SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Patientenzufriedenheit: ein Literaturbericht

Neugebauer, Birgit; Porst, Rolf

Veröffentlichungsversion / Published Version
Literaturbericht / literature report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Neugebauer, B., & Porst, R. (2001). *Patientenzufriedenheit: ein Literaturbericht.* (ZUMA-Methodenbericht, 2001/07). Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen -ZUMA-. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48754-1

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

ZUMA-Methodenbericht Nr. 7/2001

Patientenzufriedenheit
Ein Literaturbericht

Birgit Neugebauer und Rolf Porst
November 2001

ZUMA
Quadrat B2,1
Postfach 12 21 55
D-68072 Mannheim

Telefon: (0621) 12 46 - 228
Telefax: (0621) 12 46 - 100
E-mail: Neugebauer@zuma-mannheim.de
Porst@zuma-mannheim.de

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 1

2. Begriffsbestimmung 2

2.1 Zufriedenheit 2

2.2 Patientenzufriedenheit 3

3. Modelle der Patientenzufriedenheit 4

4. Dimensionen der Patientenzufriedenheit 8

5. Der Stellenwert der Patientenbefragung im Rahmen des Krankenhausmanagements 9

6. Zur Methodik von Patientenbefragungen 11

6.1 Durchführende Einrichtung 12

6.2 Bestimmung der Zielgruppe (Population) 13

6.3 Anzahl und Auswahl der Befragungsteilnehmer (Stichprobe) 14

6.4 Modus der Befragung 15

6.5. Der Ort der Befragung 16

6.6 Wahl des Erhebungszeitpunktes 17

6.7 Aufbau des Fragebogens und Durchführung der Befragung 19

7. Datenqualität 21

7.1 Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit im Gesundheitsbereich 21

7.2 Gütekriterien 25

8. Zusammenfassung 26

9. Literaturverzeichnis 27

1. Einleitung

Umfassende Befragungen von Patienten in Krankenhäusern sind in Deutschland bislang eher selten. Warum hätte man sie auch durchführen sollen? Es ist noch gar nicht so lange her, dass Patienten in Krankenhäusern als „Abhängige“ betrachtet wurden, als Personen, die sich mehr oder weniger „willenlos“ in die Hände des medizinischen Personals in Krankenhäusern „auslieferten“. Entsprechend standen in Krankenhäusern überwiegend die klinisch-medizinischen Aspekte des Krankenhausaufenthaltes im Vordergrund. Im Zuge der Gesundheitsreform hat sich in den letzten Jahren eine neue Sichtweise des Patienten im Krankenhaus herausgebildet - der Patient ist zum „Kunden“ geworden, den man nicht nur durch medizinische Leistung, sondern auch durch guten Service zufriedenstellen muss. Patientenorientierung wird heute als explizites Versorgungsziel des Krankenhauses definiert.

Die angespannte wirtschaftliche Lage im Gesundheitswesen hat ihr übriges zu einer veränderten Sichtweise des Patienten im Krankenhaus getan. Kliniken sind heute mehr denn je darauf angewiesen, betriebswirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten. Dazu gehört es auch, die Patienten „rundum“ zufriedenzustellen; nach dem Motto, „ein zufriedener Kunde kehrt zurück“.

Der Patient seinerseits verändert seine Erwartungen an das Krankenhaus; man fordert mehr Integration in den medizinischen Entscheidungsprozeß, mehr angemessene und verständliche Information und eine stärkere Berücksichtigung der Persönlichkeitsrechte.

Das Bild des Patienten hat sich gewandelt, und zwar sowohl aus der Sicht des Krankenhauses als auch aus der Sicht des Patienten selbst. Veränderte Ansprüche des Patienten an das Krankenhaus bei gleichzeitiger Verschärfung des medizinischen Wettbewerbs führen dazu, daß sich Kliniken wie Anbieter anderer Produkte verhalten müssen: Sie müssen die Erwartungen und Wünsche ihrer „Kunden“ an ihr „Produkt“ Krankenhausaufenthalt systematisch erforschen. Die Krankenhäuser sehen sich mit der Frage konfrontiert, wie man angemessene Informationen über die Erwartungen des „Kunden Patienten“ an und seine Erfahrungen mit dem Krankenhausaufenthalt erfassen kann.

Ein entscheidendes Medium zur Informationsgewinnung stellt die Patientenbefragung dar, mit der wir uns in diesem Bericht beschäftigen wollen. Wir definieren zunächst die Begriffe „Zufriedenheit“ und „Patientenzufriedenheit“ (Kap. 2), stellen dann Modelle der Patientenzufriedenheit vor (Kap. 3) und befassen uns eher grundsätzlich mit der Stellung der Patientenbefragung im Rahmen des gesamten Krankenhausmanagements (Kap. 4). Diesem eher „theoretischen“ Teil folgen dann Überlegungen zur Methode der Patientenbefragung (Kap. 5), bevor wir uns abschließend mit der Qualität der Daten beschäftigen, die bei Patientenbefragungen erhoben werden (Kap.6)

2. Begriffsbestimmung

Wenngleich es viele Aspekte einer Patientenbefragung gibt, spielt Zufriedenheit bei Patientenbefragungen doch eine entscheidende Rolle. Aus diesem Grunde werden wir uns zunächst mit dem Begriff der „Zufriedenheit“ und mit dem Begriff der „Patientenzufriedenheit“ zu beschäftigen haben.

2.1 Zufriedenheit

Zufriedenheit wird im allgemeinen als emotionale Reaktion auf das Ergebnis eines kognitiven Soll/Ist-Vergleichs bezeichnet. Diesem Vergleich liegt die Bewertung der subjektiv wahrgenommenen Anbieterleistung (Istzustand) gegenüber einer erwarteten Leistung (Sollzustand) zugrunde. Dieser Vergleich hat entweder eine Bestätigung oder eine Nichtbestätigung als Ergebnis, woraus sich der Grad der Zufriedenheit determiniert. Bruggemann (1974:283f) nennt folgende Unterarten der Zufriedenheit:

a) progressive Zufriedenheit

   Die progressive Zufriedenheit beruht auf der Befriedigung von Bedürfnissen und Erwartungen und ist zusätzlich mit dem Wunsch und/oder der Erwartung verbunden, weitergehende, neue Ziele zu erreichen.

b) stabilisierende Zufriedenheit

   Die stabilisierende Zufriedenheit beruht auf Befriedigung und verbindet sich mit dem Wunsch nach Wahrung des Erreichten.

c) resignative Zufriedenheit

   Die resignative Zufriedenheit ist eine Zufriedenheit aufgrund vorher herabgesetzter Ansprüche.

d) Pseudo-Zufriedenheit

   Die Pseudo-Zufriedenheit erfolgt aufgrund von Problemverdrängung und Verfälschung der Situation.

e) fixierte Unzufriedenheit

   Die Unzufriedenheit erscheint aussichtslos. Möglichkeiten zur Veränderung der Situation scheinen nicht vorhanden zu sein.

f) konstruktive Unzufriedenheit

Die Unzufriedenheit wird mit Vorstellungen und Initiativen zur Überwindung der unbefriedigenden Situation verknüpft.

Bei den bisherigen Zufriedenheitsuntersuchungen wurde auf diese verschiedenen Arten der Zufriedenheit bei der Konstruktion von Fragebögen allerdings kein Bezug genommen (vgl. Dreier 1999: 4).

2.2 Patientenzufriedenheit

Rentrop nennt als eine der hervorstechenden Schwächen im Umgang mit Patientenzufriedenheitsuntersuchungen die bislang immer noch nicht gelungene eindeutige Definition des Begriffs der „Zufriedenheit mit der Krankenhausbehandlung“. Neben dem Gesundheitszustand gibt er als Dimension der Patientenzufriedenheit das Endergebnis der medizinischen Behandlung an (Rentrop 1997:4). Dabei ergeben sich zwei Komponenten von Patientenzufriedenheit: Gesundheitszustand vor der Behandlung als unabhängige Variable, die im weiteren die Compliance des Patienten, die Nutzung von Behandlungsangeboten und die Effektivität bzw. das Ergebnis einer Behandlung bestimmt sowie der Gesundheitszustand im Sinne des Endergebnisses der medizinischen Behandlung als abhängige Variable, die durch Erwartungen, frühere Erfahrungen, Einstellungen zum Leben, Selbstbild und Krankheitsverhalten sowie auch durch Struktur, Prozess und Ergebnis der Behandlung an sich bestimmt wird. Zetkin/Schaldach (1999: 1518) definieren Patientenzufriedenheit als einen Begriff „zur Kennzeichnung der sozialen Qualität der medizinischen Betreuung“.Patientenzufriedenheit hänge wesentlich von der Fähigkeit des Arztes ab, mit dem Patienten zu kommunizieren, insbesondere ihn über die Entstehung und den Verlauf seiner Krankheit zu unterrichten und ihn in die Therapie mit einzubeziehen. Auch betont er den engen Zusammenhang der Patientenzufriedenheit mit den Begriffen Compliance und Akzeptanz.

Wüthrich-Schneider (1998, 83) definiert Patientenzufriedenheit als „Reaktion der medizinisch Behandelten zu hervorstechenden Aspekten der Dienstleistung“. Seiner Meinung nach kann Patienten-Unzufriedenheit entweder durch ein Ereignis, das nicht hätte vorkommen sollen oder durch eine wünschbare Situation, die nicht eingetreten ist, entstehen. Blum (1998, 41ff) unterscheidet bei der Messung der Patientenzufriedenheit drei Ebenen: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität. Die Strukturqualität bezieht sich auf die Elemente, die als Voraussetzung für eine hochwertige Leistungserbringung vonnöten sind. Dazu zählen zum einen die weitgehend behandlungsunabhängigen Eigenschaften einer medizinischen Einrichtung wie z.B. Art, Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter (personale Elemente), die finanzielle und infrastrukturelle Ausstattung (materielle Elemente), aber auch Organisationsaufbau und –planung (organisatorische Elemente). Die Prozessqualität bezieht sich währenddessen auf die behandlungsabhängigen Eigenschaften einer medizinischen Einrichtung. Sie erstreckt sich gleichermaßen auf die technische Qualität der Behandlung als auch auf die nichtmedizinischen Aspekte des Versorgungsablaufs. Die Ergebnisqualität schließlich richtet sich

sowohl auf die technische Versorgungsqualität als auch auf das Ergebnis der medizinischen Behandlung und wird somit in einem hohen Maße durch die Prozessqualität bestimmt.

3. Modelle der Patientenzufriedenheit

Wüthrich-Schneider (1998) nennt fünf verschiedene Theorien zur Erforschung der zur Zufriedenheit beitragenden Faktoren. Bei der **sozialen Vergleichstheorie** dient der Zustand einer Bezugsperson als Maßstab für die eigene Zufriedenheit. Geht es der Person ebenso gut oder besser als der Bezugsperson, so liegt Zufriedenheit vor. Vor allem der abwärtsgerichtete Vergleich zur Bezugsperson kann die eigene Zufriedenheit erhöhen. Die **Adaptationstheorie** beruht auf intraindividuellen Vergleichsprozessen und auf der Annahme, dass aktuelle subjektive Erfahrungen normativ anhand bisheriger Erfahrungen im Sinne eines Vergangenheits-Gegenwartsvergleichs bewertet werden. Nach der **Anspruchsniveautheorie** hängt die Zufriedenheit von der Differenz zwischen Anspruchsniveau und wahrgenommener Situation oder erreichtem Ziel ab, d.h. vom Unterschied zwischen Erwartung und Erfüllung der Erwartung. Der **kompetenztheoretische Ansatz** nimmt an, dass Wohlbefinden und Zufriedenheit ein Ergebnis erfolgreicher Bewältigung externer Anforderungen sind. Dieser Erfolg bewirke Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, gewünschte Ziele zu erreichen und Unerwünschtes zu vermeiden, während die **kognitive Dissonanztheorie** annimmt, dass bei einer Inkongruenz von Erwartungen oder Bedürfnissen und der Realität eine kognitive Dissonanz entsteht, die mit intrapersonellen Spannungszuständen einhergeht und Unzufriedenheit hervorruft (vgl. Wüthrich-Schneider 1998, 85f).

BLUM stellt heraus, dass sich in der Literatur zwei zentrale Modelle der Patientenzufriedenheit finden lassen: das Evaluations- und das Diskrepanzmodell. Beim **Evaluationsmodell** lässt sich die Patientenzufriedenheit bzw. –unzufriedenheit als positive oder negative Evaluation einer medizinischen Behandlung, einer medizinischen Einrichtung oder eines medizinischen Leistungsanbieters durch den Patienten selbst definieren. Der Begriff der Patientenzufriedenheit wird als multidimensionales Konstrukt gefasst, das insofern mehrere Dimensionen umfasst als sich der medizinische Leistungsprozess in einzelne Aspekte und Sequenzen unterteilen lässt, für die jeweils separat Patientenbewertungen erhoben werden können. Nach Blum (1998:53) werden im Evaluationsmodell folgende Dimensionen herausgestellt:

1. Technische Versorgungsqualität“, wobei die technische Qualität die fachliche Kompetenz der medizinischen und paramedizinischen Leistungserbringer bzw. die medizinische, pflegerische oder medizintechnische Leistungsqualität betrifft.
2. „Psychosoziale Versorgungsqualität“, worunter alle nicht-medizinischen Aspekte der Interaktion zwischen Patient und medizinischen Leistungsanbietern fallen. Typische Teilaspekte dieser Dimension sind

- das Auftreten gegenüber dem Patienten (Freundlichkeit, Respekt, Hilfsbereitschaft)
- die emotionale Unterstützung (z.B. Mitgefühl, Anteilnahme, Angstkontrolle) aber auch
- die Informationsqualität (etwa hinsichtlich Gründlichkeit und Verständlichkeit der Patientenaufklärung).

Die psychosoziale Versorgungsqualität bildet in vielen Untersuchungen den wichtigsten Aspekt, denn die technische Versorgungsqualität kann der Patient oft nur begrenzt beurteilen

3. Sämtliche organisatorische oder infrastrukturelle Bedingungen, die den Zugang zu einer medizinischen Institution bzw. einzelnen Leistungserbringern erleichtern oder erschweren, werden unter der Dimension „Zugänglichkeit“ zusammengefasst. Dazu gehören beispielsweise Öffnungszeiten, Bestellsystem, Wartezeiten auf einen Termin, aber auch die verkehrsmäßige Erreichbarkeit einer Institution (Nahverkehrsanschluss, Ausschilderung, ausreichende Parkgelegenheiten etc.).

4. Die „räumlich-technische Ausstattung“ meint sowohl die räumliche als auch die technische Infrastruktur einer medizinischen Einrichtung. Da der Patient diese Dimension oft nur begrenzt beurteilen kann, wird dieser Aspekt in den meisten Befragungen anhand der Unterbringung der Patienten oder der Hotelleistungen operationalisiert, z.B. hygienische oder sanitäre Verhältnisse, Ausstattung, Freundlichkeit, Sauberkeit von Kranken- oder Wartezimmern, Übersichtlichkeit und Ausschilderung einer Einrichtung etc

5. Das „Behandlungsergebnis“ betrifft den Erfolg einer medizinischen Intervention auf das (erwartete oder angestrebte) Behandlungsziel. Die Patientenzufriedenheit misst sich hier letzlich daran, ob und inwieweit die Behandlung zur Heilung bzw. Kontrolle einer Krankheit oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden beigetragen hat. Die Verbesserung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes stellt sowohl aus Sicht des Patienten wie auch des medizinischen Personals den zentralen Ergebnisindikator dar. Für diesen Aspekt ist der Patient wie kein anderer zur Beurteilung geeignet.

6. Die „Versorgungskontinuität“ betrifft die Frage, inwieweit der Patient in verschiedenen Behandlungssequenzen oder bei verschiedenen Versorgungsepisoden von denselben Anbietern behandelt wird oder dieselbe Einrichtung aufsuchen kann. Diese Dimension bleibt in den meisten Zufriedenheitsuntersuchungen unberücksichtigt.

7. Unter „Finanzierung“ fallen alle Faktoren, die mit der Finanzierung von Gesundheitsleistungen zusammenhängen (z.B. Preis-/Leistungsverhältnis, Art der Finanzierung, Umfang des Versicherungsschutzes). Bestehen keine direkten finanziellen Beziehun

   gen zwischen Patient und medizinischen Anbietern, so ist dieser Aspekt für die Zufriedenheit mit einer konkreten Behandlung weitgehend irrelevant.

8. Die „Verfügbarkeit“ meint die Versorgungsdichte in einer Region bzw. die räumliche Nähe von Patient und medizinischer Einrichtung. Dieser Aspekt ist eher eine Eigenschaft des Gesundheits- oder Medizinsystems als Ganzem und dementsprechend für eine Arzt-Patient-Interaktion weniger von Interesse.

Hall u.a. (1988a; 1988b) identifizieren in einer Metaanalyse insgesamt zwölf Dimensionen der Patientenzufriedenheit. Geordnet nach ihrer Häufigkeit sind dies im einzelnen:

1. Psychosoziale oder affektive Betreuung
2. Informationen und Aufklärung
3. Gesamtqualität
4. Fachliche oder technische Kompetenz des medizinischen Personals
5. Gesamtzufriedenheit
6. Organisation, Ablauforganisation, administrativer Aufwand
7. Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Verfügbarkeit
8. Finanzierung
9. Einrichtung oder infrastrukturelle Ausstattung
10. Behandlungsergebnis
11. Versorgungskontinuität
12. Berücksichtigung allgemeiner Lebensprobleme des Patienten

Eine weitere Möglichkeit, Patientenzufriedenheit zu erfassen besteht darin, zentrale übergeordnete Leistungsbereiche aufzustellen. Dabei wird meist zwischen der Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung, der nicht-medizinischen Betreuung und der Infrastruktur der Einrichtung sowie der Gesamtzufriedenheit unterschieden. Auch ein Modell der Versorgungsqualität aus Patientensicht ist möglich: dabei setzt sich die Versorgungsqualität mit der Ressourcenstruktur einer medizinischen Einrichtung auf der Anbieterseite und den Patientenpräferenzen auf der Nachfragerseite aus zwei Schlüsselvariablen zusammen. Durch Kreuztabellierung der beiden Schlüsselvariablen ergibt sich ein vierdimensionales Modell mit den Variablen medizinisch-technische Kompetenz, administrativ-technische Bedingungen, psychosoziale Kompetenz und soziokulturelle Atmosphäre.

Das **Diskrepanzmodell** bezieht neben den einzelnen Behandlungsaspekten und –komponenten auch noch behandlungsunabhängige Erwartungen, Ansprüche und Werte der Patienten in die Untersuchung ein. Die Patientenzufriedenheit wird hierbei als Übereinstimmung von behandlungsunabhängigen Erwartungen und Ansprüchen des Patienten gegenüber der wahrgenommenen Behandlungsqualität definiert. Die Betonung bei diesem Modell liegt auf dem

Maßstab, der durch die Erwartungen, Ansprüche und Werte zugrundegelegt wird. Blum (1998: 58) bezeichnet mit Erwartung die subjektive Wahrscheinlichkeit, dass ein Behandlungsaspekt ein bestimmtes Qualitätsniveau erreicht, unter Anspruch wird die subjektiv erwünschte Qualität eines Behandlungsaspektes verstanden, und der Wert bezieht sich auf die subjektive Relevanz eines Behandlungsaspektes. Patientenzufriedenheit liegt dann vor, wenn die tatsächlichen Erfahrungen den eigenen Erwartungen und Ansprüchen mindestens entsprechen. Sie ist dann besonders hoch, wenn die erfahrene Behandlungsqualität die subjektiven Bewertungskriterien deutlich übertrifft oder wenn ohnehin hohe Erwartungen und Ansprüche befriedigt oder überboten werden. Unzufriedenheit entsteht dann, wenn die einzelnen Behandlungsaspekte nicht den individuellen Maßstäben genügen. Besonders stark ausgeprägt ist die Unzufriedenheit, wenn die konkrete Behandlungsevaluation deutlich unterhalb der subjektiven Standards liegt oder aber selbst niedrige Erwartungen und Ansprüche nicht erfüllt werden. Zusätzlich müssen die einzelnen Behandlungsaspekte noch einer Wertehierarchie unterzogen werden. Grosse Diskrepanzwerte haben in der Regel kaum Einfluss auf die Patientenzufriedenheit, wenn sich das entsprechende Behandlungselement auf der Werte- oder Relevanzskala des Patienten auf unterster Stelle befindet. Umgekehrt können geringe Diskrepanzwerte die Patientenzufriedenheit nachhaltig fördern oder beeinträchtigen, wenn das entsprechende Behandlungselement für den Patienten besonders wichtig ist. Es muss bedacht werden, dass die Bewertungskriterien sowie die Patientenurteile als Merkmale mit einem mehr oder weniger großen Streuungs- oder Toleranzbereich zu betrachten sind. Solange subjektive Standards durch die konkreten Behandlungserfahrungen nicht allzustark unterboten werden, können Diskrepanzen zwischen den beiden Merkmalen entweder durch eine Abschwächung der persönlichen Maßstäbe oder durch eine Relativierung der individuellen Behandlungsbewertung kognitiv umgedeutet werden, so dass doch wieder eine Kongruenz zwischen den Erwartungen bzw. Ansprüchen und tatsächlicher Erfahrung erzielt wird. Erst wenn subjektive Standards und tatsächliche Erfahrungen so stark voneinander abweichen, dass die Diskrepanz zwischen ihnen nicht mehr umgedeutet werden kann, artikuliert der Patient in stärkerem Maße Unzufriedenheit (vgl. Blum: 59f).

Eine Variante des Diskrepanzmodells stellen **ökonomistische Modelle des fairen Austausches** dar. Hierbei wird die Patientenzufriedenheit als eine Funktion des Verhältnisses von Kosten und Nutzen einer medizinischen Intervention definiert. Man geht davon aus, dass der Patient in eine medizinische Behandlung bestimmte materielle und immaterielle Kosten (wie Versicherungsbeiträge, Zeit, Schmerzen, Angst, Verletzung der körperlichen Unversehrtheit oder der persönlichen Intimsphäre etc.) investiert, um als Gegenwert einen entsprechenden Nutzen zu erzielen (wie Heilung, Schmerzlinderung, Gefühlsregulierung, Krankheitsgewinn etc.). Die Patientenzufriedenheit resultiert dann aus einem fairen Ausgleich zwischen Kosten und Nutzen. Der erhaltene Nutzen muss mindestens so groß sein wie die investierten Kosten, andernfalls ist der Patient unzufrieden. Ein zentrales Problem bei diesem Modell liegt im

Vergleich der unterschiedlichen Kosten- und Nutzeneinheiten, da diese bei verschiedenen Patienten eine unterschiedliche Gewichtung erfahren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Patientenzufriedenheit das Ergebnis unterschiedlichster Einflussfaktoren sein kann. Der Anteil zufriedener Patienten wird – jeweils unter Konstanthaltung aller übrigen Einflussfaktoren – umso höher sein, je niedriger die Erwartungen und Ansprüche der Patienten sind, je besser die wahrgenommene Versorgungsqualität ist, je ausgeprägter die Bereitschaft zu kognitiven Umdeutungen ist und je wichtiger erwartungskonforme Behandlungselemente in der individuellen Wertehierarchie der Patienten sind. Grosse Unzufriedenheit kann umgekehrt als Folge hoher Erwartungen und Ansprüche, einer defizitären Versorgungsqualität, der Weigerung zur kognitiven Umdeutung sowie der besonderen Relevanz eines schlecht bewerteten Behandlungselements in der individuellen Wertehierarchie angesehen werden.

4. Dimensionen der Patientenzufriedenheit

Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Definition des Begriffes „Patientenzufriedenheit“ ergeben sich in den verschiedenen Studien verschiedene Dimensionen zur Messung von Patientenzufriedenheit. Beim momentanen Literaturstand sind folgende Dimensionen zu finden

Dimensionen	DE JAGER (1998)	FLEISCHER (1996)	SCHMUTTE (1998)	WARE (1983)	HAHNE (1999)	ARNOLD	BLUM (1998)	Anzahl der Nennungen
Pflegerische Betreuung	X	X	X		X			4
Ärztliche Betreuung a) Kompetenz des Arztes b) Kommunikationsverhalten des Arztes c) Allgemeiner Verhaltensstil des Arztes	X	X			X	X		4
Hotelleistungen, z.B. Komfort und Sauberkeit, moderne Ausstattung		X	X	X	X			4
Verwaltung, z.B. Wartezeiten, Aufwand, einen Termin auszumachen, Aufnahme		X	X	X				3
Heilungsverlauf, tatsächliche Hilfe in der Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit			X				X	2
Gesamteindruck / -zufriedenheit		X					X	2
Mitsprache- und Einflussmöglichkeiten							X	1
Technische Qualität der Versorgung				X				1

Soziale Unterstützung							X	1
Information und Aufklärung							X	1
Ablauforganisation							X	1
Höflichkeit der den Patienten umgebenden Personen			X					1
Religiöse Betreuung			X					1
Bewertung der Beschwerdebearbeitung					X			1
Bewertung des ersten Tages				X				1
Psychologische Betreuung	X							1

Tab.1: Dimensionen und Anzahl der Nennungen des Begriffs Patientenzufriedenheit

Es ist leicht zu sehen, dass sich unter all diesen Dimensionen drei Aspekte herausheben - die pflegerische Betreuung, die ärztliche Betreuung und die „Hotelleistungen“. Andere häufig genannte Aspekte sind die Verwaltung, der Heilungsverlauf und der Gesamteindruck bzw. die Gesamtzufriedenheit.

5. Der Stellenwert der Patientenbefragung im Rahmen des Krankenhausmanagements

Man kann Patientenbefragungen unterscheiden in **regelmäßige** Befragungen, bei denen die Patienten in immer wiederkehrenden Abständen befragt werden und in **anlassbezogene** Befragungen, die z.B. als Reaktion auf eine Häufung von Patientenbeschwerden durchgeführt werden. Anlassbezogene Patientenbefragungen dienen auch der datengestützten Vorbereitung gezielter Maßnahmen innerhalb eines Krankenhauses; so können beispielsweise Befragungen zu Veränderungen im Ablauf auf den Stationen, zu Veränderungen der Weck -und Essenszeiten oder aber auch zu Veränderungen der Wartezeiten in den Funktionsbereichen durchgeführt werden. Befragungen dieser Art dienen dazu, vor Durchführung einer Maßnahme den Patientenwunsch zu erfahren und diesen dann gezielt umzusetzen.

Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Motive und Gründe, die zu einer anlassbezogenen Befragung führen können, wollen wir uns damit nicht näher beschäftigen, sondern uns im weiteren nur noch den **regelmäßigen** Befragungen zuwenden.

Die Sichtung von etwa zwanzig einschlägigen Veröffentlichungen gibt uns einen Überblick über die Ziele, die mit regelmäßigen Patientenbefragungen verfolgt werden sollen:

Ziele der Patientenbefragung	**Nennungen**
Messung der Qualität / Effektivität	6
Instrument für die Imagebildung und damit für die Kundenbindung / Patienten-zufriedenheit	4
Erkennen von Schwachstellen in den Versorgungsabläufen	4
Mitarbeitermotivation	4
Öffentlichkeitsarbeit	3
Vergleich zu anderen Anbietern dieser Versorgungsleistungen (Querschnitt)	1
Zeitlicher Vergleich (Längsschnitt)	1

Tab. 2: Ziele der Patientenbefragung

In der Übersicht kann man sehen, dass die **Messung der Qualität und der Effektivität** der Leistung einer Einrichtung an vorderster Stelle steht - angesichts der Gesundheitsreform und der damit verbundenen Kosteneinsparungen eine verständliche Prioritätensetzung, die dazu beitragen soll, im momentanen Konkurrenzkampf im Gesundheitswesen das Überleben der Einrichtung zu sichern.

In die gleiche Richtung weist auch das genannte Ziel, **die Patientenbefragung als Instrument zur Imagebildung** einer Einrichtung und damit zur Stärkung der Kundenbindung zu verwenden. In Patientenbefragungen kann und soll die Zufriedenheit des „Kunden“ Patient mit den unterschiedlichsten Aspekten seines Krankenhausaufenthaltes gemessen werden. Eine hohe Patientenzufriedenheit wirkt sich auf die Compliance des Patienten aus und schafft somit die Voraussetzung für langfristig gute Behandlungsergebnisse (vgl. de JAGER, 1998:10). Ist der Patient mit dem Krankenhaus zufrieden, wird sich dies auf das Image des Krankenhauses und damit auch auf die Kunden(Patienten)bindung an das Krankenhaus auswirken: Der zufriedene Patient wird sich, wenn er die Möglichkeit dazu hat, sehr wahrscheinlich wieder für das Krankenhaus entscheiden, in dem er bei einem früheren Aufenthalt gute Erfahrungen gemacht hat.

In engem Zusammenhang mit den beiden erstgenannten Zielen steht das **Erkennen von Schwachstellen in den Versorgungsabläufen** als ein weiteres der genannten Ziele. Behebung von Schwachstellen in den Versorgungsabläufen erhöht zum einen die Patientenzufriedenheit (wenn diese beispielsweise nicht mehr so lange warten müssen), zum anderen aber auch die Qualität (z.B. bessere Absprache zwischen verschiedenen Mitarbeitern und Stationen). Auf diese Weise können Patientenbefragungen sowohl als eine Art externer Leistungskontrolle als auch gleichzeitig als internes Qualitätsinstrument verstanden werden (vgl. Fleischer 1996: 77).

In eine etwas andere Richtung zielt die **Patientenbefragung als Instrument zur Förderung des internen Qualitätsmanagements.** . Wenn die Patienten bei einer Befragung Unzufriedenheit mit bestimmten Stationen zum Ausdruck bringen, sind diese Stationen gefordert, Mißstände oder Schwachstellen zu beheben.

Am Ende der Ziele-Liste, die wir aus der Literatur abgeleitet haben, stehen **der Vergleich mit anderen Anbietern der gleichen Versorgungsleistungen** (Querschnittsanalyse) und der **Vergleich innerhalb der eigenen Einrichtung über die Zeit** (Längsschnittsanalyse). Dies mag sicherlich auch mit daran liegen, dass es sich bei der Patientenbefragung weitgehend um ein neuartiges Instrument handelt. Es ist abzusehen, dass gerade der Querschnittsanalyse, d.h. dem Vergleich mit anderen Anbietern dieser Versorgungsleistungen, in Zukunft wesentlich mehr Gewicht zukommen wird, als dies bisher der Fall gewesen ist. Der verschärfte Konkurrenzkampf im Gesundheitswesen, neue Abrechnungsmodalitäten, Kostendruck und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen werden die Klinikleitungen immer mehr dazu zwingen, ihr Haus wirtschaftlich und auch ökonomisch effizient zu führen. Patientenbefragungen können - gemeinsam mit anderen Instrumenten wie beispielsweise einem modernen Personal-, Organisations- und Finanzcontrolling - einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Qualitätsmanagements leisten, welches dazu beitragen kann, das Überleben und die Fortentwicklung der einzelnen Häuser auf dem immer härter umkämpft werdenden Gesundheitssektor auf Dauer zu sichern (vgl. Fleischer 1996: 76).

6. Zur Methodik von Patientenbefragungen

Nachdem bisher deutlich geworden ist, warum man Patientenbefragungen in Krankenhäusern durchführen sollte und welches die geeigneten Inhalte für eine solche Befragung sein könnten, wenden wir uns der Methodik von Patientenbefragungen zu. Die entscheidende Frage lautet: **Wer** befragt **welche** und **wie viele** Patienten **wie**, **wo**, **wann** und **womit**? Anders ausgedrückt haben wir uns zu beschäftigen mit

- der Einrichtung, die die Patientenbefragung durchführt und auswertet
- der Bestimmung der Zielgruppe (Population)
- der Anzahl und Art der Auswahl der Befragungsteilnehmer
- dem Modus der Befragung
- dem Ort der Befragung
- dem Zeitpunkt der Befragung
- und dem Fragebogen.

Nun sind diese diversen Aspekte faktisch natürlich nicht eindeutig voneinander zu trennen, sondern stehen in einem teilweise sehr engen Zusammenhang miteinander. So hat z.B. die Frage, **wer** eine Patientenbefragung letztlich durchführt, entscheidenden Einfluss auf den **Modus der Datenerhebung**; gleiches gilt für die Frage, **wann** die Erhebung durchgeführt wird. Auch **wer** befragt wird hängt davon ab, **wann** befragt werden soll. Diese Komplexität lässt sich nicht auflösen, dennoch wollen wir versuchen, die unterschiedlichen Aspekte möglichst getrennt voneinander abzuarbeiten.

6.1 Durchführende Einrichtung

Eine Patientenbefragung kann zum einen durch MitarbeiterInnen des Krankenhauses durchgeführt werden, zum anderen durch externe Personen oder Einrichtungen wie z.B. kommerziell tätige Umfrageinstitute.

Die Befragung durch MitarbeiterInnen hat u.a. den Vorteil, daß diese sich zunächst einmal in einem bereits bestehenden Kommunikationsprozeß mit den Patienten befinden, dadurch entweder als Person eine gewisse Kooperation begründet ist oder qua Rolle erwartet werden kann: Man fühlt sich dem Krankenhauspersonal gegenüber in einer gewissen Weise verpflichtet. Dies wird sich allerdings auch im Antwortverhalten der Patienten niederschlagen, d.h. bei Durchführung der Befragung durch die MitarbeiterInnen ist mit einem höheren Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu rechnen. Der entscheidende Nachteil aber besteht darin, daß die MitarbeiterInnen während ihres Einsatzes für die Patientenbefragung davon abgehalten werden, ihren eigentlichen Aufgaben nachzukommen. Dies gilt vor allem dann, wenn die Befragung als persönlich-mündliches Interview durchgeführt wird. Die Alternative der Beauftragung eines kommerziellen Befragungsinstituts hat umgekehrt den Vorteil, dass eben MitarbeiterInnen gerade nicht in Anspruch genommen werden müssen und dadurch die Entscheidung für den Datenerhebungsmodus offener gestaltet werden kann. Der Nachteil - sieht man einmal von den Kosten ab - besteht darin, dass sich MitarbeiterInnen des Befragungsinstituts im Krankenhaus „breit machen“ müssen und damit den täglichen Ablauf stören können. Sie werden während ihres kurzen Aufenthaltes bei den zu befragenden Patienten kein Vertrauensverhältnis zu diesen aufbauen können, weil sie diese rein funktional und aufgabenorientiert wahrnehmen - sofern die Befragung im Krankenhaus selbst stattfinden soll, was wiederum von der Zielsetzung der Studie abhängig ist.

Nimmt man ein kommerzielles Befragungsinstitut in Anspruch, wird dieses auch die Auswertung vornehmen (sollen). Fürs erste ist das sicherlich ausreichend. Allerdings sollte man sich überlegen, dass man sich für gegebenenfalls eigene nachfolgende Auswertungen die Daten zur Verfügung stellen lässt, also nicht nur einen fertigen Bericht anfordert. Spätere Auswertungen können gezielt zu weiterem Informationsgewinn genutzt werden, wobei für die Auswertungsarbeiten z.B. auf StudentInnen mit Kenntnissen in den gängigen sozialwissenschaftlichen Analyseverfahren zurückgegriffen werden könnte.

6.2 Bestimmung der Zielgruppe (Population)

Als Zielgruppe oder Population bezeichnen wir in diesem Zusammenhang die Summe aller Personen, die grundsätzlich für eine Patientenbefragung in Frage kommen. Die Definition der Grundgesamtheit ist in das beliebige Ermessen des Umfragers gestellt, muss aber für die spezifische Problemstellung der Studie angemessen sein.

Bei einer Patientenbefragung könnten zunächst einmal alle Patienten, die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt im Krankenhaus aufhalten, die Population darstellen. Aus organisatorischen Gründen ist es aber meist erforderlich, Ausschlußkriterien zu definieren und Personen, die diesen Kriterien entsprechen, aus der Befragung zu nehmen.

Wenn man seine Befragung nicht gerade auf die Qualität des Aufnahmegeschehens konzentrieren möchte, sollten Patienten nur dann in die Befragung genommen werden, wenn sie mindestens 24 Stunden im Krankenhaus stationär aufgenommen sind (Mitternachtsstatistik). Der Grund hierfür liegt darin, dass Patienten, die weniger als 24 Stunden im Krankenhaus sind, wesentliche Erfahrungen noch gar nicht gemacht haben.

„Problematische“ Patientengruppen, die (momentan) in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind, sind nicht oder nur sehr schwierig mit einer Befragung zu konfrontieren - wenn man auch sie einbeziehen will, muss man sich gegebenenfalls andere Formen der Erhebung von Informationen ausdenken als es standardisierte Befragungen sind. Zu diesen problematischen Patientengruppen gehören etwa schwerstkranke, schwerstunfallverletzte, altersdemente oder nicht deutschsprachige Patienten, aber auch solche, die des Lesens und Schreibens unkundig sind, sofern man eben nicht persönlich-mündlich befragen möchte. Aufgrund gesetzlicher Regelungen muss für eine Befragung von Patienten unter 18 Jahren die Einwilligung der Eltern eingeholt werden. Wie geht man mit Kindern unter 8 Jahren um?

PIRA (2000: 155) nennt als Ausschlusskriterien folgende Punkte:

1. Verweildauer geringer als eine Nacht
2. Alter des Patienten unter 18 Jahren
3. Physische oder psychische Gründe, die eine Befragung unmöglich machen
4. Mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache
5. Überweisung in eine Rehabilitationsklinik direkt nach der Entlassung.

Blum berichtet, dass in seiner Befragung ursprünglich nur Erwachsene aufgenommen wurden. Später seien dann auch Kinder einbezogen worden, wobei hier in der Regel die Mütter den Fragebogen ausfüllten (Blum 1998: 106). Hier stellt sich die Frage, inwieweit Mütter für ihre Kinder die Fragebögen ausfüllen können und inwieweit die Beantwortung der Fragen eher die Empfindungen der Mütter als die der Kinder widerspiegeln.

6.3 Anzahl und Auswahl der Befragungsteilnehmer (Stichprobe)

Die Stichprobe stellt die Untermenge der Elemente aus der Grundgesamtheit (Population) dar, die für die Befragung tatsächlich ausgewählt werden. Genauer gesagt: die aus der Auswahlgesamtheit ausgewählt werden, wobei sich die Auswahlgesamtheit ergibt, nachdem man aus der Grundgesamtheit aller Patienten die aus den oben genannten Gründen unbefragbaren Personen ausgeschlossen hat.

Befragt man alle befragbaren Patienten, die zu einem bestimmten Zeitpunkt im Krankenhaus weilen, kann man gegebenenfalls auf das Ziehen einer Stichprobe verzichten - man führt eine Vollerhebung durch. Bei größeren Kliniken ist das normalerweise nicht möglich oder zumindest recht aufwendig - hier wird man sich für eine Stichprobenbefragung entscheiden.

Die Stichprobenziehung, also die Art, wie man die Elemente für die Befragung ermittelt, hängt von der Zielsetzung der Studie ab. Für Anteilsschätzungen („Wie hoch ist der Anteil unserer Patienten, die mit der medizinischen Betreuung sehr zufrieden sind?“) ist eine Zufallsstichprobe erforderlich, da nur sie die interferenzstatistischen Grundlagen liefert, um von den Stichprobenparametern (Anteil der sehr Zufriedenen in der Stichprobe) auf die Populationsparameter (Anteil der sehr Zufriedenen in der Population) zu schließen. Wesentlich bei der Zufallsstichprobe ist, dass jedes Element der Population eine von Null verschiedene, aber für jedes Element die gleiche Ziehungswahrscheinlichkeit haben muss. Oder anders ausgedrückt: Jedes Element der Population muss die gleiche, von Null verschiedene Wahrscheinlichkeit haben, in die Stichprobe zu gelangen. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn man die tagesaktuelle Liste der Auswahlgesamtheit vorliegen hat und jeden x-ten Patienten für die Befragung auswählt.

Auch wenn dies methodisch der sauberste Weg ist, ist diese Vorgehensweise nicht immer sinnvoll; gelegentlich macht es Sinn, eine Stichprobe geschichtet zu ziehen. Was heißt das? Einmal angenommen, es gibt im Krankenhaus von der Bettenzahl kleine, von der Bedeutung her aber wichtige Stationen. Das Risiko, bei einer reinen Zufallsstichprobe gerade Patienten dieser kleinen, wichtigen Stationen nicht zu ziehen, kann natürlich nicht ausgeschlossen werden. Durch eine Schichtung im Sinne einer Auswahl von Stationen, auf denen grundsätzlich Patienten befragt werden sollen, sorgt man dafür, dass Patienten dieser Stationen auch wirklich in die Stichprobe geraten. Aber selbst bei einer geschichteten Stichprobe sollte man innerhalb der ausgewählten Stationen dann die zu befragenden Patienten per Zufall auswählen.

Eine Alternative zur Zufallsstichprobe wäre eine „Quotenstichprobe“. Hier werden Personen danach ausgewählt, dass sie bestimmte demographische Merkmale haben, also z.B. ein bestimmtes Geschlecht, ein bestimmtes Alter oder eine bestimmte Schulbildung - oder deren Kombination: Zu befragen wären z.B. 5 Frauen zwischen 18 und 35 Jahren mit Hauptschulab

schluss - welche konkreten Personen befragt werden, obliegt dann dem Interviewer, sofern die von ihm ausgewählten Personen die beschriebene Merkmalskombination in sich vereinigen. Auch Quotenstichproben können in gewisser Weise zu verallgemeinerbaren Ergebnissen führen, lassen aber im strengen Sinne die bei der Zufallsstichprobe angesprochenen inferenzstatistischen Schlüsse nicht zu. Man kann aber durchaus Tendenzen auf der Basis einer Quotenstichprobe ableiten.

Quotenstichproben sind einfacher zu organisieren als Zufallsstichproben und dann von Vorteil, wenn man gar nicht Populationsparameter schätzen, sondern z.B. bestimmte Gruppen miteinander vergleichen will („Unterscheiden sich Männer von Frauen in der Beurteilung einer bestimmten Maßnahme?“). Fragen dieser Art lassen sich auch mit der Befragung einer Quotenstichprobe beantworten; man muss nur darauf achten, dass die zu vergleichenden Gruppen in der Stichprobe hinreichend vertreten sind.

Die Frage, wie groß eine Stichprobe sein muss, hängt zum einen von der Art der Stichprobenziehung, zum anderen von der geplanten Differenzierung der Auswertung ab. Bei einer Studie in Eigenregie kommt schließlich noch der Aufwand für die Datenerhebung und Datenverarbeitung hinzu, den man nicht unterschätzen sollte.

Bei einer einfachen Zufallsstichpobe reichen etwa 400 Personen aus, um Populationen beliebiger Größe angemessen abzubilden; bei nicht-zufallsgesteuerten Verfahren lässt sich eine solche Zahl nicht benennen. Die Frage nach der benötigten Mindeststichprobe hängt letztendlich aber vor allem davon ab, wie differenziert die Auswertung sein soll - ein Faktor, der auch einfache Zufallsstichproben häufig größer als 400 werden lässt.

6.4 Modus der Befragung

Der Modus der Befragung ist abhängig von der Zielsetzung der Studie, aber auch vom Durchführenden, vom Zeitraum der Befragung und weiteren Aspekten. Grundsätzlich können Befragungen auf verschiedene Arten und Weisen durchgeführt werden; die gängigsten Verfahren sind das persönlich-mündliche Interview, die telefonische Befragung und die schriftliche (auch postalische) Befragung.

Die einzelnen Befragungstechniken unterscheiden sich stark nach ihrem Ressourcen-Aufwand, ihren Eigenschaften und der daraus folgenden Eignung für die Realisierung des Studienziels. Wäre man finanziell und zeitlich vollkommen ungebunden, wäre z.B. eine persönlich-mündliche Befragung durchaus erwägenswert. Auf der anderen Seite sind es die geringeren Kosten und der geringere zeitliche und organisatorische Aufwand, die eine schriftliche Befragung der Patienten im Krankenhaus oder eine postalische Befragung der Patienten nach Abschluss des Krankenhausaufenthaltes nahelegen.

Die schriftliche Befragung ist kostengünstiger als die persönlich-mündliche, und sie nimmt weniger Zeit pro Befragung in Anspruch. Sie ist einfacher zu handlen und kann deshalb auch

weitgehend intern, also ohne fremde Hilfe durchgeführt werden. Der Einfluss des Interviewers, etwa des Arztes, auf die Antworten des Befragten entfällt, die Befragung ist anonymer, weil kein Interviewer und schon gar kein Arzt von den Patienten wissen will, wie er oder sie die soziale Kompetenz des behandelnden Arztes einstuft.

Als Nachteile des schriftlichen Interviews gelten unter anderem, dass

- Patienten die (noch) nicht lesen oder schreiben können bzw. aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung vorübergehend nicht dazu in der Lage sind, nicht erfasst werden können
- vollkommen unklar ist, wer bei postalischen Befragungen unter welchen Umständen und Bedingungen den Fragebogen tatsächlich ausgefüllt hat und
- der Druck auf die zu befragende Person, den Fragebogen einer postalischen Befragung auch tatsächlich zu bearbeiten und zurückzusenden, geringer ist als bei anderen Datenerhebungsformen.

Ungeachtet dieser Nachteile besteht in der einschlägigen Literatur Einigkeit darüber, dass bei einer Patientenbefragung die schriftliche Befragung das Mittel der Wahl ist. Eine Gruppendiskussion scheidet aufgrund organisatorischer Restriktionen nahezu aus. Dreier (1999: 13) sagt zwar, dass es grundsätzlich auch möglich wäre, die Patienten in einem mehr oder weniger strukturierten Interview mündlich über ihre Zufriedenheit zu befragen; dies hätte den Vorteil, individuell auf Gedankengänge und Sprachebene der Befragten eingehen zu können und auch die Entstehung und Begründung von Meinungen erfassen zu können. Bei einer größeren Anzahl zu befragender Patienten sei die mündliche Befragung allerdings in der Durchführung und Auswertung zu unökonomisch; außerdem sei sie weniger objektiv als die schriftliche Befragungsmethode (Dreier 1999: 13). Rosner (1993: 27) nennt als Vorteile einer schriftlichen Befragung den geringeren Zeitfaktor, die Sicherung der Anonymität und die bessere Interpretierbarkeit der Ergebnisse aufgrund der Anwendung standardisierter Fragebögen . Pira schließlich nennt neben dem deutlich geringeren organisatorischen Aufwand als weiteren Vorteil, dass sich die Patienten in einem schriftlichen Fragebogen deutlich kritischer äußern als in einer mündlichen Befragung. Bei einer mündlichen Befragung käme hinzu, dass die Ergebnisse vom Interviewer beeinflusst werden können. Auch sei bei der mündlichen Befragung eine höhere Tendenz zu sozial erwünschtem Verhalten erkennbar (Pira 2000: 156).

6.5. Der Ort der Befragung

Hier wäre zu entscheiden, ob man die Patientenbefragung während des Krankenhausaufenthaltes (bei der Einlieferung, nach x Tagen stationären Aufenthaltes, bei der Entlassung) oder nach Verlassen des Krankenhauses durchführen möchte, wenn der - ehemalige - Patient wie-

der in seinem gewohnten Umfeld lebt. Auch dies ist vorrangig eine Frage der inhaltlichen Zielsetzung der Studie, wirkt sich aber natürlich auch wieder auf das Datenerhebungsverfahren aus, für das man sich entscheiden möchte.

Wenn es die Befragungsthematik zulässt, bietet sich die Befragung im Krankenhaus an, weil man die Patienten dort greifbar hat und weil der Zeitfaktor nicht ganz so entscheidend ist. Will man allerdings z.B. etwas darüber wissen, wie sich der Patient nach einem gewissen zeitlichen Abstand zum Krankenhausaufenthalt - sozusagen aus der Distanz - zum Geschehen im Krankenhaus stellt, ist dies natürlich erst dann möglich, wenn man diesen zeitlichen Abstand erreicht hat. Dann ist es leichter, die ehemaligen Patienten am Telefon oder postalisch zu befragen, als sie zuhause zu einem persönlich-mündlichen Interview aufzusuchen oder sie gar für ein solches noch einmal ins Krankenhaus zu bitten.

Wenn man im Krankenhaus befragen kann, sollte man sich die Vorteile einer schriftlichen Befragung zunutze machen, und man könnte den Fragebogen durch das Krankenhauspersonal verteilen lassen. Diese Vorgehensweise hätte den Vorteil, dass das Personal nicht so viel Zeit investieren muss wie bei einer persönlich-mündlichen Befragung, aber andererseits an der Durchführung der Befragung aktiv beteiligt ist. Durch den direkten Kontakt mit dem Krankenhauspersonal erkennt der Patient darüber hinaus, dass dem Krankenhauspersonal an seiner Einschätzung und Bewertung gelegen ist.

Auf der anderen Seite kann aber auch die Durchführung der Studie als postalische Befragung nach Verlassen des Krankenhauses von Vorteil sein: Die poststationäre Befragung ermöglicht Fragen über den Entlassungsvorgang und die Zeit seit der Entlassung, die Patienten fühlen sich beim Beantworten der Fragen freier und werden nicht durch eine Präsenz des Personals beeinflusst und schließlich kann das Ausfüllen des Fragebogens ohne jeglichen Zeitdruck vorgenommen werden.

Die Nachteile, die damit verbunden sind, dass der Patient den Fragebogen erst nach Abschluss seines Krankenhausaufenthaltes zugeschickt bekommt, entsprechen den Nachteilen postalischer Befragungen im allgemeinen, also u.a. sind geringere Rücklaufquoten zu erwarten, entstehen zusätzliche Kosten durch den Versand der Fragebogen und ggfs. anschließende Nachfaßaktionen, und schließlich bleibt die Datenerhebungssituation, unter der der Fragebogen ausgefüllt wird, vollkommen im Dunkeln.

6.6 Wahl des Erhebungszeitpunktes

Je nach Fragestellung kommen vier Zeitpunkte für eine Patientenbefragung in Betracht: bei der Aufnahme, während des Krankenhausaufenthaltes (z.B. an einem Stichtag), kurz vor der Entlassung und nach der Entlassung des Patienten. Für die Befragung während des Aufenthaltes spricht die Nähe des Patienten zu der zu bewertenden Situation. Als Vorteil kann man auch sehen, dass der Patient die Fragebogenuntersuchung während seines Aufenthaltes im

Krankenhaus gegebenenfalls dazu nutzen kann, den Aufenthalt durch Anregungen und Verbesserungsvorschläge angenehmer und erfolgreicher zu gestalten. Andererseits besteht allerdings das Risiko, dass sich der Patient während seines Krankenhausaufenthalts nicht in der Schärfe kritisch äußern würde, wie er das eventuell tun würde, wenn er beim Zeitpunkt der Befragung bereits aus dem Krankenhaus entlassen und mithin nicht mehr vom Krankenhauspersonal abhängig wäre. Am Ende der Krankenhauszeit kann es sein, dass er sich sowieso keinen Erfolg mehr von der Befragung verspricht und Probleme einfach nicht mehr anspricht.

Blum (1998: 104f) spricht sich nicht nur dafür aus, Patientenbefragungen erst nach der Entlassung durchzuführen, sondern warnt sogar vor einer Befragung während des Aufenthalts, bei der eine Einflussnahme oder Präsenzeffekte des Personals nicht auszuschließen seien. Seiner Meinung nach erscheint ein zeitlicher Abstand zwischen Krankenhausaufenthalt und Befragung sinnvoll, um eine gewisse (objektive) Distanz zum Aufenthalt zu gewinnen sowie vor allem um den Heilungsverlauf und den Prozess der Nachsorge angemessen evaluieren zu können. Füllt der Patient den Fragebogen dagegen kurz vor der Entlassung aus, wäre es möglich, dass er vermehrt im Sinne sozialer Erwünschtheit antwortet, um die bevorstehende Entlassung nicht noch zu gefährden oder einfach, um Dankbarkeit für die verständnisvolle Betreuung auszudrücken. Füllt der Patient den Fragebogen am Tag der Entlassung aus, kann dies dazu führen, dass Patienten im Hochgefühl ihrer Genesung ihre Behandlung nicht mehr so kritisch betrachten wie an den Tagen zuvor.. In diesem Falle sollte man jedoch erwarten, dass Patienten, welche über ein subjektives Gefühl der Besserung ihres Gesundheitszustandes berichten, eine deutlich und signifikant höhere Zufriedenheit angeben als solche, die sich eher nicht gesünder fühlen als bei Aufnahme in die Klinik. Aber auch die Freude, endlich wieder nach Hause zu kommen, könnte die kritische Urteilsfähigkeit des Patienten trüben. Schließlich könnte in der Aufbruchsstimmung des Entlassungstages die nötige Konzentration auf eine derartige Befragung verloren gehen und einfach allgemeine Zufriedenheit angekreuzt werden, ohne genauer auf einzelne Kritikpunkte einzugehen.

Aus ökonomischen Gründen bietet es sich an, den Fragebogen kurz vor der Entlassung des Patienten durch das Personal austeilen zu lassen. Der Fragebogen wird vom Patienten zuhause ausgefüllt und an das Krankenhaus oder eine andere Einrichtung mit einem frankierten und adressierten Rückumschlag zurückgesandt. Bei der Aushändigung der Befragungsunterlagen sollte der Patient kurz über Sinn und Zweck der Erhebung, die strikte Vertraulichkeit der Befragung sowie die Bedeutung der persönlichen Teilnahme für die Qualität der Untersuchungsergebnisse informiert werden. Der Patient sollte den Fragebogen ca. 14 Tage nach der Entlassung zurücksenden, wobei zur Erhöhung der Rücklaufquote wöchentlich, aber frühestens nach vierzehn Tagen, Nachfassaktionen durchgeführt werden sollten. Ein wesentlicher Vorteil, der für die Befragung nach der Entlassung spricht, ist der Punkt, dass nur zu diesem Zeitpunkt eine Befragung zum gesamten Krankenhausaufenthalt möglich ist und vor allen Dingen, dass der Patient schon eine Weile zuhause war und seinen Alltag ohne den Beistand des Krankenhauspersonals bewältigen musste. Hier treten eventuell Probleme auf, die

durch die Versorgung in der Klinik nicht aufgetreten sind und die den Patienten in der Beurteilung seines Behandlungsergebnisses beeinflussen. Andererseits können diese neuen Eindrücke die Erfahrungen im Krankenhaus überlagern oder in Vergessenheit geraten lassen.

Trotz allem Für und Wider ist in der Literatur die Tendenz zur Durchführung von Patientenbefragungen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu verzeichnen, wobei der Zeitraum für die Befragung zwischen einer und vier Wochen nach der Entlassung beträgt.

6.7 Aufbau des Fragebogens und Durchführung der Befragung

Grundsätzlich kann man sagen, dass die Ermittlung von Einstellungen, Erwartungen, Zufriedenheiten als nicht augenscheinlich erkennbarer Dispositionen von Personen nur über eine Befragung dieser Personen möglich ist. Von daher ist auch die Ermittlung von Patientenzufriedenheit und die Bewertung bestimmter Aspekte einer stationären Betreuung in Krankenhäusern durch die Patienten nur dann möglich, wenn man sie dazu befragt. Darüber hinaus sollten Patientenbefragungen regelmäßig durchgeführt werden, um mögliche Veränderungen zu erkennen und um initiierte Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüfen zu können.

Der Gestaltung des Fragebogens kommt eine entscheidende Bedeutung zu, denn diese entscheidet bereits zu einem großen Teil darüber, ob ein Befragter die Befragung ernst nimmt oder nicht[1]. So betont Fleischer (1996: 73), dass der erste Eindruck eines Fragebogens „Seriosität, Wichtigkeit und leichte Handhabbarkeit vermitteln sowie ästhetischen Maßstäben genügen sollte“. Weiterhin schreibt er, dass das Deckblatt (oder das Hinweisblatt in der Patientenbroschüre) den Titel der Studie enthalten muss. Dieser soll so gewählt werden, dass er einen Eindruck des Inhalts der Untersuchung vermittelt und Interesse am Fragebogen geweckt wird. Zur möglichen Einordnung der Untersuchung ist es sinnvoll, dass der Name des Auftraggebers oder dessen Logo auf dem Titelblatt verwendet werden.

Einigkeit besteht in der einschlägigen Literatur - und nur um die geht es im folgenden - darüber, dass im Fragebogen die Verwendung von Likertskalen sinnvoll ist. Unklarheit besteht dagegen in der Frage darüber, wieviel Abstufungen die Skalen enthalten und wie die Abstufungen benannt werden sollen. Es werden Skalen mit fünf, sechs, sieben und sogar elf Abstufungen für sinnvoll gehalten. Wüthrich-Schneider (1998: 89) befürwortet Fünfer-Skalen, da diese lückenloser als Skalen mit vier oder sieben Abstufungen ausgefüllt würden . Bernhardt schlägt eine Siebener-Skala vor, da eine ungerade Kästchenanzahl dem Befragten eine Mitte offenlasse und so die Möglichkeit bestehe, ein allgemeines Desinteresse feststellen zu können, wenn diese Kategorie häufig gewählt wird (Bernhardt 1999: 27) . Problematisch hierbei ist, dass – außer in einem kognitiven Pretest - nicht genau festgestellt werden kann, was das

[1] Dabei gelten für Fragebogen zur Erfassung von Patientenzufriedenheit und zur Bewertung bestimmter Aspekte eines stationären Aufenthaltes grundsätzlich natürlich keine anderen Grundlagen und Regeln für die Fragebogengestaltung als für andere Befragungen. Zu der Gestaltung von Fragebogen siehe u.a. Porst 1998, Porst 2000a und 2000b

Kreuz in der Mitte denn nun aussagt: ist es wirklich die Zuordnung zur echten Mitte der angegebenen Dimension, ist es Unentschiedenheit (teils/teils), ist es Unentschlossenheit (ich weiss nicht, was ich wählen soll, also wähle ich die Mitte) oder ist es der „Weg des geringsten Widerstandes“ (ich will ja niemandem weh tun und bei der Mitte muss ich mich vor niemandem rechtfertigen)? Blum (1998: 100) befürwortet sogar elfstufige Ratingskalen. Er wählt dieses breite Antwortformat, um (angeblich) eine größere Varianz bzw. höhere Sensitivität der Antworten – insbesondere im positiven Bereich der Skala - zu erzielen. Diesem angeblich positiven Aspekt ist entgegenzuhalten, dass den Befragten bei einer so breiten Skala oft die Einordnung schwerfällt. Was unterscheidet nun den Wert 8 vom Wert 9 bei einer elfstufigen Skala? Denkt der Patient so differenziert, dass er genau begründen kann, weshalb er nicht den nächstniedrigeren oder den nächsthöheren Skalenwert gewählt hat?

Bei der Patientenbefragung muss auf strikte Anonymität bzw. seriöse Zusicherung strenger Vertraulichkeit der Antworten Wert gelegt werden. Dies ist wichtig, um eine hohe Rücklaufquote und valide Daten zu bekommen. Wenn sich der Patient nicht sicher sein kann, dass seine Daten anonym bleiben, wird er nicht antworten oder es wird zu einer positiven Verzerrung der Antworten kommen, da der Patient dann eher in einem positiven Tenor antworten wird. Aus diesem Grund stellt Blum folgende Anforderungen an den Fragebogen:

- Der Fragebogen darf weder eine Identifikationsnummer noch den Namen oder die Patientenadresse beinhalten
- Der Patient wird im Fragebogen ausdrücklich aufgefordert, seine Adresse oder seinen Namen von sich aus nicht zu vermerken
- Bei Outsourcing der Befragung soll der frankierte Rückumschlag nicht an das Krankenhaus, sondern an das mit der Datenauswertung beauftragte Institut zurückgeschickt werden (vgl. Blum 1998, 105)

Bei der Durchführung und Auswertung der Fragebögen gibt es – wenn die Befragung während des Aufenthalts stattfinden soll - zwei Möglichkeiten: entweder befragt das Krankenhauspersonal die Patienten oder die Untersuchung wird an ein außenstehendes Institut weitergeleitet. Beide Verfahren haben Vor- und Nachteile. Befragt das Krankenhauspersonal, ist die Gefährdung der Anonymität sehr hoch. Dadurch besteht die Gefahr, dass die Patienten mehr im Sinne sozialern Erwünschtheit antworten - ein Problem, das sich im Bereich der Zufriedenheitsforschung ohnehin schon stellt. Findet die Befragung dann noch während des Aufenthalts – also nicht am Ende, kurz vor der Entlassung – statt, so verstärkt sich diese Gefahr noch, weil sich die Patienten während ihres Aufenthalts im Krankenhaus in einer gegenüber den Angestellten des Krankenhauses abhängigen Position sehen, die man natürlich nicht durch Kritik verschlechtern möchte. Umgekehrt hat die Bekanntheit und die Vertrautheit mit dem Krankenhauspersonal den Vorteil, dass die Befragten eher auf ggfs. heikle Fragen antworten als sie das gegenüber fremden Institutsinterviewern tun würden. . Auch dürfte die grundsätzliche Bereitschaft an einer solchen Befragung teilzunehmen, höher liegen, wenn das

bekannte und vertraute Personal die Befragung durchführt. Das Personal im Krankenhaus ist in der Regel allerdings auch ohne Durchführung einer Befragung schon überlastet, so dass sich die Frage stellt, ob es Sinn macht, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch noch mit Befragungen zu „beschäftigen“ oder ob die Zeit in der Pflege nicht besser aufgehoben wäre. Führt das Personal die Befragung durch, wird allerdings der normale Ablauf im Krankenhaus nicht wesentlich gestört, da das Personal erstens den Ablauf kennt und zweitens sich nicht auf eine festgelegte Zeit beschränken muss, sondern den Patienten im Laufe des Tages befragen kann. Ein außenstehendes Institut dagegen muss die Patienten dann befragen, wenn die Interviewer im Hause sind. Allerdings gehen die Mitarbeiter eines außenstehendes Institut unbefangener an die Patienten heran, da ihnen diese nicht bekannt sind. Krankenhauspersonal könnte eher dazu neigen, sich „geeignete“ Personen auszuwählen. So könnte es beispielsweise einen Patienten, der eigentlich hätte befragt werden müssen, aufgrund seiner Schwerhörigkeit und den damit verbundenen Schwierigkeiten nicht befragen, sondern einfach den Bettnachbarn wählen, der wesentlich aufnahmefähiger ist.

Aber auch die Befragung durch ein externes Institut hat seine Vor- und Nachteile. Der höheren Anonymität steht die Schwierigkeit der Beantwortung von „heiklen“ Fragen gegenüber, denen Befragte sich Fremden gegenüber doch nicht so öffnen wollen. Fremden gegenüber werden Befragte sich aber wahrscheinlich kritischer äußern, da sie in keinerlei Abhängigkeitsverhältnis zu ihnen stehen. Ein enormer und nicht zu unterschätzender Nachteil bei einer von einem außenstehenden Institut durchgeführten Befragung besteht auf finanzieller Seite. Eine vom Krankenhauspersonal selbst durchgeführte Befragung wird immer billiger sein als eine nach außen abgegebene Befragung, und gerade kleinere Krankenhäuser werden sehr wahrscheinlich diese Ausgaben nicht finanzieren können.

7. Datenqualität

7.1 Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit im Gesundheitsbereich

Ein gravierendes Problem bei der Messung von Patientenzufriedenheit ergibt sich daraus, dass die Maßstäbe und Bewertungskriterien für die Zufriedenheit in der Regel vorher nicht erhoben werden. Man weiss aber, dass gerade im Bereich der Zufriedenheitsmessung das individuelle Anspruchsniveau von verschiedenen Faktoren abhängt, z.B. von Alter, Bildungsstand und sozialem Status. So wurde festgestellt (Dreier:68, Rosner: 12, Aust: 28f, Wüthrich-Schneider: 87f, Blum:86f, Wengle: 171), dass Jüngere sowie Patienten mit höherem Bildungsabschluss aufgrund des höheren Anspruchniveaus kritischer sind. Auch trauen sie sich mehr, sich kritisch zu äußern. In bezug auf den sozialen Status wurde festgestellt, dass mit steigendem sozialem Abstand des Patienten zum Arzt die Zufriedenheit des Patienten mit dem Arzt steigt. Dies liegt darin begründet, dass Personen aus den oberen sozialen Schichten zumeist höhere Erwartungen an die Standards sozialer Dienstleistungen haben, während Personen aus den unteren sozialen Schichten sich eher mit dem Status quo zufriedengeben. Zudem

haben Personen mit höherem sozialen Status eher das Gefühl, durch das Äußern von Kritik etwas ändern zu können.

Das Anspruchsniveau des einzelnen Patienten ist allerdings auch abhängig vom eigenen Lebensstil, von Erfahrungen der Vergangenheit und Erwartungen an die Zukunft.

Ein weiteres Problem bei der Erfassung von Zufriedenheitswerten in der Patientenbefragung ist soziale Erwünschtheit. Es ist sozial nicht erwünscht, Unzufriedenheit zu äußern, wenn man davon ausgehen muss, dass die im Krankenhaus Beschäftigten alles daran geben, zur Genesung des Patienten beizutragen.

Genesung bzw. der allgemeine Gesundheitszustand sind ebenfalls Faktoren, die in hohem Maße Einfluss auf die Zufriedenheit zeitigen. Das Maß der generellen Zufriedenheit korreliert am höchsten mit der wahrgenommenen Verbesserung der subjektiven Verfassung. Außerdem ist bei einem besseren Gesundheitszustand die Aufenthaltsdauer kürzer, womit sich weniger Probleme stellen können, die die Patientenzufriedenheit beeinträchtigen.

Ein weiterer Faktor, der sich in der Datenqualität niederschlägt, ist die Frage, ob der Patient überhaupt fähig ist, die Qualität der ärztlichen Behandlung beurteilen zu können. Ersatzweise wird die Dauer der Behandlung als Qualitätsmerkmal bewertet, d.h. je länger die Behandlung des Arztes dauert, umso besser wird sie vom Patienten beurteilt. Ein anderes Ersatzmerkmal für die Beurteilung der Behandlungsqualität ist der Einsatz von technischen Geräten. Je mehr technische Geräte zum Einsatz kommen, desto beeindruckter ist der Patient von der Behandlung und desto zufriedener wird er sich zeigen, da er das Gefühl hat, es werde alles für ihn getan.

Schließlich wirken sich auch Alter und Geschlecht des behandelnden Arztes auf die Patientenzufriedenheit aus. Wüthrich-Schneider (1998, 88) fand heraus, dass die Zufriedenheit im allgemeinen bei solchen Patienten niedriger war , die von jüngeren Ärzten untersucht wurden. Am niedrigsten war die Zufriedenheit bei männlichen Patienten, die sich von Ärztinnen behandeln ließen.

Hohe Zufriedenheitsraten lassen sich auch auf die Zurückhaltung vieler Patienten bei der kritischen Beurteilung der Ärzte zurückführen. Allerdings weiss man dann nicht, ob die Patienten wirklich zufrieden sind, ob sie nur aufgrund eines sehr niedrig gehaltenen Anspruchniveaus zufrieden sind oder ob sie sich nur nicht kritisch äußern wollen: „Denn es ist niemals sichergestellt, dass die resultierenden Zufriedenheitswerte ihren Ursprung primär in den Umständen der Leistungserbringung und nicht in behandlungsunabhängigen Bewertungskriterien der Patienten haben. So mag beispielsweise eine hohe Zufriedenheit mit der ärztlichen Aufklärung signalisieren, dass der Patient entweder tatsächlich detailliert über Art, Notwendigkeit, Risiken etc. eines Eingriffs informiert worden ist oder aber dass seine ohnehin geringen Informationsbedürfnisse durch einige kurze Hinweise bereits befriedigt worden sind. Im Extremfall kann sogar ein Leistungsanbieter durch eine defizitäre Versorgungsqualität jenes niedrige Anspruchsniveau erzeugen, das die Basis für hohe Zufriedenheitswerte darstellt.

Damit würde das Verwertungsziel von Zufriedenheitsuntersuchungen – Anpassung des Leistungsangebots an die Erwartungen des Patienten – geradezu in sein Gegenteil verkehrt, nämlich Anpassung der Patientenansprüche an das Leistungsangebot“ (Blum 1998, 57).

Neben methodischen Schwierigkeiten wie sie aufgrund einer fehlenden Erhebung von Anspruchniveaus im Vorfeld resultieren, ergeben sich weitere Probleme im Zusammenhang mit der Befragung von Patienten. Oft werden heterogene Patientengruppen befragt, ohne diese Heterogenität bei der Auswertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Dabei liegt auf der Hand, dass mit völlig unterschiedlichen Zufriedenheitsdeterminanten zu rechnen ist, wenn Patienten mit einem unterschiedlichen Schweregrad der Erkrankung und eventuell sogar noch Patienten unterschiedlicher Stationen miteinander verglichen werden, da auf den Stationen jeweils andere Patientenklientel mit anderen Krankheitsbildern und dementsprechender Ausstrahlung und Stimmung untergebracht sind. Allzuoft werden auch krankheitsbedingte Einschränkungen wie Multimorbidität (hirnorganische Komorbidität, Minderbegabung...) außer acht gelassen, sofern diese „schwierigen Patienten“ überhaupt befragt werden. Werden ganz bestimmte Diagnose- oder Altersgruppen gar nicht erst befragt (dazu gehört auch das systematische Nichtbefragen von ausländischen Mitbürgern), bildet sich ein systematischer Drop-out, der zu einem Bias in der Datenqualität führen kann. Ebenfalls bekannt ist der Non-response-bias, der immer dann auftritt, wenn eine bestimmte Befragungsgruppe, die in bezug auf die zu untersuchende Fragestellung systematische Merkmale aufweist, die Befragung verweigert. Dies kann im Bereich der Patientenzufriedenheit dann der Fall sein, wenn viele Jüngere oder auch beispielsweise statushohe Patienten die Befragung verweigern. Auch eine generelle geringe Rücklaufquote kann zu dem Non-response-bias führen, da man nicht davon ausgehen kann, dass die Nichtbefragten sich zufällig über die Grundgesamtheit verteilen. PIRA (2000, 154) spricht bei spitalinternen Patientenbefragungen von der Rücklaufquote als einem grossen Problem. Rücklaufquoten von nur 10-20% seien nicht selten.

Auch die Art der Fragestellung kann Auswirkungen auf die Datenqualität nach sich ziehen. Stellt man Fragen zur Zufriedenheit sehr und vor allem nur global, so muss schon ein enormes Unzufriedenheitspotenzial vorhandensein, damit Kritik geäußert wird. Doch auch bei spezifischen Fragen ist die häufig anzutreffende Kritiklosigkeit ein ernst zu nehmendes Problem. Mangel an Kritik kann - abgesehen vom „objektiven“ Fehlen von Mißständen - verschiedene Ursachen haben. Zum einen ist die besondere Situation der Patienten zu nennen. Aufgrund ihrer Krankheit fühlen sie sich gegenüber dem Krankenhauspersonal und hier vor allem gegenüber den Ärzten in einer abhängigen Situation, in der sie gegenüber den als wichtig erscheinenden Personen nicht als unzufriedener und kritischer Patient erscheinen möchten. Noch immer ist es so, dass der Arzt eine große Autorität in den Augen der Patienten besitzt. Die Artikulation eigener Erwartungen und Ansprüche auf Seiten des Patienten wird dem Expertenwissen der ärztlichen Autorität untergeordnet.

Doch auch gegenüber dem anderen Krankenhauspersonal möchte der Patient nicht als Nörgler erscheinen, nimmt er doch an, dass das Personal alles Erdenkliche zu seiner Gesundung lei-

stet. Unter dieser Annahme ist es sozial nicht erwünscht, kritisch zu sein, und viele Patienten sind im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Analyse bereit, Unannehmlichkeiten der Behandlung im Hinblick auf das Behandlungsziel zu akzeptieren. Die Gefahr liegt jedoch darin, dass der Patient unter sonst gleichen Bedingungen mit der Leistungserbringung umso zufriedener wird, je mehr er das eigene Anspruchsniveau relativiert und je mehr er zu sozial erwünschtem Verhalten tendiert. So ist eine gewisse Kritiklosigkeit darauf zurückzuführen, dass auf beiden Seiten eine gewisse Unfähigkeit herrscht, eingefahrene Verhaltensmuster zu überwinden und eine Atmosphäre größerer Offenheit zu schaffen, in der einerseits die Artikulation von Zweifeln an der Behandlung, andererseits ein stärkeres Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten möglich ist.

Sozial erwünschtes Verhalten wird auch provoziert, wenn die strikte Anonymität der Befragung bzw. die strikte Vertraulichkeit der Informationen nicht gewährleistet wird, wodurch die Konflikt- und Kritikbereitschaft enorm eingeschränkt werden.

Ein weiterer unerwünscht auftretender Effekt ist die Zustimmungstendenz. Damit ist gemeint, dass man Fragen grundsätzlich zustimmend beantwortet, und zwar unabhängig vom Frageinhalt. Bei „ausbalancierten“ Instrumenten - d.h. bei abwechselnd positiv und negativ formulierten Items - können Zustimmungstendenzen zu inkonsistenten Ergebnissen führen. Das ist immer dann der Fall, wenn positiv und negativ formulierte Fragen zu gleichen oder ähnlichen Sachverhalten gleichermaßen bejaht werden. Bei „nicht-balancierten“ Instrumenten wird – je nach dominanter Frageausrichtung – die Patientenzufriedenheit bzw. –unzufriedenheit überschätzt.

Um die beiden wichtigsten Verzerrungen – soziale Erwünschtheit und Zustimmungstendenz – weitestgehend auszuschalten, bieten sich folgende Lösungsmöglichkeiten an. Die Verwendung „ausbalancierter“ Instrumente führt zur weitgehenden Reduktion von Zustimmungstendenzen. Durch die alternierende Auflistung positiv und negativ formulierter Items wird ein gedankenloses stereotypes Antwortverhalten erheblich erschwert. Der Patient soll so für die konkreten Frageninhalte in besonderer Weise sensibilisiert werden. Darüber hinaus noch verbleibende Zustimmungstendenzen können statistisch ermittelt und gegebenenfalls kontrolliert werden.

Desweiteren ist die Konstruktion eines sehr spezifischen Instrumentes anzuraten, da nur so die besonders bei global formulierten Fragestellungen zu beobachtenden Antworttendenzen ausgeschalten werden können. Außerdem wird dadurch eine detaillierte Kritik ermöglicht, die dem Auftraggeber mit Sicherheit auch mehr weiterhilft als lediglich eine global geäußerte Unzufriedenheit. Zusätzlich sollte der Befragte sowohl im Fragebogen als auch in einem Begleitschreiben noch einmal ausdrücklich auf die Anonymität der Untersuchung hingewiesen und sogar explizit dazu aufgefordert werden, Kritik und Verbesserungsvorschläge zu artikulieren.

7.2 Gütekriterien

In bezug auf die Gütekriterien Validität, Reliabilität und Objektivität lassen sich in Patientenzufriedenheitsuntersuchungen ebenfalls einige Probleme erkennen. Viele Erhebungsinstrumente zur Patientenbefragung sind messtheoretisch nicht oder nur unzureichend validiert. Die meisten Studien gehen von zwei ungeprüften Annahmen aus:

1. eine objektiv gute Realität wird auch als solche wahrgenommen und produziert Zufriedenheit
2. Zufriedenheitsangaben von Patienten lassen auch tatsächlich auf subjektive Zufriedenheit schließen (Wüthrich-Schneider, 87).

Doch ist ein Patient überhaupt zufrieden, wenn er angibt, er sei zufrieden? Da bisher weder eine interdisziplinäre Ausrichtung der Zufriedenheitsforschung erkennbar ist, noch eine explizit formulierte kognitive Theorie über das Zustandekommen von Zufriedenheit existiert, kann auch keine Konstruktvalidität ermittelt werden, die eine genügende Übereinstimmung mit einem theoretischen Konstrukt „Zufriedenheit“ nachweisen könnte (Dreier 1999: 60). Die Zufriedenheitseinschätzung der medizinischen Versorgung reflektiert insofern eine generelle Tendenz oder Haltung, die Umwelt im allgemeinen positiv oder negativ zu sehen, d.h. Patientenbefragungen messen dann eher ein relativ konstantes Persönlichkeitsmerkmal als die tatsächliche Versorgungsqualität aus Patientensicht (Blum 1998: , 89). Zudem wird die subjektive Wahrnehmung und Bewertung auch immer durch Kultur und persönlichen Erfahrungen, Interessen, Motive und Erwartungen beeinflusst, was bedeutet, dass die vom Patienten abgegebene Bewertung immer dem Vergleich von individueller Erwartung und vorgefundener Situation entspringt. Und schließlich lassen sich Zufriedenheitsdaten nur differenziert interpretieren und als Qualitätskriterien objektivieren, wenn sie in Relation zu intervenierenden Einflußgrößen untersucht werden.

Schmutte (1998: 233) verweist darauf, dass die Präferenzen und Qualitätswahrnehmungen von Patienten aufgrund ihrer subjektiven Prägung individuell und darüber hinaus nicht zwingend reproduzierbar sind, was bedeutet, dass die Äußerungen befragter Patienten im Zeitverlauf nicht stabil bleiben und somit keinerlei Reliabilität gewährleistet sei.

In bezug auf die Objektivität verweist Dreier (1999: 61) darauf, dass sicherlich nicht von einer hohen Objektivität gesprochen werden kann, wenn das jeweilige Pflegepersonal auf der Station die Befragung durchführt. Da es hierbei von Station zu Station zu Variationen im verbalen und nonverbalen Verhalten bei der Austeilung der Fragebögen und vorherigen Aufklärung der Patienten kommen kann, lassen sich unterschiedliche soziale Interaktionen und somit potenzielle Beeinflussungen nicht umgehen. Dieses Problem lässt sich durch eine genau instruierte Verhaltensanweisung an die Befrager verringern.

8. Zusammenfassung

Patientenbefragungen haben in den letzten Jahren aufgrund der Änderungen im Gesundheitswesen einen immer grösser werdenden Stellenwert eingenommen. Dabei muss unterschieden werden zwischen regelmässigen und anlassbezogenen Befragungen. Bei den regelmässigen Befragungen steht die Messung der Qualität und Effektivität der Leistung einer Einrichtung an vorderster Stelle, wobei die Zufriedenheit der Patienten ein wichtiges Merkmal der Qualität darstellt.

Bei der Durchführung einer Patientenbefragung ergeben sich verschiedene methodische Probleme. Neben der Frage nach der Einrichtung, die die Patientenbefragung durchführt und auswertet, ergeben sich Probleme bei der Auswahl der Befragungsteilnehmer, dem Modus, Ort und Zeitpunkt der Befragung sowie der Gestaltung des Fragebogens.

Lediglich bei der Wahl des Erhebungszeitpunktes ist man sich in der Literatur darüber einig, dass die Durchführung von Patientenbefragungen am besten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durchzuführen ist. Bei allen anderen Punkten hängt die Entscheidung von der jeweiligen Zielsetzung der Studie, dem Zeitraum der Befragung und den finanziellen Ressourcen ab.

9. Literaturverzeichnis

ARNOLD, K. / LANG, E. (1994): Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patienten-Beziehung. Hamburg: Hamburg-Mannheimer-Stiftung für Informationsmedizin

AUST, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung

BERNHARDT, D. (1999): Erstellung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit. Diplomarbeit. Universität Konstanz

BLUM, K. (1998): Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Weinheim. München: Juventa

BRUGGEMANN, A. (1974): Zur Unterscheidung verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit. Arbeit und Leistung 28, 281-284

DE JAGER, U. (1998): Patientenzufriedenheit und Outcome in der medizinischen Rehabilitation bei Erkrankungen des Bewegungsapparates Dissertation. Freiburg im Breisgau:

DREIER, J. (1999): „Bei Entlassung zufriedener? Zur Patientenzufriedenheit in einer psychiatrischen Klinik." Dissertation. TU-München

FLEISCHER, H. (1996): Patientenbefragung – Mittel und Chance in einem patientenorientierten Krankenhausmanagement. Diss. Uni Konstanz

HAHNE, B. (1999): Beitrag zur Entwicklung eines modularen TQM-Modells für das Krankenhauswesen. Berlin: IPK

HALL, JA. / DORNAN, MC. (1988a): Meta-analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction. Social science and medicine, 27 (6), 637-644. In: BLUM, K. (1998): Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Weinheim. München: Juventa

HALL, JA. / DORNAN, MC. (1988b): What patients like about their medical care and how often they are asked. A meta-analysis. Social science and medicine, 27 (9), 935-939. In: BLUM, K. (1998): Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen. Weinheim. München: Juventa

PIRA, A. (2000): Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital. Zürich: vdf Hochschulverlag an der ETH

PORST, R. (1998): Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht Nr. 98/02, Mannheim: ZUMA

PORST, R. (2000a): Praxis der Umfrageforschung. Stuttgart. Leipzig. Wiesbaden: Teubner

PORST, R. (2000b): Question Wording – Zur Formulierung von Fragebogen-Fragen. How-to-Reihe Nr.2, Mannheim: ZUMA

RENTROP, M. (1997): Pilotstudie zur Erfassung der Patzufri in der Psychiatrie Dissertation. TU-MünchenROSNER, S. (1993): Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Vergleichende Studie zwischen der Universitätsklinik Charité und dem Kreiskrankenhaus Eisleben. Diss. Humboldt-Universität Berlin

ROSNER, S. (1993): Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit. Vergleichende Studie zwischen der Universitätsklinik Charité und dem Kreiskrankenhaus Eisleben. Diss. Humboldt-Universität Berlin

SCHMUTTE,A. (1998): Total Quality Management im Krankenhaus. Wiesbaden: Gabler

WARE, J.E. / SNYDER, M.K. / WRIGHT, R. / DAVIES, A.R. (1983): Designing and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and program planing, 6(3/4), 247-263

WENGLE, H. (1998): Grundlagen des Qualitätsmanagments im Spital. Frankfurt/M.: pmi

WÜTHRICH-SCHNEIDER, E. (1998): Qualitätsmanagement in Spitälern: Ein Modell zur Evaluation der Patientenzufriedenheit. Diss. Universität St. Gallen

ZETKIN, M. / SCHALDACH, H. (1999): Lexikon der Medizin. Wiesbaden: Ullstein Medical