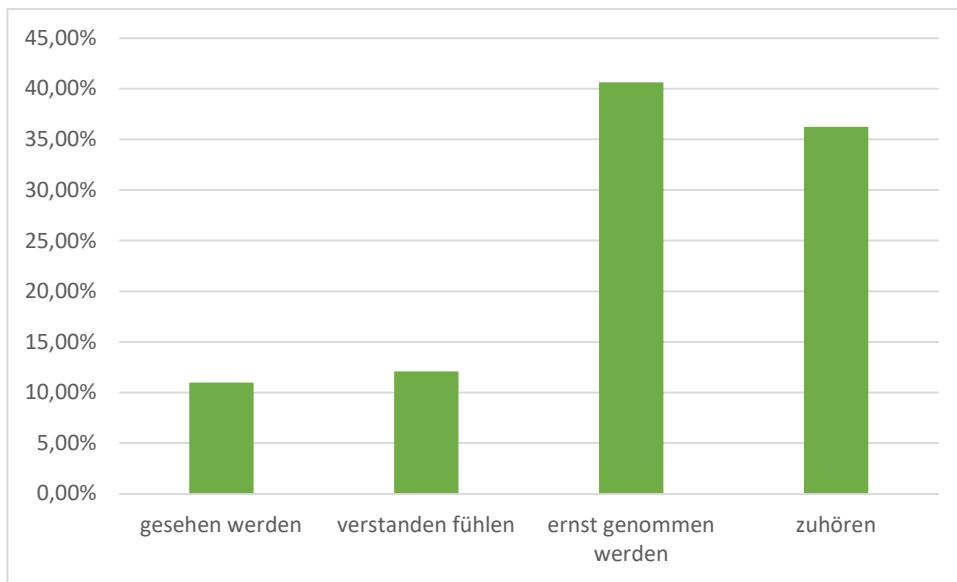
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 16: Häufigkeit der Invalidierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Allgemeinmediziner*innen



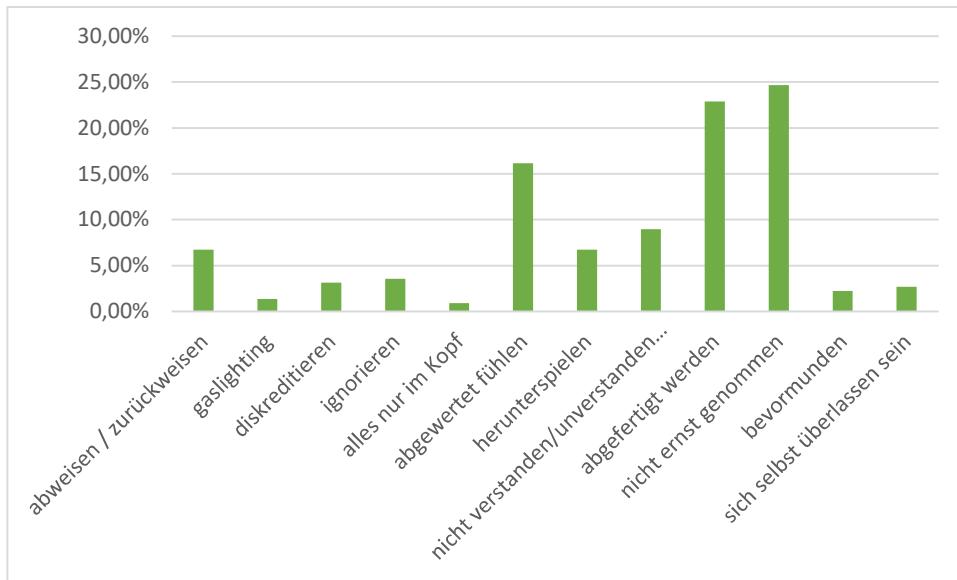
Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 17: Häufigkeit der Validierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Internist*innen



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 18: Häufigkeiten der Invalidierungsunterkategorien in den schriftlichen Bewertungen der Internist*innen



Quelle: Eigene Darstellun



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

28.05.2025

Ort, Datum

Unterschrift