

S. Lecher¹ · W. Satzinger² · A. Trojan¹ · U. Koch¹

¹ Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

² GSF-Institut für Gesundheitsökonomie, Neuherberg bei München

Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung

Zusammenfassung

Gegenläufig zur Dominanz ökonomischer und fiskalischer Aspekte des Gesundheitssystems gewinnt „Patientenorientierung“ als ein Qualitätskriterium der Krankenversorgung auch in Deutschlands gesundheitspolitischer Debatte zunehmend an Bedeutung. Immer deutlicher wird, dass sie eine zentrale Handlungsmaxime für alle Einrichtungen und Professionen des Gesundheitswesens zu sein hat und dass es gilt, ihre wesentlichen Elemente – Transparenz des Versorgungsangebots und -geschehens sowie Partizipation der Betroffenen an deren Gestaltung – auf allen Ebenen des Gesundheitswesens umzusetzen. Ein Instrumentarium zur Einbeziehung der Bürger in die Gestaltung des Gesundheitssystems, zum Leistungsvergleich zwischen seinen Einrichtungen und zur Ermittlung von Qualitätsdefiziten stellen Nutzer-, Versicherten- und Patientenbefragungen dar. Systematische Patientenbefragungen sind allerdings nicht in allen Einrichtungsarten gleichermaßen gut möglich, und auch dort, wo ihnen keine schwer überwindbaren situativen und patientenbedingten Hindernisse im Wege stehen, nämlich in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken, werden die Befragungen und ihre Ergebnisse oft dadurch entwertet, dass sie methodisch nicht solide angelegt sind bzw. aus ihnen keine praktischen Konsequenzen gezogen werden. Es gibt aber auch Befragungstechniken, mit deren Hilfe methodische Schwierigkeiten oder praktische Wertungsdefizite so minimiert werden können, dass Patientenbefragungen durchaus einen profunden Beitrag zur Förderung der

Patientenorientierung und Verbesserung der Versorgungsqualität in Gesundheitseinrichtungen leisten können.

Schlüsselwörter

Patientenorientierung · Patientenbefragung · Partizipation · Patientenzufriedenheit

Patientenorientierung als Handlungsmaxime im Gesundheitswesen

„Im Mittelpunkt muss immer das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen. Daran müssen Sie und ich und auch alle anderen Beteiligten sich ausrichten und messen lassen“, erklärte die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf dem 108. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin im April 2001 und brachte damit das aktuelle Verständnis der Patientenversorgung im deutschen Gesundheitswesen zum Ausdruck [1]. Diese Haltung stellt den vorläufigen Endpunkt einer jahrzehntelangen Entwicklung im Verständnis der Positionen und Rollen von Patienten- und Ärzteschaft und ihres gegenseitigen Verhältnisses im Versorgungsprozess dar [2] (Tabelle 1).

In der Phase „Gesundheitswesen als Heilsystem“ war die Rollenverteilung zwischen Patienten und Ärzten noch eindeutig und einseitig: Patienten wurden als die passiv Kranken und Leidenden, Ärzte als deren Helfer und Heiler angesehen. Entsprechend asymmetrisch war die

Arzt-Patienten-Beziehung, d. h. geprägt von der professionellen Dominanz der „Halbgötter in Weiß“ und ihrem persönlichen Paternalismus. Die „Gesundheitsbewegung“ der 70er-Jahre hat diese Rollenverteilung attackiert und stattdessen ein Verständnis vom Patienten als Bürger und Mensch proklamiert, die Medizin insgesamt politisiert, das Gesundheitswesen als ein „staatliches Subsystem“ begriffen und unter dem Schlagwort „Humanisierung des Krankenhauses“ versucht, vor allem dessen zentrale Institution grundlegend zu reformieren. Im Zuge der verstärkten Ökonomisierung der Krankenversorgung während der 80er-Jahre wurden dann Patienten zunehmend in ihrer Rolle als Beitragszahler (und bereits auch als „Koproduzenten ihrer Gesundheit“) verstanden, die Ärzte wiederum primär als Professionelle, die ihnen dafür (Gesundheit produzierende) Leistungen zu erbringen haben. In der IV. Phase schließlich wird die Position von Patienten als Kunden betont, die berechtigten Anspruch auf gute Qualität der Versorgung haben und an deren Bedürfnissen und Fähigkeiten sich die „Leistungsanbieter“ (u. a. die Ärzteschaft) auszurichten haben. Somit wird patientenorientiertes Qualitätsmanagement zum gesundheitspolitischen Leitthema der 90er-Jahre, auch insofern, als gleichzeitig im Be-

Dipl.-Psych. Silke Lecher
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf,
Abteilung für Medizinische Psychologie,
Martinistraße 52 (Pav. 69), 20246 Hamburg
E-Mail: lecher@uke.uni-hamburg.de

S. Lecher · W. Satzinger · A. Trojan · U. Koch

Use of Patient Surveys to Aid Patient Oriented Treatment as a Quality Criterion for Health Care

Abstract

Contrary but simultaneous to the dominant economic and fiscal aspects of the health system, patient oriented care is also gaining increasing importance in Germany's health-political debate as a criterion of quality for the treatment of patients. It is becoming increasingly clear that patient oriented care must be a central procedural maxim for all institutions and professions within the health care system, and that it is important to implement at all levels of the health care system the most important elements of patient oriented care – transparency of the treatment offers and the participation of the effected persons in the shaping of these offers. Surveys of users, patients and insurance holders represent one method for the involvement of citizens in the shaping of the health care system, for the comparison of the available facilities' health services by the consumers that use them, and for the patient oriented determination of quality deficits within these facilities. Systematic patient surveys, however, are not equally possible in all forms of institutions. Even in locations where no difficultly surmountable situational and patient related hindrances are present, namely in hospitals and rehabilitation clinics, the surveys and their results are often devaluated by the fact that they lack a solid methodical foundation or that no practical consequences are drawn from them. There are, however, surveying techniques which aid in minimizing methodic difficulties or practical implementation deficits such that patient surveys can indeed offer a profound contribution to the promotion of patient orientation and the improvement of the treatment quality in health care institutions.

Keywords

Patient orientation · Patient survey · Participation · Patient satisfaction

Leitthema: Patientenselbsthilfe

streben um Effektivitätssteigerung das Laienpotenzial aktiviert, d. h. beim Behandlungsprozess mehr Partizipation und Selbstbestimmung der Patientenschaft zugelassen werden soll [3].

Eine solche Kennzeichnung gesundheitspolitischer Entwicklungen ist aus genereller, systembezogener Perspektive sicherlich plausibel. Auf der Ebene der individuellen Akteure hat sich ein entsprechender Rollenwandel jedoch noch nicht durchgesetzt. Derartige Veränderungen von Einstellungs- und Verhaltensweisen brauchen viel Zeit. So haben sich in mehr als zehn Jahren die Rollenerwartungen von Patienten und Ärzten kaum verändert, wie der Vergleich empirischer Studien zeigt (vgl. [4, 5]). Andere Untersuchungen deuten allerdings darauf hin, dass mittlerweile doch ein Wandel zu einer aktiveren Patientenrolle stattfinden könnte, denn Patienten unter 35 Jahren bestehen mehr und mehr auf ihrer Einbeziehung bei medizinischen Entscheidungen und auf ein stärker partnerschaftliches Verhältnis zur Ärzteschaft [6]. Wenn also der systemisch angelegte Rollenwandel zunehmend auch individuell vollzogen wird, werden mehr und mehr Patienten als eigenständige „dritte Kraft“ Einfluss auf die Zielsetzung, Prozesse und Strukturen des Versorgungssystems nehmen.

Dies ist aber noch keine verbreitete Realität. Wie der Sachverständigenrat

der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen betont [7], ist bisher die Stärkung der Konsumentenrolle im Gesundheitswesen lediglich rhetorisch prominent, in der Praxis jedoch noch kaum verwirklicht. Deshalb bedarf es – als Voraussetzung für eine stärkere Patientenorientierung des Gesundheitswesens – dringend einer Erhöhung der Transparenz des Versorgungssystems und einer intensiven Förderung der Partizipation der Patientenschaft am Versorgungsgeschehen.

Für beides aber sind vor allem bessere Informationsangebote und bessere Möglichkeiten ihrer Nutzung nötig. Darum empfiehlt der Sachverständigenrat unter anderem:

- ▶ eine obligatorische Einbeziehung der Patienten in alle ärztlichen, sie betreffenden Entscheidungen auf ausreichender Informationsgrundlage,
- ▶ eine generelle Auflage für alle professionellen Gesundheitsdienstleister zur Produktion patientenbezogener Dokumente in verständlicher Form,
- ▶ den Ausbau und die Optimierung der Versicherteninformation, Aufklärung, Beratung und Schulung in zielgruppeneigneter Form.

Neben der Verbesserung der Informationsgrundlagen für Patienten kann deren beeinflussende Teilnahme am Versor-

Tabelle 1

Entwicklungsphasen der Patienten- und Arztrolle in Anlehnung an Trojan [2]

Konzeption des Gesundheitssystems	Patientenrolle	Arztrolle	Interaktion Arzt-Patient	Gesundheitspolitische Thematisierung
60er-Jahre Heilssystem	Leidender, armer Kranker	Helfer, Heiler, Halbgott in Weiß	Asymmetrie, ärztlicher Paternalismus	„Professionelle“ Dominanz der Medizin
70er-Jahre Staatliches Subsystem	Mitmensch, Bürger, Steuerzahler	Mitmensch, Bürger	Humanität, Demokratisierung	„Humanisierung des Krankenhauses“
80er-Jahre Soziale Sicherung Allgemeingut „Gesundheit“	Versicherter, Beitragszahler, Koproduzent von Gesundheit	Leistungserbringer, (Haupt-)Produzent von Gesundheit	Kooperation, Selbsthilfe	Bürokratie, Grenzen des Sozialstaates
90er-Jahre Markt für individuelle Gesundheit	Konsument, Verbraucher, Kunde, Käufer	Anbieter, Verkäufer	informierte Wahl des souveränen Konsumenten, „Angebot und Nachfrage“	Effektivität, Effizienz, Kundenorientierung, Qualitäts-Management

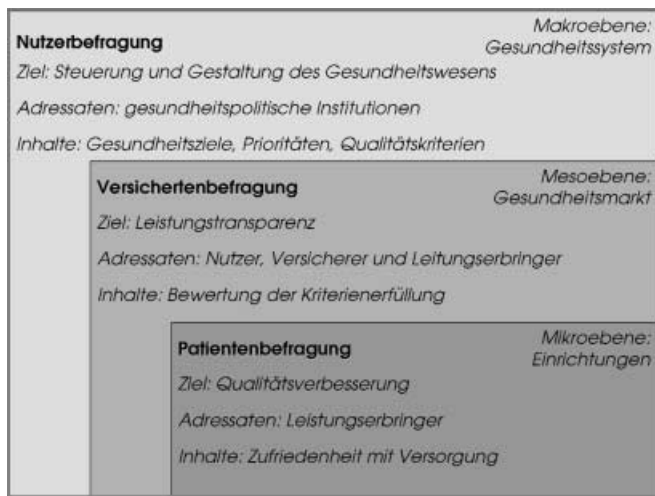


Abb. 1 ◀ **Befragungen als Instrumente zur Beteiligung am Gesundheitssystem**

gungsprozess, ja an der Systemgestaltung auch durch andere Maßnahmen unterstützt werden, etwa dadurch, dass ihnen mehr Mitspracherechte in gesundheitspolitischen Gremien (z. B. Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen, Gremien der Sozialversicherungen zur Aufstellung von Hilfsmittellisten, Medizinische Dienste bei Verfahren der Pflegeeinstufung) oder direkt in Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern oder Alten- und Pflegeheimen (Heimbeiräte, Patientenanwälte, Ombudsmänner) eingeräumt werden.

Durch eine stärkere und auch institutionalisierte Teilnahme der Patientenschaft auf allen Ebenen des Gesundheitssystems lassen sich folgende langgehegte Ziele ansteuern [7]:

- ▶ Das Versorgungssystem wird transparenter.
- ▶ Die Möglichkeit einer gesellschaftlichen Diskussion und Zielorientierung wird geschaffen.
- ▶ In der Bevölkerung erhöht sich das Gesundheitsbewusstsein und verbessert sich das Gesundheitsverhalten.
- ▶ Der Bedarf an Reformen wird schneller deutlich.
- ▶ Die Einbeziehung der Patienten in medizinische Entscheidungen erzwingt eine kritische Reflexion über medizinische Behandlungskonzepte und eine aktuellere Informationsnachfrage seitens der Leistungserbringer.

Für die konkrete Einbindung der Patienten und Versicherten in das gesundheitspolitische wie institutionelle Geschehen fehlt es allerdings noch an erprobten

Partizipationsmodellen; selbst das Wissen darüber, wie mehr Partizipation durch wen auf welcher Ebene erreicht werden kann, ist nur rudimentär [7]. Eine bedeutende Möglichkeit zur Förderung der Teilhabe – darüber besteht kein Zweifel – bieten Befragungen der Betroffenen auf verschiedenen Ebenen:

- ▶ Nutzerbefragungen mit dem Ziel der Steuerung der medizinischen Versorgung entlang den Erwartungen und Bedürfnissen der Nutzer, ihrer Prioritäten und Entscheidungskriterien.
- ▶ Versichertenbefragungen mit dem Ziel der Leistungstransparenz zur Orientierung am Gesundheitsmarkt und zum Leistungsvergleich durch Mitteilung der Kriterienerfüllung.
- ▶ Patientenbefragungen mit dem Ziel der Defizitanalyse zur Qualitätsverbesserung in Institutionen wie Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Arztpraxen.

Abbildung 1 verdeutlicht die Zusammenhänge der Befragungsziele mit den jeweiligen Ebenen des Gesundheitssystems.

Patientenbefragungen als Instrument zur Patientenorientierung

Die Einrichtungen des Gesundheitswesens haben den gesundheitspolitischen Wandel selbst erst noch zu vollziehen und sich mit der Patientenorientierung verstärkt auseinander zu setzen. Um sich aber an den Patienten orientieren zu können, müssen sie sich über deren Erwartungen, Erfahrungen, Bedürfnisse

und nicht zuletzt auch ihre Qualitätswahrnehmung informieren. Versorgungsleistungen, die aus Expertensicht für qualitativ gut eingeschätzt werden, müssen aus Patientensicht nicht ebenso eingeschätzt werden. Ein Beispiel aus einem Wiener Spital (Übersicht 1) verdeutlicht die unterschiedlichen Sichtweisen der Akteure und zeigt zusätzlich auf, was es konkret heißen kann, sich am Patienten zu orientieren.

„Eine Versorgungseinrichtung, die die Patienten in den Mittelpunkt stellt, richtet die Behandlung und Betreuung der Patienten, ihre Organisation und ihre Versorgungsabläufe bestmöglich an den Bedürfnissen der Patienten aus“, so die KTQ®-Empfehlungen [9] zum Thema Patientenorientierung. „Die Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten beziehen sich auf die medizinischen Versorgungsleistungen der Einrichtung, ebenso aber auch auf die emotionale Unterstützung und Betreuung, die Vorbereitung auf die Entlassung, auf Informationsangebote, Schulungsmaßnahmen und anderes. Es gilt, diese Erwartungen und Bedürfnisse mit den Möglichkeiten der Einrichtung in diagnostisch-therapeutischer, pflegerischer und wirtschaftlicher Hinsicht optimal zu bedienen“. Für eine gelungene Patientenorientierung bedarf es somit verschiedener institutioneller Voraussetzungen, die die Einrichtungen sicherstellen müssen [8]:

- ▶ Patienten müssen umfassende und verständliche Informationen erhalten.
- ▶ Patienten müssen weitgehend beteiligt werden am Behandlungsprozess.
- ▶ Patientenbedürfnisse und Patientenerwartungen müssen abgestimmt werden mit dem diagnostisch-therapeutisch, pflegerisch, rechtlich und wirtschaftlich Machbaren.
- ▶ Mitarbeiter müssen motiviert und kompetent sein.
- ▶ Abläufe müssen auf Qualitäts- und Patientenorientierung abgestimmt organisiert werden.

Im Hinblick auf konsequente Patientenorientierung in Einrichtungen des Gesundheitswesens kommt auch die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) [10] zu dem Schluss: „Von allen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind regelmäßig Patientenbefragungen vorzunehmen“, da „(...) Erwartungen, Bedürfnisse und Erfahrungen von Patienten der-

Übersicht 1. Mangelnde und optimierte Patientenorientierung an einem Praxisbeispiel ([8], S. 6–9)

Patientenbericht über mangelnde Patientenorientierung

Der Patient liegt im Bett und wartet auf die Visite: Ich warte auf die Visite. Die entscheidet nämlich, ob und wann ich dran komme. Eigentlich geht es mir ganz gut – nur nervös bin ich und Angst habe ich. Ich kann nicht schlafen und nicht essen. Nur denken – und das tue ich derzeit 24 Stunden am Tag. Nur ein Routineeingriff – aber erst wenn die Befunde passen. Was passt denn eigentlich nicht? Was, wenn ich mich nicht operieren lasse... Draußen scheint die Sonne. Ich würde gerne in den Garten gehen. Aber das geht nicht. Ich weiß ja nicht, wann die Visite kommt – mal ist es acht, mal zehn, mal stürmen sie beim Mittagessen herein. Auch Abend ist es schon geworden in der vergangenen Woche. Und ich muss da sein – wegen dem OP-Termin, sonst komm ich nie dran! Und ich soll den Chef fragen, hat der nette Arzt beim Blutdruckmessen gesagt. Ah – da kommen sie. Eine Menge Menschen stehen um mich herum. Der Oberarzt fragt die Oberschwester, wie es mir geht! Die meint, ich hätte keine Probleme – kein Akutfall. Ich könnte warten, meint sie. Meine Befunde könnten besser sein, sagt ein Arzt, und der Blutdruck ist etwas zu niedrig. Alle reden über mich – niemand spricht mit mir. Sie schauen über mich hinweg und vertiefen sich in die Fieberkurve. Ich verstehe kein Wort von dem, was sie sagen. Die Schwester, die heute Dienst hat, und der nette Arzt, der Blutdruck gemessen hat, stehen ganz hinten. Die könnten dem Oberarzt sagen, dass ich Angst habe und eigentlich nicht weiß, warum es denn unbedingt eine Operation sein muss. Aber den beiden geht es so wie mir. Keiner fragt sie, keiner schaut sie an – und sie sagen auch nichts. „Uns geht es ja gut“, meint der Oberarzt – die Oberschwester lächelt. Hat er mich gemeint? Verwirrt nicke ich – und fort sind sie. Heute komm ich anscheinend nicht mehr dran.

Patientenbericht über optimierte Patientenorientierung

Der Patient sitzt im Krankenhausgarten: Ich lasse mir die Sonne auf den Bauch scheinen. Ein paar Minuten hab ich noch Zeit, dann muss ich auf die Station zurück. Um 10 Uhr kommt nämlich die Visite. Da kann man fast die Uhr nachstellen. Heute sagen sie mir, was bei der Operation passiert und wie es nachher weitergeht. Ah – sag ich ja. 10 Uhr 10 Minuten. Sehr verlässlich sind die hier. Der Oberarzt, der mich untersucht hat, bittet mich ins Untersuchungszimmer. Dort wartet auch die Stationschwester, die Schwester, die heute Tagesdienst hat, und der nette junge Arzt, der mir immer den Blutdruck misst, eine Frau, die ich noch nicht kenne. Ich nehme Platz. Der Oberarzt stellt mir die Frau vor – sie ist eine Physiotherapeutin. Sie wird mich lehren, wie ich morgen nach der Operation am besten atmen soll, damit es nicht so weh tut. Auf einer Zeichnung zeigen sie mir, wo hineingeschnitten werden soll und was entfernt wird. Nachher werde ich ein paar Wochen auf meine Waldläufe verzichten müssen – aber dann bin ich wieder ganz der Alte. Ich frage auch, was passiert, wenn ich mich nicht operieren lasse. Na ja – ich werde ganz langsam immer weniger atmen können und irgendwann muss es dann doch sein, sagen sie. Der Anästhesist wird zwischen 14 und 15 Uhr kommen und mir die Narkose erklären. Die Stationschwester sagt, dass meine Frau vor und nach der Operation so lange bleiben kann, wie ich das möchte. Und die Schwester von heute hat auch morgen Dienst. Sie wird gleich in der Früh bei mir vorbeischaun – sehr beruhigend. Morgen, wenn die Visite kommt, werde ich gerade im OP sein. Aber jetzt, jetzt geh ich wieder in den Garten. Die Schwester holt gerade den nächsten Patienten ins Untersuchungszimmer. „Visitengespräch“ nennen sie das hier. Nur wer das Bett gar nicht verlassen kann, wird im Zimmer besucht. Da setzen sich dann die vier Ärzte und Schwestern zum Bett und reden mit dem Patienten. Aber ziemlich leise – und nur für ihn bestimmt.

zeit bei der Strukturierung der Versorgungsabläufe in den Einrichtungen selbst nicht ausreichend berücksichtigt werden können (...).“ Patientenbefragungen stellen im Rahmen der Umsetzung von Patientenorientierung ein wichtiges Instrument zur Messung der Patientenwahrnehmung und damit zur Beteiligung der Patienten auf der Mikroebene des Gesundheitssystems dar.

Die Ergebnisse von Patientenbefragungen können dazu genutzt werden, Defizite in der Versorgungsqualität aus Patientensicht aufzudecken und zu verbessern. Ebenso lässt sich mittels einer erfolgreichen Rückmeldung der Patientenmeinung die Sensibilisierung der Mitarbeiter für die Probleme und Erwartungen der Patienten erreichen, wodurch auf Defizite schneller eingegangen wer-

den kann. Patientenbefragungen können aber auch den Umsetzungsgrad der Patientenorientierung selbst zum Gegenstand der Betrachtung haben. Dabei stehen Fragen im Vordergrund, ob die Patienten ausreichend in den Behandlungsprozess einbezogen werden, ausreichend Informationen erhalten, Kritik und Beschwerden anbringen können. Die Wirkung der Patientenbefragung ist damit zweifach zu sehen: Zum einen erhalten die Patienten konkret die Möglichkeit zur Partizipation durch Ausdruck ihrer Meinung, zum anderen wird dadurch überprüft, wie gut eine Beteiligung der Betroffenen ermöglicht und im Versorgungsalltag verwirklicht wird.

„In Deutschland wurden Patienten erst spät an der Bewertung der medizinischen Versorgung beteiligt.“

Ziele von Patientenbefragungen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sollen, kurz gesagt, sein:

- ▶ die Partizipation der Betroffenen zu fördern durch Erfragen ihrer Erfahrungen und Urteile,
- ▶ die Sensibilität der Behandler zu erhöhen für die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten,
- ▶ die Versorgungsqualität aufgrund der ermittelten Defizite zu verbessern.

Die Geschichte systematisch angelegter Patientenbefragungen in Deutschland ist allerdings nicht allzu lang. Abgesehen von allgemeineren Bevölkerungsstudien oder vereinzelt Untersuchungen in westdeutschen Kliniken [11] wurden Patienten erst spät – angeregt durch den Kundenorientierungsimpuls des internen Qualitätsmanagements – an der Bewertung der medizinischen Versorgung beteiligt. Ab Mitte der 90er-Jahre befasste man sich aber mit dem Thema Patientenbefragungen schließlich auch hier und „landauf, landab, so scheint es, wird jetzt drauflosgefragt“, wie Satzinger ([12], S. 102) bemerkt. Die Arten der Patientenbefragung (Patientenberichte, Fokus-Gruppen, Interviews, Fragebögen) werden in erster Linie von den situativen Voraussetzungen in den Einrichtungen und den Möglichkeiten der Patienten selbst bestimmt. Eine genaue-

re Betrachtung der unterschiedlichen Aktionsfelder und der daran geknüpften Möglichkeiten der Patientenbefragung ist damit notwendig.

Aktionsfelder von Patientenbefragungen

Die Inhalte wie auch Durchführungsmöglichkeiten von Patientenbefragungen werden begrenzt durch die Aktionsfelder des Gesundheitswesens, in denen die Befragungen stattfinden. Die beteiligten Patienten sind jeweils unterschiedlich zugänglich für eine schriftliche Befragung, und spezielle Ziele bedingen spezifische Inhalte. Auch ist sicherlich die Relevanz von Patientenbefragungen angesichts der aktuellen Geschehnisse in den Aktionsfeldern zu prüfen.

Akutversorgung

Niedergelassene Ärzte

Die ambulante Akutversorgung mit rund 118.000 niedergelassenen Ärzten [13] macht 26% der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen aus [14]. Die Behandlung erfolgt meist in Arztpraxen mit durchschnittlich ein bis drei Ärzten und ein bis fünf nicht ärztlichen Mitarbeitern [14]. Eine standardisierte Patientenbefragung in einer Arztpraxis erfordert einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand, um eine ausreichend große Stichprobe zusammen zu tragen, die statistisch gesicherte Aussagen erlaubt. Thematisch stehen das Arzt-Patienten-Verhältnis und die Praxisorganisation (Wartezeiten, Telefonbedienung etc.) im Vordergrund der Befragungen [15]. Systematische Befragungen im Bereich der ambulanten Akutversorgung existieren derzeit meist in Form von Versichertenbefragungen über die Zufriedenheit mit dem Hausarzt. Patientenbefragungen in Arztpraxen zur Qualitätsverbesserung stellen eher die Ausnahme dar und finden vorwiegend im Rahmen von Forschungsprojekten statt (vgl. [16, 17]).

Krankenhäuser

In den 2263 deutschen Krankenhäusern werden jährlich 16 Millionen vollstationäre Behandlungen durchgeführt [14]. 500.000 Bürger liegen pro Tag als Patienten in einem Krankenhausbett und verweilen dort durchschnittlich 10,7 Tage

[14]. In Antizipation der prognostizierten Bevölkerungsentwicklungen erfolgen im Krankensektor seit Jahren einschneidende gesetzliche Änderungen (Gesundheitsreformen 1989 und 2000, SGB V usw.). Zudem werden die Qualitätsbemühungen in Forschung und Praxis intensiviert (DemoProQM, KTQ® usw.). Patientenorientierung wird für den Krankensektor auch von Regierungsseite gefordert. Zur Umsetzung der Zielvorgabe einer verbesserten Patientenversorgung bei geringeren Kosten wurde mit der Einführung internen Qualitätsmanagements zusätzlich zur externen Qualitätssicherung begonnen.

Inhaltlich orientieren sich die gegenwärtigen Patientenbefragungen im Krankenhaus an dem Qualitätsmodell von Donabedian [18] und beinhalten Themen wie [9]:

- ▶ Behandlung/Betreuung durch die Ärzte, Pflegenden und übriges Personal,
- ▶ Erfolg der Behandlung,
- ▶ Information der Patienten,
- ▶ Organisation des Versorgungsgeschehens bei Aufnahme, Visite und Entlassung,
- ▶ technische und sanitäre Einrichtungen,
- ▶ Unterbringung und Verpflegung.

Zielgruppe der Patientenbefragung sind die Patienten bestimmter Stationen, die aufgrund ihres Alters (mehr als 30% über 65 Jahre) häufig nur eingeschränkt zu befragen sind [13]. Partizipation der Patienten ist ein verhältnismäßig neuer Anspruch an die Krankenhausbehandlung, der keineswegs von allen Beteiligten geteilt wird. Widerstände bei der Führung oder den Mitarbeitern der Krankenhäuser hinsichtlich der Beteiligung oder Umsetzung der Patientenbefragung werden vielerorts berichtet.

Rehabilitationseinrichtungen

In den 1395 medizinischen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland wurden 1998 1,7 Millionen Patienten stationär behandelt [13]. Patientenpartizipation gilt ausdrücklich als Ziel der rehabilitativen Behandlung (dessen Erreichungsgrad regelmäßig ermittelt wird). Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 26,4 Tagen ist sie aber auch naheliegend und leichter zu realisieren als in Häusern der Akutversorgung. Zudem betreiben Rehabilitationskliniken im Rahmen des

umfassenden Qualitätssicherungsprogramms der Gesetzlichen Rentenversicherung seit 1994 externe Qualitätssicherung auf hohem Niveau. Seit 1998 werden die Strukturqualitätsdaten dank Patientenbefragungen regelmäßig um Ergebnisqualitätsdaten ergänzt. Damit liegen standardisierte Instrumente für somatisch, psychosomatisch oder suchterkrankte Patienten vor. Themen der Patientenfragebögen sind unter anderem: Unterbringung und Verpflegung, therapeutische Angebote, Umgang der Ärzte und Therapeuten mit den Patienten, Aufklärung und Information über Umgang mit der Erkrankung. Die Durchführung der Befragungen von Reha-Patienten gestaltet sich im Vergleich zu denen von Patienten in Pflegeeinrichtungen oder Akut-Krankenhäusern eher problemlos, sieht man von den geringen Rücklaufquoten bei Suchtpatienten, die illegale Drogen konsumieren, ab.

Pflegeeinrichtungen

Ambulante Pflegeeinrichtungen

Ambulante Pflegeeinrichtungen (1998: 11.700 Einrichtungen [13]) übernehmen meist die häusliche Versorgung schwer kranker und intensivpflegebedürftiger Patienten. In der häuslichen Krankenpflege, überwiegend von gewerblichen Anbietern mit wenigen Beschäftigten angeboten, werden rund 2,2 Millionen betagte und hochbetagte Patienten betreut. Aufgrund der demographischen Entwicklung und veränderten Familienstrukturen ist mit einer weiteren Zunahme an Leistungsfällen zu rechnen. Studien zur Situation der ambulanten Versorgung in Deutschland beschreiben eindrucksvoll das „Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung“, in dem sich die ambulante Versorgung durch Pflegedienste bewegt [19].

„Systematische Patientenbefragungen sind nicht in allen medizinischen Einrichtungsarten gleichermaßen gut möglich.“

Nach eingehender Analyse des Aktionsfeldes der ambulanten Pflege fordern Schaeffer und Ewers optimierte Versor-

gungsstrategien im Sinne von „patientenorientierter Pflege“. Systematische Patientenbefragungen sind dort aber noch nachrangig behandelte Aufgaben – die Qualitätsdebatte hat hier gerade erst begonnen. Die Befragung betagter Pflegebedürftiger stellt zudem ein methodisch noch ungelöstes Problem dar. Durch den Ausbau der Pflegewissenschaft in Deutschland ist allerdings eine Zunahme an Forschungsaktivitäten in ambulanter Pflege und Qualitätssicherung zu erwarten, die nicht nur optimierte Versorgungsstrategien, sondern Qualitätsprüfungs- und Patientenbefragungskonzepte nach sich ziehen dürften.

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 wird gesetzlich vorgegeben, dass die rund 500.000 Pflegebedürftigen in den 10.921 stationären Pflegeeinrichtungen [13] nicht nur fachkompetent pflegerisch versorgt werden müssen, sondern darüber hinaus ihre Lebensqualität und Zufriedenheit zu sichern sind. Um diese gesetzlichen Vorgaben umzusetzen, bedarf es einer externen Qualitätssicherung, die in Deutschland erst aufgebaut wird. Aufgrund der Wettbewerbssituation der Einrichtungen und des zunehmenden Trends zu neuen Versorgungsformen wie Kurzzeit- oder teilstationärer Pflege ist den Einrichtungen selbst an Qualitätsmanagement und damit an Kundenorientierung gelegen. Durch Vergabe von Forschungsprojekten oder mittels externer Beratung führen die Einrichtungen Patientenbefragungen zur Ermittlung des Verbesserungspotenzials durch. Thematisch stehen Fragen zu Unterbringung und Verpflegung, zu Freizeitangeboten und zum Umgang des Pflegepersonals mit den Patienten im Mittelpunkt. Noch ungelöst ist – wie auch in der ambulanten Pflege – die Form methodisch gesicherter Erhebungen. So sind leitfadengestützte Interviews mit Ja-nein-Antwortalternativen sicherlich dem Alter und der Beeinträchtigung der Bewohner angemessen. Die Problematik falsch-hoher Zufriedenheitsangaben wird dadurch allerdings nicht entschärft. Aus diesem Grunde werden zusätzlich Angehörige und Betreuer der Bewohner befragt [20]. Durch Hinzunahme der Angehörigenperspektive kann die Beurteilung der Versorgungsqualität leichter im Sinne einer De-

fizitanalyse genutzt werden. Dass von Defiziten auch im Bereich der stationären Pflege ausgegangen werden muss, zeigt die Analyse des bundesweiten Forschungsprojektes „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ [21]. Ob wenigstens die gesetzlichen Minimalanforderungen zur patientenorientierten Versorgung umgesetzt werden, gilt es aufgrund dort genannter Strukturparameter anzuzweifeln und dringend mittels Patienten- und Angehörigenbefragungen systematisch zu erfragen.

Standards der Patientenbefragung per Fragebogen

Standards der Patientenbefragung lassen sich zunächst lediglich für Erhebungen in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen ablesen, da in diesen Einrichtungen bereits einschlägige Erfahrungen vorliegen. Nicht immer erreichen die Befragungsinstrumente in den Einrichtungen ein ausreichend hohes methodisches Niveau, um Störeinflüsse wie soziale Erwünschtheit der Antworten, Dankbarkeit, Anspruchsminderung oder ähnliches zu minimieren. Eine Defizitanalyse aus Patientensicht ist damit kaum möglich. Die Bewertungen der Versorgung durch die Patienten fallen in der Regel äußerst positiv aus; 70 bis 90% der Angaben sind meist reine Zufriedenheitsäußerungen [22], 80% aller Patienten antworten bei schriftlichen Befragungen – unabhängig vom Inhalt der Fragen – grundsätzlich im Sinne hoher Zufriedenheit [23]. Dies aber steht im Widerspruch zu Interviewangaben der Befragten oder Eindrücken der Angehörigen, weshalb auch von „falsch-hoher“ Zufriedenheit gesprochen wird. Die daraus resultierende generelle Skepsis an dem Instrument der Patientenbefragung führte dazu, dass einige methodische Voraussetzungen identifiziert wurden, damit auch die latent kritischen Patientenangaben zu ermitteln sind:

- ▶ testtheoretisch fundierte Instrumente gegenüber Ad-hoc-Fragebögen [24],
- ▶ Thematisierung spezifischer Versorgungsaspekte gegenüber Globalbeurteilungen [25],
- ▶ Fragebögen mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit gegenüber Ja-nein-Antworten [26],

- ▶ Fragebögen mit Bewertungsfragen statt Zufriedenheitsfragen [27].

Befragungsdurchführung

Schriftliche Patientenbefragungen mittels standardisierter Fragebögen sind bei größeren Zielgruppen gegenüber dem persönlichen Interview und dem Telefoninterview sicherlich die effektivste Art der Erhebung. Durch so genannte Fokus-Gruppeninterviews können zusätzlich auch spezielle Patientengruppen, die nicht schriftlich befragt werden können, um ihre Bewertung der Versorgungsqualität gebeten werden: fremdsprachige Patienten, krankheitsbedingt eingeschränkte Patienten, Kinder und Jugendliche zwischen acht und 18 Jahren. Kinder unter acht Jahre können über die Einschätzung der Eltern indirekt einbezogen werden [9]. Die Vor- und Nachteile verschiedener Erhebungsarten fassen Blumenstock et al. [28] aufgrund von Methodenvergleichen zusammen und kommen zu dem Schluss: „Mit schriftlichen Befragungen einige Wochen nach der Entlassung lassen sich bei vergleichsweise begrenztem Aufwand gute Ergebnisse erzielen. Die überwiegende Mehrheit der Patienten wird mit dieser Technik erreicht. (...) Aus Kosten-Effektivitätsüberlegungen sollten entsprechende Erhebungen zugleich zeitlich beschränkt werden; in der Regel wird es ausreichen, ein- bis zweimal jährlich während eines Zeitraums von maximal vier Wochen Patienten zu befragen.“ ([28], S. 88).

Drei Zeitpunkte stehen den Einrichtungen zur Verfügung, um die Fragebögen auszuteilen:

- ▶ bei der Aufnahme in die Einrichtung,
- ▶ zum Zeitpunkt der Entlassung,
- ▶ nach der Entlassung.

Die Ausgabe zum Zeitpunkt der Aufnahme bietet den Vorteil, dass kein zusätzlicher Aufwand zur Ausgabe der Fragebögen notwendig wird. Im Routinebetrieb der verwaltungstechnischen, pflegerischen oder ärztlichen Aufnahme lässt sich die Ausgabe des Fragebogens einbringen. Der Patient kann sich dann für die Dauer des weiteren Aufenthaltes bereits im Vorwege mit den Bewertungskriterien vertraut machen und wird zur kritischen Bestandsaufnahme schon während seines Aufenthaltes angehalten.

Nachteilig ist allerdings, dass die Vergessenrate hoch ist, wenn nicht das Personal bei der Entlassung nochmals an den Fragebogen erinnert. Außerdem ist nicht jede Aufnahmesituation zur Ausgabe des Bogens geeignet – siehe schwer erkrankte oder Notfallpatienten. Den Fragebogen den Patienten noch vor ihrer Entlassung zur Beantwortung zu übergeben (perstationäre Befragung), wird immer beliebter, da es sich dabei um eine Standardsituation handelt, in der mit dem Arztbrief oder während der letzten Visite der Bogen mit erklärenden Worten persönlich ausgehändigt werden kann – ein relativ einfaches Verfahren, mit dem zudem auch die Teilnahmemotivation erhöht werden kann. Außerdem können so auch Patienten, die nach dem Klinikaufenthalt in eine Anschlussheilbehandlung gehen, erfasst, andererseits solche, die aus gesundheitlichen oder sprachlichen Gründen zur einer Beantwortung des Fragebogens nicht fähig sind, begründet ausgeschlossen werden. Erfahrungsgemäß führt aber eine Beantwortung der Fragebögen zu Hause, einige Tage nach der Entlassung, also eine poststationäre Befragung, in der Regel zu sorgfältiger und ausführlicher ausgefüllten Dokumenten als eine perstationäre [29]. Die Befragten können dann nämlich aus einem gewissen Abstand heraus ohne Zeitlimits und unbeeinflusst von bevorstehenden Entlassungsaktivitäten antworten. Auch können nur so die Erfahrungen in den letzten Stunden im Krankenhaus und mit den dort gegebenen Nachsorgeempfehlungen abgefragt werden. Allerdings verringert sich dann die Rücklaufquote erheblich, wenn der Fragebogen postalisch versendet wird, folglich auch keine Vorselektion nichtbefragungsfähiger Patienten und mündliche Motivierung der übrigen möglich ist.

Alle drei Varianten der Befragung bieten sowohl Vor- als auch Nachteile, weshalb sich immer stärker ein Kompromiss aus ihnen etabliert: Die Patienten werden bei Aufnahme über die geplante Befragung informiert (mündlich oder mittels kurzem Informationsblatt), erhalten bei der Entlassung (bei Übergabe des Arztkurzbriefes) den Fragebogen ausgehändigt mit der eindringlichen Bitte, diesen ausgefüllt innerhalb der nächsten 14 Tage zurückzusenden. Ein frankierter Rückumschlag soll den Rücklauf erhöhen und zur Teilnahme

motivieren. Ein solches Vorgehen wird auch im KTQ®-Leitfaden zur Patientenbefragung [9] vorgeschlagen, allerdings noch ohne die Informationen während der Aufnahme zu berücksichtigen.

Zur Gewährleistung der Repräsentativität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse müssen zudem Einschluss- und Ausschlusskriterien festgelegt werden. Als Einschlusskriterien können die Verweildauer (mindestens 48 Stunden oder drei Tage) und bestimmte Stationen oder die gesamte Einrichtung gewählt werden. Als Ausschlusskriterien gelten häufig Ambulanzfälle, Minderjährigkeit, mangelnde Sprachkenntnisse, Altersdemenz und krankheitsbedingte starke Beeinträchtigungen. Als Mindestanzahl sollten pro Beobachtungseinheit „(...) so viele auswertbare Fragebögen vorliegen, wie Patienten durchschnittlich pro Monat von dieser Station entlassen werden.“ ([30], S. 48). Wichtiger noch als die Orientierung an Pauschalempfehlungen ist die Anpassung der Stichprobengröße an die Ziele der Erhebung. Der Einsatz der Fragebögen zu Stationsvergleichen erfordert wegen der Größe der Konfidenzintervalle einen anderen Stichprobenumfang als der stationsinterne Einsatz zur Defizitanalyse unter Beachtung der Effekttärken.

Gestaltung des Patientenbogens

Das Alter der Zielgruppe und die Tatsache des Vorliegens einer akuten oder chronischen Erkrankung sind wichtige Ausgangsbedingungen zur Gestaltung des Patientenbogens. Daran geknüpft sind Mindestanforderungen, wie die Wahl einer Schriftgröße über 12 pt, einfache Satzkonstruktionen, übersichtliches, gegliedertes Layout, simple Sprachwahl, Einleitung mit Zielangabe, Zusicherung der Anonymität, maximale Fragenanzahl von 50 bis 60 u.ä. [31]. In Anlehnung an Ergebnisse der Einstellungsforschung lassen sich die Bewertungsfragen durch Behauptungen eines Sachverhaltes, wie: „Das Essen war schmackhaft“ darstellen, die auf einem Kontinuum von „stimme zu“ bis „stimme nicht zu“ oder „völlig falsch“ bis „völlig richtig“ von den Patienten bewerten. Wensing et al. [15] ermittelten beim Einsatz solcher Frageformate in amerikanischen Allgemeinarztpraxen eine höhere Problemsensitivität, was mit der Erleichterung für die Patienten erklärt

wird, die negativen bzw. kritischen Sachverhalte nicht selbst zu artikulieren, sondern sie nur annehmen oder ablehnen zu müssen.

„Befragungen und ihre Ergebnisse werden oft dadurch entwertet, dass sie methodisch nicht solide aufgebaut sind.“

Als Antwortformate können nicht alle Varianten an Rating-Skalen zum Einsatz kommen. Insbesondere Skalen, die eine höhere Kognitionsleistung und gutes Textverständnis voraussetzen oder eine hohe Konzentrationsleistung erfordern, scheiden aus [32]. Rating-Skalen, die einem nicht geübten Personenkreis vorgelegt werden, sollten möglichst verbale Marken oder symbolische Marken zum Ankreuzen vorsehen. Anschaulicher noch als verbale Marken ist der Einsatz von symbolischen Marken, die Kindern wie auch Erwachsenen die Urteilsabgabe erleichtern, da ihre Bedeutung auf einem Blick erfassbar ist. Mit so genannten Smiley's lässt sich auch bei älteren Personen oder Personen mit eingeschränkter Lesefähigkeit die Beantwortung von Fragen ermöglichen [33]. Bei der Anzahl der Skalenstufen hat sich eine fünffach gestufte Vorgabe als praktikabel erwiesen, da die bei Einstellungs- oder Wissensfragen zu beobachtende Tendenz zur Mitte bei Zufriedenheitsbefragungen aufgrund der Linksschiefe der Verteilungen zu vernachlässigen ist, allerdings eine größere Antwortvarianz erwartet wird. Die Anzahl der Abstufungen sollte jedoch immer nach der Diskriminanzfähigkeit der Patienten bestimmt werden [34].

Inhalte der Patientenbögen

Ähnlich der an die Zielgruppe adaptierten Fragen- und Antwortformate sind auch die Inhalte grundsätzlich den jeweiligen Aktionsfeldern der Patientenbefragung anzupassen, weil im Krankenhaus relevante Themen nicht denen der Rehabilitationseinrichtung oder des Pflegeheims entsprechen. In einer umfassenden Analyse der Inhalte von Patientenbefragungen in allen Bereichen des Gesundheitswesens entwickelten Ware et al. [35] die heute am häufigsten zitierte Klassifikation der Dimensionen von Patientenzufriedenheit:

- ▶ interpersonelles Verhalten,
- ▶ technisch-medizinische Qualität,
- ▶ Zugänglichkeit/Bequemlichkeit,
- ▶ Finanzen/Kosten,
- ▶ Wirksamkeit/Behandlungsergebnisse,
- ▶ Kontinuität der Versorgung,
- ▶ Unterbringung/physische Umgebung,
- ▶ Verfügbarkeit.

Die Gewichtung der Einzelaspekte im Zusammenhang zur gesamten Zufriedenheit ist allerdings noch unklar. Es gibt Hinweise darauf, dass Patienten individuell unterschiedliche Aspekte mit unterschiedlicher Gewichtung in die Gesamtzufriedenheit einfließen lassen [36]. In der Mehrzahl der empirischen Studien zur Gewichtung der Qualitätsdimensionen werden allerdings die Aspekte des Umgangs und der zwischenmenschlichen Betreuung durch die Ärzte und Pflegenden als wichtigste Komponente der Versorgungsqualität angesehen (siehe [37, 38]).

Gestaltung der Rückmeldungen

Eine Rückmeldung an die Mitarbeiter der Einrichtungen muss für deren Sensibilisierung geeignet sein, das heißt, sie muss eine verständliche, anschauliche und akzeptable Wiedergabe beinhalten. Der Nutzen der Patientenbefragung ist letztlich davon abhängig, wie es gelingt, die Ergebnisse sachgerecht auszuwerten, den Beteiligten zu vermitteln und über geeignete Lösungswege identifizierte Schwachstellen zu beseitigen. Zielgruppen der Rückmeldung sind hauptsächlich die Mitarbeiter der Stationen bzw. Fachabteilungen, denen die stationsspezifischen Ergebnisse in Form von Ergebnisberichten und -präsentationen vermittelt werden.

Als sinnvolle Darstellung der Ergebnisse im Sinne einer Defizitanalyse hat sich ergänzend zu deskriptiven Parametern die Angabe der relativen Problemhäufigkeit erwiesen [39], d. h. Daten darüber, mit welcher relativen Häufigkeit die Patientenangaben, bezogen auf die jeweiligen Fragen, Problemattribute enthalten. Als Problemattribut werden die Antworten gewertet, die Kritik oder Qualitätsabweichungen beschreiben. Für jede Frage und jede Subskala lassen sich die Problemhäufigkeiten anhand des Verhältnisses: Anzahl der Antworten

mit Problemattribution zur Gesamtzahl aller gültigen Fragebögen ermitteln [39]. Durch Darstellung eines Strategie-Indexes lässt sich in der Rückmeldung ergänzen, welche Aspekte der Versorgung den Patienten besonders wichtig sind und welche von den wichtigen Versorgungsaspekten schließlich nicht zufriedenstellend bewertet wurden [40]. Der Einsatz des Qualitätsmanagementinstruments „Benchmarking“, das im industriellen Rahmen zur Identifikation der „Best Practice“ eingesetzt wird, birgt bei Patientenbefragungen etliche methodische Schwierigkeiten und ist deshalb umstritten [41]. Unterschiede in den Ergebnissen von Patientenbefragungen können aufgrund von Störeinflüssen wie saisonale Schwankungen (der Belegungszahl, der Krankheiten, der Mitarbeiterzahl), Strukturveränderungen in der Einrichtung, veränderte Zuweisungs- oder Belegungspolitik, unterschiedliche Krankheitsspektren im Einzugsgebiet, unterschiedliche Stichproben in demographischer Hinsicht (Alter, Geschlecht, Versicherungsstatus) entstanden sein und bilden in Wirklichkeit die Unterschiedlichkeit der Rahmenbedingungen oder der Stichproben ab und weniger die der Qualitätsbewertungen [42]. Solche empirischen Ergebnisse begründen auf Seiten der Mitarbeiter der Einrichtungen eine Skepsis gegenüber der tatsächlichen Aussagekraft von Stations- oder Klinikvergleichen. Sinnvoller scheint es, eine eigens zum Benchmarking angelegte Versichertenbefragung zu konzipieren, in denen stärker als in Patientenbefragungen auch die strukturellen Parameter der Kliniken Eingang finden, die beim Vergleich berücksichtigt werden.

Verwertungsdefizite

Die Identifikation von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität und deren Umsetzung im Einrichtungsalltag scheint vielfach problematisch [43]. Unter Beachtung der Prinzipien des Total Quality Managements lassen sich einige Umsetzungshindernisse identifizieren, die ungeachtet der methodischen Güte der eingesetzten Instrumente zu Verwertungsdefiziten führen (Tabelle 2).

Der Umgang mit den Patienten ist nach wie vor paternalistisch geprägt [44]. Der Patient, fachlich inkompetent, ist abhängig vom Wissen und Können der medizinischen Experten, weshalb auch Kritik oder Ansprüche an diese Personen, die nach eigenem Verständnis nur das Wohlergehen der Patienten wollen, als sozial unerwünscht gelten. Darüber hinaus liegt der Zufriedenheitspegel in den Patientenäußerungen, wie erwähnt, ja generell sehr hoch, was dem vorherrschenden Prinzip des „akzeptablen“ Qualitätsniveaus durchaus entsprechen kann. Abweichungen von einem definierten Optimum sind faktisch unvermeidlich und deswegen in Grenzen zu akzeptieren – so das traditionsgemäße Qualitätsverständnis [43]. Mangelnde personelle und organisatorische Voraussetzungen für ein institutionalisiertes Qualitätsmanagement stehen einer Umsetzung der Befragungsergebnisse innerhalb der Einrichtungen häufig entgegen [43]. Die strenge Trennung zwischen Verantwortungs- und Aufgabenbereichen führt hinsichtlich der Patientenbefragungen dazu, dass die Verantwortlichkeit nicht bei allen Mitarbeitern aller Hierarchiestufen gesehen

Tabelle 2

Total Quality Management (QM) und Verwertungshindernisse von Patientenbefragungen in Anlehnung an Blum [43]

Total Quality Management	Aktuelle Situation in Gesundheitseinrichtungen	Verwertungshindernisse
Patientenorientierung	Paternalistische Sichtweise des Patienten	Mangelnde Akzeptanz der Patientenangaben
Kontinuierliche Verbesserung	Statischer Qualitätsbegriff des akzeptablen Qualitätsniveaus	Keine Einsicht in Verbesserungsnotwendigkeit bei 10 bis 30% Unzufriedenheit
QM als Unternehmensphilosophie und Führungsaufgabe	QM ist Aufgabe spezifischer Bereiche/Personenkreise	Mangelnde Infrastruktur und Unterstützung des QM

wird; die Verwertung der Ergebnisse wird somit einzelnen Verantwortlichen oder besonders engagierten Mitarbeitern übertragen, die allerdings ohne Entscheidungsmacht oder geeignete Infrastruktur Problemlösungen nicht vorantreiben können [43].

Die Güte der eingesetzten Methoden, die Sorgfalt der Durchführung und Rückmeldung sowie die Schaffung von Lösungsstrukturen ist für die Umsetzung der Patientenorientierung mittels Befragungen entscheidend. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [7] formuliert dies recht deutlich: „Darüber hinaus hält der Rat eine Verpflichtung der Leistungserbringer auf eine ausschließliche Verwendung valider Daten für unabdingbar. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung stellt eine Irreführung von Nutzern dar und erfüllt mindestens den Tatbestand des unlauteren Wettbewerbs.“ (S. 85).

Schlussfolgerungen für Verbesserungen der Patientenorientierung

Die aktuelle gesundheitspolitische Debatte fordert die Partizipation der Betroffenen, die Sensibilisierung der Behandler und eine Verbesserung der Versorgungsqualität in allen Bereichen. Durch umsichtig angelegte und methodisch solide Patientenbefragungen können die Versorgungseinrichtungen den Grad der in ihnen realisierten Patientenorientierung ermitteln und mit Hilfe gezielter Defizitanalysen deren Optimierung vorbereiten. Der Umsetzungsgrad von Patientenorientierung unterscheidet sich allerdings in den Versorgungsbereichen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege noch erheblich, was sowohl im unterschiedlichen Versorgungsauftrag der betreffenden Institutionen als auch in den dort jeweils unterschiedlichen Partizipationsmöglichkeiten begründet liegt.

Patientenorientierung mit dem ausdrücklichen Ziel einer Partizipation der Betroffenen am Behandlungsgeschehen existiert bislang nur in Rehabilitationseinrichtungen. Die Nutzung von Patientenbefragungen zur Verbesserung der Patientenorientierung ist ebenfalls in Reha-Einrichtungen am weitesten etabliert, wo fast überall routinisierte Befragungen entlassener Patienten als Teil des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungen

eingesetzt werden, um die Versorgungsqualität zu prüfen, untereinander zu vergleichen und mittels Qualitätszirkeln zu verbessern. Die Befragungsinstrumente zeichnen sich durch einen hohen Entwicklungsgrad aus und sind gleichzeitig in der Outcome-Forschung einsetzbar. Ob sie sich allerdings durch ausreichende Problemsensitivität auch zur Schwachstellenanalyse eignen, ist bislang ungeprüft.

„Patientenbefragungen als Teil des Qualitätssicherungsprogramms sind in Reha-Kliniken am weitesten etabliert.“

In (Akut-)Krankenhäusern vollzieht sich schrittweise eine vergleichbare Entwicklung, im Wesentlichen mitbestimmt durch gesetzliche Vorgaben für internes Qualitätsmanagement. So gewinnt auch Patientenorientierung zunehmend an Bedeutung. Patientenbefragungen werden nun dort zwar vermehrt eingesetzt, den verwendeten Instrumenten mangelt es allerdings noch oft an der notwendigen inhaltlichen und formalen Güte, um tatsächlich Versorgungsdefizite aus Patientensicht aufdecken zu können [45]. Die Empfehlungen der KTQ® zur Erstellung der Patientenbögen [9] und zunehmende Forschungstätigkeit auf diesem Gebiet können jedoch diesen Mangel sicherlich partiell auffangen [31].

Schwieriger gestaltet sich die Umsetzung der Patientenorientierung und deren Messung mittels Patientenbefragungen in Pflegeeinrichtungen. Die gesundheitliche Einschränkung der Bewohner mindert die Möglichkeiten systematischer Befragung erheblich. Der vergleichsweise geringe Anteil zu befragender Bewohner unterliegt wegen ihrer höheren Verweildauer und auch stärkeren Abhängigkeit zudem noch stärker der Tendenz falsch-hoher Zufriedenheitsangaben. Methodisch sind diese Probleme noch nicht zufriedenstellend gelöst, obwohl erste Ansätze durch Einbeziehung der Angehörigen bereits Möglichkeiten zur Defizitanalyse offenbaren. Nichtsdestoweniger ist eine Entwicklung zur Patientenorientierung auch in Pflegeeinrichtungen zu beobachten, auch wenn sich deren Ausgestaltung durch Einführung internen

Qualitätsmanagements oder Patientenbefragungen dort langsamer entwickelt als in der Akutversorgung. Zunehmende Forschungsaktivitäten der Pflegewissenschaft werden hier sicherlich neue Versorgungsimpulse liefern können.

Hinsichtlich der Patientenorientierung in der hausärztlichen Versorgung vermittelt die Empfehlung der Sachverständigenrates folgendes aktuelles Bild: „Eine konsequentere Patientenorientierung aller Bemühungen ist auch in der hausärztlichen Versorgung dringend erforderlich. Neben einer konsequenten Zieldefinition gilt es, speziell für den Einsatz in der ambulanten Praxis geeignete Instrumente zur Bewertung der Versorgungsqualität durch Patienten zu entwickeln“ ([7], S. 78).

Durch die Zielvorgabe der Patientenorientierung als Qualitätskriterium werden sicherlich in allen Versorgungsbereichen die Bemühungen zur Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse erhöht werden. Der medizinpsychologischen und -soziologischen Forschung kommt damit als besondere Aufgabe die Entwicklung geeigneter Instrumente zur Erfassung der Patientenorientierung zu. Eine hohe Qualität der Patientenbefragung nutzt natürlich nur dann etwas, wenn in den Einrichtungen die Struktur und Kultur der Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen ebenso hoch entwickelt ist.

Literatur

1. Bundesgesundheitsministerium (2001) Rede der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt anlässlich des 108. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 22.4.2001 in Wiesbaden. Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilungen 2001
2. Trojan A (1998) Warum sollen Patienten befragt werden? Zur Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen (II). In: Ruprecht T (Hrsg) Experten fragen – Patienten antworten. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin, S 15–30
3. Schupeta E, Hildebrandt H (1999) Patientenzufriedenheit messen und steigern: was Krankenhäuser von Patienten lernen können. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
4. Koch U (1972) Das Arzt-Patienten-Verhältnis aus der Sicht des Arztes (Dissertation). Universität Hamburg, Eigenverlag
5. Schneider KH (1986) Selbst- und Fremdwahrnehmung von Ärzten, Pflegepersonal und Patienten im Krankenhaus – gemessen mit dem Polaritätsprofil nach Hofstätter (Dissertation). Universität Hamburg, Eigenverlag

6. Arora NK, McHorney CA (2000) Patient preferences for medical decision making. Who really wants to participate? *Medical Care* 38:335–341
7. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Eigenverlag
8. Bundesministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales (1997) Leitfadens Patientensorientierung. Anregungen zur Praxis der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Hausdruckerei des BMAGS, Wien
9. KTQ[®]-Fachgruppe „Patientenorientierung und Patientenbefragung“ (2000) KTQ[®]-Leitfadens zur Patientenbefragung. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf
10. Gesundheitsministerkonferenz. Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen (1999) Patientenrechte in Deutschland. Trier
11. Erzberger C, Derivaux JC, Ruhstrat EU (1989) Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. – Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht. *MMG* 14:140–145
12. Satzinger W (1998) Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle des Erhebungsverfahrens bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Ruprecht T (Hrsg) Expertenfragen – Patienten antworten. Asgard-Verlag, Sankt Augustin, S 101–108
13. Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Statistisches Bundesamt, Bonn (StBB.), Eigenverlag
14. OECD (1998) Health Data 1998 – a comparative analysis of 29 countries (CD-ROM). Eigenverlag, Paris
15. Wensing M, Grol R, Smits A (1994) Quality judgement by patients on general practice care: a literature analysis. *Soc Sci Med* 38:45–53
16. Bitzer EM, Dierks ML, Dörning H, Schwartz FW (1999) Zufriedenheit in der Arztpraxis aus Patientenperspektive – Psychometrische Prüfung eines standardisierten Erhebungsinstrumentes. *Z Gesundheitswesen* 7:196–209
17. Dierks ML, Bitzer EM, Schwartz FW (2000) Patientenbefragungen in der Arztpraxis – Praktikabilität, Akzeptanz und Relevanz aus der Sicht von niedergelassenen Ärzten. *Z Aertzl Fortbild Qualitatssich* 94:389–395
18. Donabedian A (1988) Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 25:173–192
19. Schaeffer D, Ewers M (2000) Versorgung und Betreuung Schwerkranker in der ambulanten Pflege. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Das Gesundheitswesen* 62:264–269
20. Boie J, Dietsche S, Lecher S, Kawski S, Koch U (2001) Hamburger Verfahren zur Pflegezufriedenheit (HVP). (eingereicht)
21. Schleeckloth U, Müller U (1997) Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in Heimen: Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Kohlhammer, Stuttgart
22. Williams B, Coyle J, Healy D (1998) The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Soc Sci Med* 47:1351–1359
23. Fitzpatrick R (1991) Surveys of patient satisfaction: I – important general considerations. *Br Med J* 302:887–889
24. Hall JA, Dornan MC (1988) Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction. *Soc Sci Med* 27:637–644
25. Sitzia J, Wood N (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 45:1829–1843
26. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM (1995) A comparative study of seven measures of patient satisfaction. *Med Care* 33:392–406
27. Bruster S, Jarman B, Sosantquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL (1994) National survey of hospital patients. *Br Med J* 309:1542–1546
28. Blumenstock G, Straub C, Selbmann HK (im Druck) Die Tübinger Pilotstudie zur „Patientenorientierten Versorgung im Krankenhaus“. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) Patientenbefragungen im Krankenhaus. Methoden, Konzepte, Erfahrungen. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
29. Ehlers-Gauger J, Baumeier M, Raspe H (im Druck) Patientenbefragung in Kliniken der Medizinischen Universität Lübeck. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) Patientenbefragungen im Krankenhaus. Methoden, Konzepte, Erfahrungen. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
30. Satzinger W, Raspe H (im Druck) Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) Patientenbefragungen im Krankenhaus. Methoden, Konzepte, Erfahrungen. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
31. Lecher S, Klapper B, Koch U (im Druck) Hamburger Fragebogen zum Krankenhausaufenthalt (HFK). Ein geeignetes Instrument der Defizitanalyse. *Z Med Psychol*
32. Bortz J, Döring N (1995) Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer, Heidelberg
33. Williams SA, Swanson MS (2001) The effect of reading ability and response formats on patients' abilities to respond to a patient satisfaction scale. *J Contin Education Nursing* 32:60–67
34. Rohrmann B (1978) Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Z Sozialpsychologie* 9:222–245
35. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation Program Planning* 6:247–263
36. Ross CK, Steward CA, Sinacore JM (1993) The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. *Med Care* 31:1138–1149
37. Pascoe GC, Attkinson CC (1983) The evaluation ranking scale. A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation Program Planning* 6:335–347
38. Leimkühler AM, Müller U (1996) Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 67:765–773
39. Ruprecht T (im Druck) Patientenerfahrungen als Qualitätsindikator – das Picker-Modell. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) Patientenbefragungen im Krankenhaus. Methoden, Konzepte, Erfahrungen. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
40. Stauss B (1995) „Augenblicke der Wahrheit“ in der Dienstleistungserstellung – Ihre Relevanz und Messung mit Hilfe der Kontakt-Punkt-Analyse. In: Bruhn M, Stauss B (Hrsg) Dienstleistungsqualität: Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Gabler, Wiesbaden, S 379–399
41. Olandt H (1998) Dienstleistungsqualität in Krankenhäusern. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden
42. Trojan A, Nickel S (im Druck) Wiederholte Patientenbefragung als Instrument zur Evaluation von qualitätsverbessernden Interventionen im Krankenhaus – Exemplarische Darstellung am Beispiel des WHO-Modell-Krankenhauses Alten Eichen. In: Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlhoff P (Hrsg) Patientenbefragungen im Krankenhaus. Methoden, Konzepte, Erfahrungen. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin
43. Blum K (1998) Verwertungsdefizite von Patientenbefragungen. Eine Ursachenanalyse. *Z Gesundheitswissenschaften* 6:259–274
44. Siegrist J (1995) Medizinische Soziologie, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
45. Lecher S, Klapper B, Koch U (2001) Krankenhausbefragung zur aktuellen Praxis der Patientenbefragung. *Gesundheitsökonomie*