

Patientenzufriedenheit – Ein potentieller Eckpfeiler des Krankenhausmanagements

Patient satisfaction, a measurement to effective hospital management

Autoren

C. Schmidt¹ J. Möller² B. Malchow³ J. Meyer⁴ K. Schmidt⁵ T. Küchler³

Institut

¹ Mühlenkreiskliniken AöR, Minden, Akademische Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Hochschule Hannover
² Fachbereich Gesundheit und Pflege, Hamburger Fern-Hochschule, Hamburg
³ Referenzzentrum Lebensqualität in der Onkologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
⁴ Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck
⁵ Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Johannes Wesling Klinikum Minden, Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

Zusammenfassung



Einleitung: Der Wettbewerb um Patienten hat zugenommen. Wie sich Krankenhäuser in diesem Wettbewerb positionieren wurde bisher mit Hilfe von Fallzahlen und Verweildauern gemessen. Präferenzen von Patienten, die sich in einer Kennzahl ausdrücken, wurden bisher selten erfasst. Bei sinkenden Fallzahlen ist eine Ursachenanalyse dadurch erschwert.

Methodik: Im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wurde durch ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Psychologen und Soziologen ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit nach anerkannten Richtlinien erstellt. Er wurde den Patienten bei Entlassung ausgeteilt und anonym über einen Briefkasten außerhalb der Station zurückgegeben.

Ergebnisse: Im Jahr 2005 wurden 18711 Kurzfragebögen zurückgegeben, was einer Rücklaufquote von 26% bei etwa 71000 stationär behandelten Patienten entspricht. Das Geschlechterverhältnis lag bei 49,4% männlichen zu 50,6% weiblichen Patienten. 2 von 3 Aufnahmen erfolgten elektiv, die 3. als Notfall. Die quartalsweise

Auswertung der Fragebögen wurde für die administrative Leitung nach den Aspekten Gesamtübersicht, Baulichkeit, Verpflegung und Reinigung aufbereitet: Letztere wurden am häufigsten bemängelt, wobei bauliche Gegebenheiten und medizinische Notwendigkeiten der Nahrungsmittelanwendung als erklärende Ursache zu finden waren. Patienten auf Wahlleistungsstationen bewerteten die Betreuung in den Items „respektvoller Umgang“ und „Professionalität“ besser als Patienten auf Normalstationen. Die Unzufriedenheit korrelierte positiv mit der Liegedauer. Ferner wurden Arztrotationen auf den Stationen untersucht, bei denen die Zufriedenheit der Patienten abhängig von der Periodenlänge der Rotation war. Dies lässt auf Teamfindungsprozesse schließen.

Folgerungen: Die Ergebnisse der vorliegenden Studie geben wichtige Anhaltspunkte für Verbesserungen der Struktur- und Prozessqualität im stationären Sektor. Bei Aufbereitung für die administrative bzw. klinische Leitungsebene ermöglichen sie die Unternehmenssteuerung über die gezielte Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen.

Versorgungsforschung

Schlüsselwörter

- ▶ Patientenzufriedenheit
- ▶ Kennzahlen
- ▶ Teamfaktoren
- ▶ Krankenhausmanagement

Keywords

- ▶ patient satisfaction
- ▶ management ratios
- ▶ team performance data
- ▶ hospital management

eingereicht 6.8.2008

akzeptiert 12.3.2009

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1222582
 Dtsch Med Wochenschr 2009;
 134: 1151–1156 · © Georg
 Thieme Verlag KG Stuttgart ·
 New York · ISSN 0012-0472

Korrespondenz

Priv.-Doz. Dr. med. Christian Schmidt MPH
 Vorstand Medizin,
 Mühlenkreiskliniken AöR
 Akademische Lehrkrankenhäuser der Medizinischen Hochschule Hannover
 Hans-Nolte-Str. 1
 32429 Minden
 Tel. 0571/790-2020
 Fax 0571/790-292020
 eMail christian.schmidt@mkk-nrw.de

Einleitung



Der Krankenhausmarkt entwickelt sich seit Jahren zu mehr Wettbewerb, Transparenz und einer zunehmenden Zahl von professionell geführten Kliniken in privater Trägerschaft [20,24]. Vor dem Hintergrund der angespannten wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser in Deutschland liegen die Managementschwerpunkte im Finanzbereich. Kaum erschlossen sind bisher die Optimierungspotenziale im Bereich der Prozesse auf den Stationen, vor allem auch deshalb, weil es an zuverlässigen Kennzahlen mangelt. Bisherige Ansätze erstreckten sich auf die Erfassung von Wartezeiten an Schnittstellen [18,32], wobei hier selten Kennzahlen entwickelt werden konnten [23]. Die

Einbeziehung der Patientenzufriedenheit zur Beurteilung stationärer Prozesse ist ebenfalls wenig verbreitet. Eine Ursache dafür ist ein Mangel an Messinstrumenten und ein großer Erhebungsaufwand [23,26]. Dies hat in der Vergangenheit zu Akzeptanzproblemen geführt, insbesondere wenn methodische Grundvoraussetzungen von Fragebogenerhebungen nicht erfüllt worden waren [3,6,9,11,12,15,17,21,22]. Schließlich stellt sich auch die Frage, welche Aussagen bzw. Informationen für die administrative und klinische Leitung aus teilweise sehr großen Datenmengen getroffen werden können. Hier haben neuere Studien gezeigt, dass bei eindeutiger Fragestellung

relevante Hinweise über Prozesse und Personal auf Ebene einzelner Kliniken geliefert werden können [25, 26]. Wichtig ist dabei, dass diese Messungen im Verlauf durchgeführt werden, damit die Ergebnisse für eine Steuerung genutzt werden können [26].

Die vorliegende prospektive Studie untersucht die quartalsweise Auswertung von Patientenzufriedenheit als Teil der Unternehmenssteuerung für das Jahr 2005. Dabei wird gezeigt, wie aus einer großen Informationsfülle relevante Informationen für die Ebene der administrativen (Vorstand oder kaufmännische Leitung) und klinischen Leitung (Chefarzt und Pflegedienstleitung) extrahiert werden können.

Methodik

Nach Fusion der Universitätskliniken Kiel und Lübeck im Jahre 2002 entstand das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UK S-H). Die Unternehmensleitung entschloss sich im Rahmen einer „Balanced Scorecard“ zur Einführung einer unternehmensweiten kontinuierlichen Messung der stationären Patientenzufriedenheit.

Beauftragt mit dem Projekt wurde ein interdisziplinäres Team aus Ärzten, Pflegekräften, Psychologen und Soziologen, die sowohl für die Entwicklung der Messinstrumente als auch die Durchführung der Befragung verantwortlich waren.

Das interdisziplinäre Team orientierte sich bei der Fragebogenentwicklung an den Leitlinien der „European Organization for Research and Treatment of Cancer“ (EORTC) [27]. Diese beinhaltet eine Sichtung aller vorhandenen Messinstrumente sowie die Befragung von Patienten und Experten zu wichtigen Aspekten der Patientenzufriedenheit. Hieraus wurde in Anlehnung an den Lübecker Fragenbogen zur Patientenzufriedenheit [30] ein erstes Instrument entwickelt, das dann im Rahmen einer Vorstudie evaluiert wurde. Nach erster Testung im Jahr 2004 erfolgten eine Optimierung des Fragebogens und der unternehmensweite Einsatz im UK S-H ab Januar 2005.

Der Fragebogen hat DIN A 5 Format und ist teilweise maschinenlesbar. Er besteht aus einer auszufüllenden Vorder- und Rückseite. Inhaltlich werden die Bereiche Ablauf, Sauberkeit, Verpflegung, persönliche Zuwendung durch pflegerisches und ärztliches Personal, fachliches Können des Personals und respektvoller Umgang über vierstufige Ratingskalen abgefragt. Die Antwortkategorien beurteilen die Bereiche von „gut“ über „eher gut“, „eher schlecht“ bis „schlecht“. **Abb. 1** stellt die Vorderseite des Fragebogens dar.

Zunächst wurden die Stationsteams über die Einführung und die mit der Messung verbundenen Ziele informiert. Der Ablauf der Befragung mit wichtigen Eckpunkten, wie Anonymität, Vertraulichkeit und Bedeutung der Untersuchung wurden so vermittelt. Jeder Fragebogen wurde mit einem kurzen Anschreiben über den Zweck der Studie bei der Aufnahme der Patienten ausgeteilt. Die Rückgabe erfolgte über außerhalb der Station angebrachte Briefkästen, die Auswertung wurde quartalsweise vorgenommen. Jeder Fragebogen ließ sich seiner Station zuordnen. Darüber hinaus wurde nach Alter, Geschlecht und Schulbildung gefragt.

Der vorgestellte Erhebungszeitraum umfasst das Jahr 2005 in Quartalen. Zur Auswertung wurde festgelegt, Antworten der Kategorie „gut“ als positive und alle anderen (eher gut, eher

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein		Station	Monat	Aufnahme erfolgte								
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> als Notfall								
Liebe Patientin, lieber Patient, kurz vor Ihrer Entlassung, möchten wir Sie bitten, uns einige Ihrer Erfahrungen über den Krankenhausaufenthalt mitzuteilen. Sämtliche Angaben werden anonym ausgewertet. Es kann niemals ein Rückschluss auf Ihre Person gezogen werden. Schließlich sind wir an Ihrer ehrlichen Meinung interessiert. Bitte pro Frage nur eine Bewertung ankreuzen!												
Sind Sie mit dem Ablauf auf Station zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein								
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit im Zimmer?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> eher schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht								
Sind Sie mit dem Verpflegung auf Ihrer Station zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein								
Wie empfanden Sie die persönliche Zuwendung des Pflegepersonals?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> eher schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht								
Wie empfanden Sie die persönliche Zuwendung des ärztlichen Personals?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> eher schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht								
Wie wurden Sie bei uns über Ihre Erkrankung informiert?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> eher schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht								
Wie haben Sie unser fachliches Können erlebt?	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> eher gut	<input type="checkbox"/> eher schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht								
Fühlten Sie sich vom Klinikpersonal immer respektvoll behandelt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein								
Alter in Jahren		Geschlecht		Schulabschluss								
unter 16	16–30	31–45	46–60	61–75	über 75	männlich	weiblich	keinen	Hauptschule	Realschule	Gymnasium	Studium
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abb. 1 Fragebogen zur Patientenzufriedenheit – Vorderseite.

schlecht und schlecht) als negative Antworten zu werten [4]. Dargestellt wird daher der Anteil der unzufriedenen Patienten, der laut Unternehmensziel unter 10% liegen sollte. Bei den Ergebnissen sind Mittelwerte (MW) und Prozente dargestellt. Für Vergleiche von Gruppen wurde der T-Test verwendet. Unterschiede von $p < 0,05$ wurden dabei als signifikant definiert. Als Auswertungssoftware wurde SPSS, Version 11.0 verwendet.

Ergebnisse

Im Jahr 2005 wurden im UK S-H etwa 76000 Patienten stationär aufgenommen, von denen für insgesamt 18711 Patienten ein ausgefüllter Kurzfragebogen vorlag. Dies entspricht einer durchschnittlichen Rücklaufquote von 26,4%. Das Geschlechterverhältnis lag bei 49,4% männlichen zu 50,6% weiblichen Patienten. 2 von 3 Aufnahmen erfolgen elektiv, die 3. unter Notfallbedingungen. Fehlende Werte einzelner Items des Fragebogens lagen bei 4%, Angaben zum Schulabschluss und zur Aufnahme wichen hiervon jedoch ab.

Die Zusammenstellung der Ergebnisse erfolgte mit dem Ziel, der administrativen und klinischen Leitung Steuerungsinformationen zur Verfügung zu stellen. Hierzu gliedern sich die Ergebnisse in die für die administrative Leitung relevanten Aspekte (Unterschiede zwischen den Standorten Kiel und Lübeck, Baulichkeit, Reinigung und Verpflegung) und in für die klinische Leitung relevanten Informationen (Organisation der Stationen, Bewertung Pflege/Ärzte, Vergleich Privat- und Normalstation, Zusammenarbeit im Team aus Sicht der Patienten).

Administrative Leitung

Inhaltlich zeigten sich Unterschiede zwischen den Standorten und Zentren des UK S-H. **Abb. 2** zeigt für das Jahr 2005 die Tabelle der gesamten Leitungsebene. Sämtliche Zahlen sind farblich hinterlegt. Dabei steht grün für optimale Werte (bis 10%), gelb für suboptimale Werte (10% bis < 20%), orange für den kritischen Bereich (ab 20% bis < 25%) und rot für Handlungsbedarf (ab 25%). Angegeben sind auch die Zahl der Patienten und die prozentualen Rücklaufquoten. Diese variierten bei den Zentren zwischen 8 und 43%. Als Zielwert für gute Rücklaufquoten war 30% definiert worden, als unterer Grenzwert 25% [4].

Inhaltlich zeigen sich die größten Unterschiede bei Sauberkeit und Verpflegung. Die Sauberkeit wurde vor allem dort bemän-

Campus Kiel											
Bereich/	Frage:	Ablauf	Sauberkeit	Verpflegung	Pflege	Ärzte	Information	Können	Respekt	n=	Rücklauf
MLZ K1 Zentrum konservative Medizin		22	25	28	14	21	27	18	13	615	43,01
MLZ K2 Zentrum für Operative Medizin		14	16	26	10	17	19	13	11	578	22,11
MLZ K3 Kopf- und Neurozentrum		15	19	23	12	17	23	13	11	1332	49,61
MLZ K4 Zentrum Frauen- und Kindermedizin		11	15	19	7	13	15	8	9	299	29,29
MLZ K5 Anästhesie u. Radiologie		5	9	14	5	9	12	7	6	196	32,66
MLZ K7 Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde		44	28	39	29	34	34	26	23	101	19,45
Campus Lübeck											
Bereich/	Frage:	Ablauf	Sauberkeit	Verpflegung	Pflege	Ärzte	Information	Können	Respekt	n=	Rücklauf
MLZ L1 Herz-/Gefäß-/Lungenzentrum		15	21	32	10	16	11	11	13	145	7,73
MLZ L2 Innere Organe u. Bewegungsapparat		22	45	37	16	19	22	15	16	393	13,80
MLZ L3 Neurozentrum		26	39	24	10	24	20	15	17	105	11,40
MLZ L4 Frauen-medicin und Urologie		14	23	31	10	19	18	10	9	203	11,80
MLZ L5 Zentrum Radiologie		0	3	13	5	9	11	5	3	70	36,65
MLZ L7 Kopfchirurgie und Dermatologie		15	27	24	10	14	18	11	10	527	27,46
		■ optimaler Bereich (bis 10%)	■ suboptimaler Bereich (>10%–<20%)	■ kritischer Bereich (20%–<25%)	■ Handlungsbedarf (ab 25%)						

Abb. 2 Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem Jahr 2005 für die Leitungsebene. Angegeben sind Prozentwerte der Unzufriedenheit.

MLZ = Medizinisches Leistungszentrum

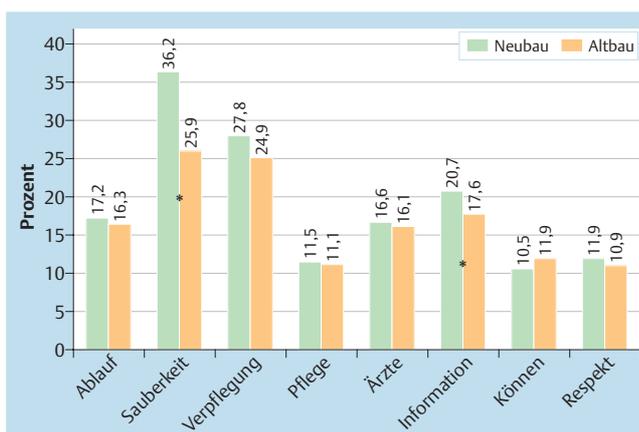


Abb. 3 Durchschnittliche Patientenunzufriedenheit. Vergleich: Alt- und Neubaustationen am Campus Lübeck (N = 7219). Dargestellt ist die Unzufriedenheit in Prozent verglichen zwischen Altbauten und Neubauten. Signifikante Unterschiede sind mit Stern markiert.

gelt, wo Patienten länger liegen mussten (Innere Medizin) und wo bauliche Gegebenheiten besonders gravierend waren (z.B. Altbau der Inneren Medizin Kiel, Kopfzentrum Lübeck). Zentren ohne relevanten Bettenanteil (Radiologie und Anästhesie) wurden sehr gut bewertet. **Abb. 3** zeigt Unterschiede zwischen den Alt- und Neubauten des Unternehmens. Hier wurden vor allem die Sauberkeit in den Altbauten und das Informationsangebot in den Neubauten signifikant besser bewertet.

Klinische Leitung

Die Darstellung auf Zentrumsebene ist in **Abb. 4** exemplarisch für das Item „Abläufe auf Station“ dargestellt. Hier zeigen sich Werte unter 15% Unzufriedenheit, wobei starke Schwankungen über das Jahr zu sehen waren. Vor allem in der Unfallchirurgie wurden Abläufe durch die Einführung einer interdisziplinären Station mit den Orthopäden initial negativ wahrgenommen. Hier nicht dargestellt, konnte jedoch im folgenden Jahr eine signifikante Verbesserung gemessen werden.

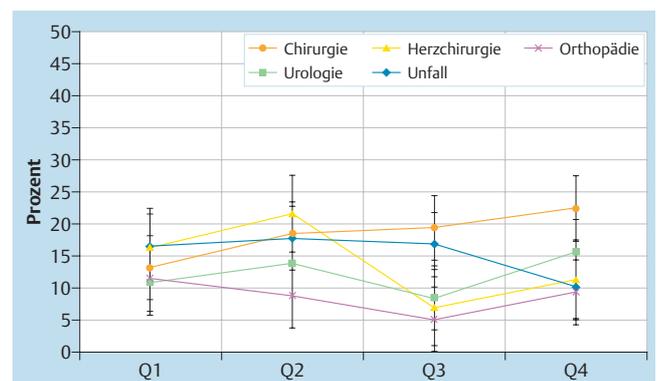


Abb. 4 Unzufriedenheit der Patienten am Beispiel eines Zentrums in Kiel für das Jahr 2005. Dargestellt ist das Item „Abläufe auf Station“ über vier Quartale.

Abb. 5 stellt die einzelnen Stationen zusammenfassend nach Wahlleistungs- und Normalstationen dar. Hier zeigten sich Unterschiede beim Rücklauf (32,2% Normal vs. 36,7% Wahlleistungsstation). Signifikant besser wurden von den Patienten auf der Wahlleistungsstation das fachliche Können des Personals (Ärzte und Pflege) (Mittelwert (MW) Normal 15,2 vs. MW Wahl 8,6; $p < 0,05$) und das Item „Respekt“ („Fühlten Sie sich vom Klinikpersonal immer respektvoll behandelt?“) (MW Normal 14,1 vs. MW Wahl 5,4; $p < 0,05$) bewertet.

In einigen Kliniken konnte bei der Betrachtung der Items „Wie empfanden Sie die persönliche Zuwendung des Pflegepersonals bzw. ärztlichen Personals?“ Schwankungen im Zeitverlauf festgestellt werden, die mit den turnusmäßig stattfindenden Rotationen der Ärzte korrelierten. Das Ergebnis ist in **Abb. 6** dargestellt, wobei hier ein Zeitraum von 2 Jahren (2005–2006) betrachtet wurde, um die halbjährlichen Rotationen abbilden zu können. Es zeigte sich eine signifikant größere Unzufriedenheit mit der Zuwendung durch die Berufsgruppen direkt nach der Rotation, die sich im Verlauf signifikant besserte.

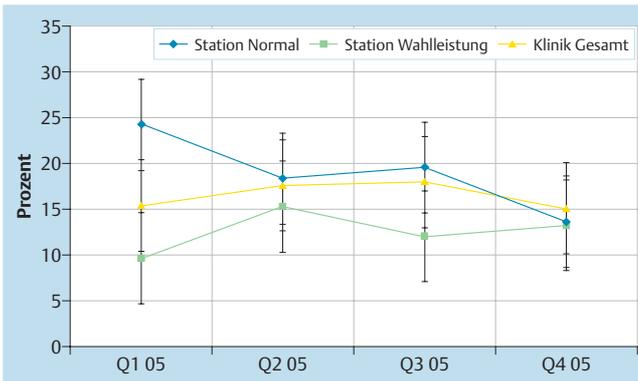


Abb. 5 Unterschiede der Patientenzufriedenheit zwischen Normal- und Wahlleistungsstationen in operativen Disziplinen über 4 Quartale (n = 7131).

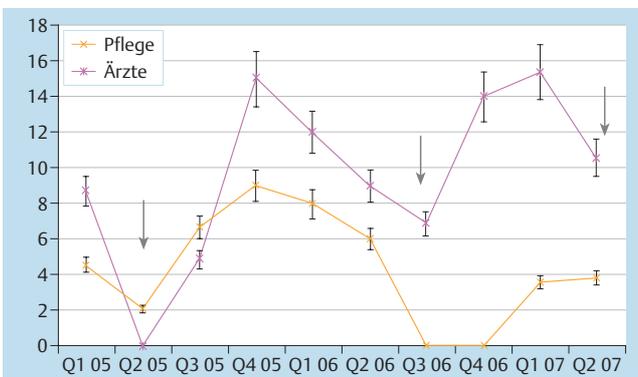


Abb. 6 Unzufriedenheit „Zuwendung durch Pflege und Ärzte“ – Korrelation mit Arztrotation. Unzufriedenheit der Patienten im Item „Zuwendung durch Pflege und Ärzte“ über einen Zeitraum von 10 Quartalen für eine exemplarische Klinik. Die Markierung (Pfeil) entspricht dem Rotationszeitpunkte der Ärzte innerhalb des Untersuchungszeitraums (n = 2164).

Bei den offenen Fragen erfolgte die Zuordnung der Freitexte nach den im Fragebogen hinterlegten Kategorien. Es wurden etwa 4000 Freitexte ausgewertet und kategorisiert. Dabei konnte aufgrund der Anzahl der Nennungen in den Bereichen Organisation, Essen und Kommunikation ein deutlicher Schwerpunkt (fast 50% mehr Texte im Vergleich zu den anderen Kategorien) festgestellt werden, wie **Abb. 7** zeigt.

Diskussion

Marktmechanismen und Wettbewerb im Gesundheitswesen führen heute zu einer stärkeren Fokussierung auf die wesentlichen Nachfrager der medizinischen Leistungen – die Patienten [8, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 24, 26, 29]. Diese entscheiden durch ihre Wahl über den wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik. Bisher nutzen die meisten Krankenhäuser in Ihren Monatsberichten die Fallzahlen als wesentliches Steuerungsinstrument. Genau genommen lässt sich damit jedoch nur retrospektiv feststellen, wie viele Patienten innerhalb eines Monats behandelt worden sind. Sinken diese Zahlen kann die Ursache nicht erkannt werden. Aus diesem Grunde erscheint die kontinuierliche Messung der Patientenzufriedenheit sinnvoll. Die Schwierigkeit besteht dabei jedoch in der Wahl der angemessenen Methodik und einer ausreichend großen Datenmenge, um auch spezielle Fragestellungen beantworten zu können.

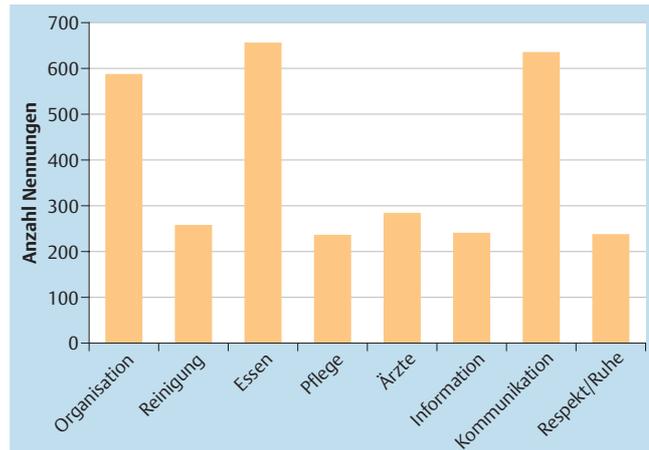


Abb. 7 Auswertung der offenen Antworten aus dem Freitextfeld der Rückseite. Insgesamt gab es über 4000 freitextliche Angaben. Mehrfachnennungen sind möglich.

nen [14, 23]. Des Weiteren müssen diese Messungen kontinuierlich erfolgen, damit saisonale Schwankungen und die Auswirkung von Veränderungen, wie beispielsweise Chefarztwechsel oder Arztrotationen erfasst werden können [25].

In der vorliegenden Studie wurden methodische Anforderungen an Patientenbefragungen berücksichtigt [3, 9, 11, 14, 17, 19, 21, 23]: Der Fragebogen hatte einen begrenzten Umfang, die Erhebung erfolgte anonym und es bestand eine durchgehend gleiche Fragenstruktur bzw. Skalierung der Items. Ferner war ein Freitextfeld für zusätzliche Bemerkungen vorhanden. Die Erhebung erfolgte zeitnah mit einem definierten Ausgabe- und Auswertungsmodus (Pflegepersonal, begleitende Worte). Die Rücklaufquote liegt mit etwa 25% etwas unter der von vergleichbarer Untersuchungen (~30%) [4, 19]. Erfasst wurden schließlich auch sozialanamnestische Daten (Alter, Geschlecht, Schulbildung). Somit hielt sich die vorliegende Studie eng an aktuelle methodische Empfehlungen zur Messung der Patientenzufriedenheit.

Insgesamt sind in der Studie jedoch bekannte Einflüsse auf die Patientenzufriedenheit, wie die soziale Erwünschtheit (Antworten werden nach den vermuteten Erwartungen der Ärzte und Pflege gegeben), der Einfluss des Alters (ältere Patienten sind zufriedener mit den abgefragten Aspekten), des Schulabschlusses (Patienten mit höherem Bildungsabschluss sind kritischer) und Deckeneffekte (überwiegend positive Antworten) nachzuweisen [3, 4, 11, 17, 19]. Auch durch eine gute Methodik lassen sich diese Einflüsse nicht ganz ausschließen, so dass die vorliegenden Ergebnisse mit gewissen Einschränkungen zu interpretieren sind.

Administrative Steuerung mit Daten zur Patientenzufriedenheit

Wichtig für die Steuerung mit Daten zur Patientenzufriedenheit von administrativer Seite sind die Rahmenbedingungen der medizinischen Leistungserbringung [23, 26]. Eine hohe Unzufriedenheit der Patienten mit der Verpflegung ist vor allem in den Fachdisziplinen zu finden, wo therapeutisch bestimmte Diäten (z.B. Pankreaschonkost) oder Darreichungsformen (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) eingehalten werden müssen. Hier wurden in der Folge auch die höchsten Werte für Unzufriedenheit im Item „Verpflegung“ gemessen. Die Interpretation der Daten ohne Kenntnis des medizinischen Umfelds, ist daher nur eingeschränkt möglich.

[15,21,22,23]. Beim Thema Sauberkeit sind vielerorts sowohl bauliche als auch organisatorische Aspekte zu berücksichtigen. Erstaunlicherweise stellte sich auf dem Campus Lübeck heraus, dass die Unzufriedenheit mit der Sauberkeit vor allem in den neueren Gebäuden signifikant größer war. Hier halfen offene Fragen, den Sachverhalt hinreichend genau zu interpretieren. Interessanterweise wurden die neueren Gebäude in Lübeck durch eine Fremdfirma gereinigt, in den Altbauten arbeiteten dagegen unternehmenseigene Kräfte, die von den Patienten besser bewertet wurden. Neubauten optimieren Abläufe und Prozesse, wecken jedoch auch höhere Erwartungen bei Patienten, was den Unterschied auch erklären könnte. Eine attraktive und effiziente Gebäudestruktur wirkt sich jedoch insgesamt positiv auf die Patientenzufriedenheit aus [5,15,25]. Dies betrifft neben der Instandhaltung der Gebäude auch die Stationsgrößen (Wirtschaftlichkeit durch effizienten Personaleinsatz), die sanitären Anlagen und die gebäudetechnische Ausstattung [25]. Bei einem allgemeinen Instandhaltungstau in öffentlichen Krankenhäusern kann daher ein Wettbewerbsnachteil gegenüber privaten Krankenhausketten bestehen, der sich auch in den Kundenpräferenzen wieder finden lässt [23,24].

Klinische Steuerung mit Daten zur Patientenzufriedenheit

Für die klinische Steuerung erscheint vor allem die Bewertung der Dienstleistungen im pflegerischen und ärztlichen Dienst wichtig. Die Items „Wie haben Sie unser fachliches Können erlebt?“ und „Fühlten Sie sich vom Klinikpersonal immer respektvoll behandelt?“ werden durchgehend gut bewertet, wobei Unterschiede zwischen dem Wahlleistungs- und dem normalstationären Bereich gefunden werden konnten. Diese lassen sich vermutlich auf die größere Präsenz des Klinikchefs zurückführen. Damit kommt dem Aspekt Führung eine interessante Bedeutung für die Zufriedenheit von Patienten zu, was für die aktive Steuerung genutzt werden kann [1,16].

Interessant erschien die Betrachtung der Bewertung für „Persönliche Zuwendung durch pflegerisches bzw. ärztliches Personal“, welche signifikant unterschiedlich ausfiel. Zurückzuführen ist die durchgehend bessere Bewertung des Pflegedienstes vermutlich auch auf den hohen Grad an Standardisierung in der Pflege in Kiel und Lübeck (teilweise eingeführte Pflegestandards), die geringere Fluktuation in dieser Berufsgruppe und die größere Präsenz am Patienten, wie einige Studien aus den USA feststellen konnten [1,2,5,10,13,31]. Auch die überwiegend weiblichen Arbeitskräfte sollen hier einen Einfluss auf die Zufriedenheit haben [1,13,28]. Bei Ärzten spielt der Ausbildungsfaktor bei der Bewertung und in gewissem Umfang auch die vergleichsweise geringere Präsenz am Patienten eine Rolle [18]. Studien aus Häusern, die Ärzte konsequent von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben entlasten, konnten eine höhere Zufriedenheit der Patienten nachweisen [18]. Ansätze zur Verbesserung betreffen beispielsweise die stärkere Verlagerung dieser Aufgaben auf andere Berufsgruppen, den konsequenten Einsatz der EDV und die Standardisierung von administrativen Prozessen (z.B. Aktenlauf) [8,18].

Die Bewertung der Zusammenarbeit der Stationsteams nach Rotation der Ärzte lieferte überraschende Ergebnisse: Die persönliche Zuwendung durch die Pflege bzw. Ärzte direkt nach der Rotation wurde von den Patienten signifikant geringer bewertet als am Ende der Rotation. Im Zeitverlauf zeigt sich dabei eine Verbesserung. Anscheinend werden die Phasen der Teamfindung nach Neuformierung von den Patienten wahrgenom-

men. Untersuchungen anderer Arbeitsgruppen bestätigen, dass die Teamperformance einen wesentlichen Parameter des Klinikmanagements darstellt und auch vom Patienten wahrgenommen wird [1,2,5,10,13,28].

Für die Pflegedienstleitungen, Ober- und Chefarzte ergeben sich hieraus wertvolle Hinweise für die Optimierung der Zusammenarbeit einzelner Stationsteams zum einen durch stärkere Präsenz der Führung, jedoch auch durch gezielte Unterstützung bzw. Zusammensetzung der Gruppe [7,10,13]. Hierzu kann bei gezielten Fragestellungen auch auf die Rückmeldungen der Freitexte in den Fragebögen zurückgegriffen werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, eingeleitete Personalmaßnahmen durch kontinuierliche Messungen zu beurteilen. Schließlich liefern die Freitextangaben auch einen Hinweis für die aus Sicht der Patienten wichtigen Bereiche. Im vorliegenden Fall waren dies die Organisation auf Station, das Essen und die Kommunikation. Verbesserungsprojekte können so besser fokussiert werden.

Für die Unternehmenssteuerung ist es schließlich sinnvoll, die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit in jährliche Zielvereinbarungen mit den Kliniken oder Stationen einfließen zu lassen. Auf diese Weise stellen Patientenbefragungen dann sinnvolle Kennzahlen für die administrative und klinische Leitung dar, die zukünftig an Bedeutung im Wettbewerb um Patienten zunehmen wird [23]. Für die erfolgreiche Umsetzung wurden in diesem Beitrag mehrere Optionen aufgezeigt.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- ▶ Ergebnisse der Patientenzufriedenheit können zur Kliniksteuerung beitragen, wenn bestimmte methodische Voraussetzungen erfüllt werden [3,9,21,23,26,32].
- ▶ Die Daten müssen im Zusammenhang mit dem Versorgungsauftrag und den Rahmenbedingungen, wie Baulichkeit, Personalausstattung und Erkrankung des Patienten gesehen werden [23].
- ▶ Erst bei gemeinsamer Betrachtung sind Schlüsse aus den Ergebnissen zu ziehen, die Einflussfaktoren von Patientenbefragungen (z.B. Deckeneffekt und soziale Erwünschtheit) unterliegen.
- ▶ Bei Betrachtung im Verlauf lassen sich diese Daten verwenden, insbesondere wenn Effekte von Veränderungsmaßnahmen beurteilt werden sollen.

Autorenerklärung: Die Autoren erklären, dass sie keine finanzielle Verbindung mit einer Firma haben, deren Produkt in dem Artikel eine wichtige Rolle spielt (oder mit einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt).

Abstract

Patient satisfaction, a measurement to effective hospital management



Background: Hospitals consider themselves to be exposed to intense competition for patient admissions. Yet their competitive performance is only rarely assessed in terms of patient satisfaction.

Methods: Following agreed guidelines, formulated on the basis of interdisciplinary research, the University Clinical Centre (2 500 beds, 10 000 employees) of Schleswig Holstein, Germany's most northerly Bundesland, developed and distributed standardized questionnaires on patient satisfaction and collected them after completion.

Results: 18 711 completed questionnaires were collected from a population of 71 000 treated patients (rate of return: 26%; males 50,6%; females 49,4%). Two-thirds of admissions were elective whereas the remainder were emergencies. The quarterly evaluation revealed quality of food and cleanliness as the main areas of complaint. Patients' dissatisfaction was the greater the longer the stay in hospital. Other differences between patients on statutory or private health insurance, respectively, were voiced regarding „respectful treatment“ and „professional ability“ (especially by private patients). Furthermore, patient satisfaction related to the duration of doctors' rotation (i.e. how long they were on duty), satisfaction being greater the longer the period of rotation.

Conclusion: The study has provided information on patient satisfaction as a measure of effective hospital management.

Literatur

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–1993
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA* 2003; 290: 1617–1623
- Baberg HT, Jäger D, Bojara W, Lemke B, von Dryander S, de Zeeuw J, Barmeyer J, Kugler J. Erwartungen und Zufriedenheit von Patienten während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. *Gesundheitswesen* 2001; 63: 297–301
- Bortz J, Döring N (Hrsg). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Verlag, 2006
- Friedman DM, Berger DL. Improving team structure and communication: a key to hospital efficiency. *Arch Surg* 2004; 139: 1194–1198
- Herschbach P. Das „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung. *Psychother Psych Med* 2002; 52: 141–150
- Kalisch BJ, Curley M, Stefanov S. An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *J Nurs Adm* 2007; 37: 77–84
- Kirschner S, Witzleb WC, Eberlein-Gonska M, Krummenauer F, Günther KP. Clinical pathways. A useful steering instrument or a limitation for medical treatment? *Orthopäde* 2007; 36: 518–522
- Klotz T, Zumbé J, Velmans R, Engelmann U. Die Bestimmung der Patientenzufriedenheit als Teil des Qualitätsmanagements im Krankenhaus. *Deutsch Med Wochenschr* 1996; 121: 889–895
- Latham CL, Hogan M, Ringl K. Nurses supporting nurses: creating a mentoring program for staff nurses to improve the workforce environment. *Nurs Adm Q* 2008; 32: 27–39
- Lecher S, Satzinger W, Trojan A, Koch U. Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. *Gesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2002; 45: 3–12
- Leimkühler AM, Müller U. Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatsache? *Nervenarzt* 1996; 67: 765–773
- Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care* 2004; 42: 492–498
- Möller-Leimkühler A, Dunkel R, Müller P. Determinanten der Patientenzufriedenheit: behandlungsbezogene und klinische Variablen, subjektives Krankheitskonzept und Lebensqualität. *Fortschr Neurol Psychiat* 2002; 70: 410–417
- Oland H, Krentz H. Patientenzufriedenheit – subjektive Qualitätswahrnehmung der Patienten und Erfolgsfaktor für Kliniken. *Gesundheitswesen* 1998; 60: 721–728
- Quist SR, Dieckmann-Stöcklein R, Bröcker EB, Weyandt GH. Determinants of patient satisfaction in a university clinic of dermatology as a parameter for patient orientation in quality management. *J Dtsch Dermatol Ges* 2007; 5: 598–604
- Raspe H, Voigt S, Herlyn K, Feldmeier U, Meier-Rebentisch K. Patientenzufriedenheit in der medizinischen Rehabilitation – ein sinnvoller Outcome Indikator? *Gesundheitswesen* 1996; 58: 372–
- Reibe F, Schmidt CE, Schäffer D, Güntert B, Küchler Th, Kremer B, Henne-Bruns D. Organisation auf Krankenstationen: Zur Schnittstellenproblematik zwischen pflegerischem und ärztlichem Sektor. *Gesundh Ökon Qual Manag* 1999; 4: 150–157
- Rychlik R (Hrsg). *Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1999: 22–23
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Eigenverlag, 2001
- Satzinger W, Trojan A, Kellermann-Mühlenhoff P (Hrsg). *Patientenbefragungen im Krankenhaus. Methoden, Konzepte, Erfahrungen*. St. Augustin: Asgard, 2002
- Satzinger W. Informationen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Zur Funktion und Methodik von Patienten- und Personalbefragungen. *Med Klin* 2002; 97: 104–110
- Schmidt CE, Möller J, Reibe F, Güntert B, Kremer B. Patientenzufriedenheit in der stationären Versorgung. Bedeutung, Methoden und Besonderheiten. *Dtsch Med Wochenschr* 2003; 128: 619–624
- Schmidt CE, Möller J, Hart F, Gabbert T, Bauer M. Erfolgsfaktoren im deutschen Krankenhausmarkt. Kliniken zwischen Verbundbildung und Privatisierung. *Anästhesist* 2007; 56: 1277–1283
- Schmidt K, Meyer JE, Jahnke I, Wollenberg B, Schmidt C. Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Eine Pilotstudie zum Kundenmanagement in der HNO. *HNO*, 2009; 57: 251–256
- Siegrist K, Schlebusch P, Trenckmann U. Fragen wir den Kunden. Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiat Prax* 2002; 29: 201–206
- Sprangers MA, Cull A, Groenvold M, Bjordal K, Blazeby J, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to developing questionnaire modules: An update and overview. EORTC Quality of Life Study Group. *Quality of Life Research* 1998; 7: 291–300
- Stutz EZ, Ceschi M. Gender and medical communication – a review. *Ther Umsch* 2007; 64: 331–335
- Thill KD (Hrsg). (Hrsg). *Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kolhammer Verlag, 1999
- Viethen G, Dombert T, Klinger M, Lachmann S, Bürk C. Ein Trendinstrument zur Erhebung von Patientenzufriedenheit: Die Lübecker Fragebogen-Doppelkarte. *Gesundh ökon Qual manag* 1997; 2: 50–53
- Wagner EH, Reid RJ. Are continuity of care and teamwork incompatible? *Med Care* 2007; 45: 6–7
- Wallner F, Grunert B, Möller J. Optimierung der Ablauforganisation in der Ambulanz der Universitäts-HNO-Klinik (Teil II). In: Möller J, Bach A, Sonntag HG (Hrsg). *TQM im Gesundheitswesen. Band 5: Quo Vadis Gesundheitswesen?* Heidelberg: Heidelberger Verlagsanstalt, 1998: 147–159