# Aus der Abteilung II des Instituts für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf Direktor: Prof. Dr. Alf Trojan

# Zufriedenheit mit der Kurzzeittherapie in der Urologie

Ergebnisse einer Patientenbefragung im Vergleich mit Befragungen auf zwei Normalstationen

Dissertation
Zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

vorgelegt von

Nina Friederike Reinecke aus Hamburg

Hamburg, im Juli 2003

Angenommen von dem Fachbereich Medizin Der Universität Hamburg am: 8. Dez. 2003

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende/r: Prof. Dr. A. Trojan

Prüfungsausschuss: zweiter Gutachter/in: Prof. Dr. M. Bullinger

Prüfungsausschuss: dritter Gutachter/in: Prof. Dr. R. Busch

meinem Bruder gewidmet

# Inhaltsverzeichnis

In	nhaltsverzeichnis	3
Αl	bbildungsverzeichnis	5
Τá	abellenverzeichnis	6
1.	. Einleitung	7
2.	. Ziel und Fragestellung der Arbeit	9
	. Grundlagen	
٠.	3.1 Urologie am Allgemeinen Krankenhaus Eilbek	
	3.1.1 Station 9 I und Station 9 II U	
	3.1.2 Kurzzeittherapie	
	3.1.2.1 Die Kurzzeittherapiestation 12 K am AK Eilbek	
	3.1.2.2 Ablauforganisation 12 K	13
	3.2 Qualität	15
	3.2.1 Begriffsdefinition	15
	3.2.2 Qualitätssicherung	17
	3.2.3 Qualitätsmanagement	18
	3.3 Patientenzufriedenheit	19
	3.3.1 Patientenzufriedenheit - Begriffsdefinition	19
	3.3.2 Patientenzufriedenheit - Bedeutung	20
	3.3.3 Messung der Patientenzufriedenheit	20
4.	. Methodik	23
	4.1 Erhebungssystematik	23
	4.2 Erhebungsinstrument	24
	4.3 Patientenstichprobe	27
	4.3.1 Auswahl	27
	4.3.2 Rücklauf	27
	4.3.2 Stichprobenzusammensetzung	29
	4.4 Datenerfassung und Auswertung	33
	4.4.1 Dokumentation	33
	4.4.2 Datenauswertung	33
	4.4.3 Externe und interne Validität	34
5.	. Ergebnisse	35
	5.1 Übergeordnete Qualitätsaspekte	35
	5.1.1 Gesamteinschätzung des Krankenhauses	35
	5.1.2 Bindung an das Krankenhaus	37
	5.1.3 Gesundheitsförderung	38
	5.1.4. Zusammenfassung	39
	5.2 Spezifische Qualitätsaspekte	40
	5.2.1 Aufnahme	
	5.2.2 Unterkunft und Service	
	5.2.3 Pflegerische Betreuung und ärztliche Betreuung	
	5.2.4 Interne Koordination	
	5.2.5 Information zur Behandlung	53

5.2.6 Nachsorge	55
5.2.7 Schulung des Patienten	57
5.2.8 Zusammenfassung	58
5.3 Wichtigkeit von Qualitätsdimensionen und Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserung	en61
6. Diskussion	71
6.1 Methoden	71
6.2. Das Konzept der Kurzzeittherapie	72
6.3. Konsequenzen für Qualitätsverbesserungen im Allgemeinen Krankenhaus Eilbek .	73
6.3.1 Betrachtung aller drei Stationen	74
6.3.2 Separate Betrachtung der einzelnen Stationen	74
6.3.2.1 Die Normalstationen 9 I und 9 II U	74
6.3.2.2 Die Kurzzeittherapiestation 12 K U	75
6.3.2.3 Vergleich Station 12 K U mit den Stationen 9 I und 9 II U	80
7. Zusammenfassung	82
Literaturverzeichnis	84
Anhang	90
Danksagung	99
Lebenslauf	100
Erklärung	101

# Abbildungsverzeichnis

	zung des Krankenhauses ("Gut", "sehr gut" und "ausgezeichnet" 3	
	enten an das Krankenhaus ("Vermutlich ja/mit Einschränkung" Fall" in %)	37
•	nderung der Patienten ("Leicht gebessert" und "stark gebessert"	
	entenversorgung im Überblick (Mittelwerte der Subskalen, uf 100-Punkte-Skala)	41
	Krankenhaus nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten	
Abbildung 6: Unterkunft und S	ervice nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)4	16
Abbildung 7: Pflegerische Bet	reuung nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %).4	19
Abbildung 8: Ärztliche Betreut	ing nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %) 5	50
Abbildung 9: Interne Koordina	tion nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %) 5	52
•	ur Behandlung nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten	
Abbildung 11: Nachsorge nac	n Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)5	55
	ratienten im Umgang mit der Krankheit (Anteil der zwei positiven	
	patientenorientierten Qualitätsdimensionen für die tzung des Krankenhauses - Patienten der Kurzzeittherapiestatio	
	ensionen zur Gesamtzufriedenheit (Beta-Gewichte einer ession)	34
	patientenorientierten Qualitätsdimensionen für die Wiederwahl uses – Patienten der Kurzzeittherapiestation6	38
	ensionen zur Wiederwahl (Beta-Gewichte einer multiplen	69

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erhebungsverfahren	. 24
Tabelle 2: Rücklauf der Patientenbefragung (absolute und relative Häufigkeiten)	. 28
Tabelle 3: Stichprobenzusammensetzung	. 29

# 1. Einleitung

Durch die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahre 1993 kam es zu einer Änderung der Leistungs- und Wettbewerbsorientierung im stationären Krankenhausbereich (vgl. Riegl 1993). Am 1. Januar 1996 wurde dahin Abrechnungsverfahren das bis als angewandte Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft und es erfolgte der Übergang zu einem neuen, leistungsbezogeneren Entgeltsystem mit Fallpauschalen und Sonderentgelten (§17 Abs. 2a KHG, Tuschen 1993, Tuschen/Quaas 1995). Für bestimmte Behandlungen wurden danach Fallpauschalen abgerechnet, welche die gesamten Behandlungskosten für diese speziellen Krankheitsfälle einschließen. Sonderentgelte sind für Leistungskomplexe, wie z.B. Operationen oder aufwendige diagnostische Maßnahmen, vorgesehen. Zuzüglich wird hier ein Anteil des Abteilungspflegesatzes, der die Kosten des ärztlichen und pflegerischen Personals, der von ihnen veranlassten Leistungen und der Sachkosten einer Abteilung abdecken soll, und ein Basispflegesatz, der die Logiskosten berechnet. Die Vergütung aller anderen Leistungen ist im Abteilungs- und im Basispflegesatz enthalten.

Für den stationären Krankenhaussektor bedeutete die Einführung von Fallpauschalen, dass jeder Tag, den ein Patient eher, als in der jeweiligen Pauschale vorgesehen, entlassen wird, ein Reingewinn des Krankenhauses ist. Die Verweildauer wird somit Mittel zur Kostensteuerung. Um kostengünstige Leistungen zu erbringen wird angestrebt, "möglichst viele Eingriffe an möglichst vielen Patienten mit möglichst kurzer Verweildauer" durchzuführen, ohne die Qualität der Patientenversorgung zu mindern (*Niebuhr* et al. 1995). Mit der Einführung von Fallpauschalen in den klinischen Alltag wurde es somit notwendig, eine genaue Kostenanalyse durchzuführen, da viele Eingriffe jetzt neu mit einer Pauschale abgerechnet wurden und es entstanden oftmals Defizite, die das Krankenhausbudget erheblich belasteten (*Rückert/Nahrstedt* 1998). Der Kostendruck für die Krankenhäuser wurde größer (*Bölke* 1995, *Rupp* 1994), so dass der Druck, vermehrt kostengünstig zu arbeiten, das zwingende Ziel wurde.

Eine weitere Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes ist, dass die Wettbewerbsintensität und die Verbreitung einer patienten- und marktorientierten Unternehmensführung im stationären Sektor spürbar zunimmt

(Tscheulin/Häberlein 1996, Schlüchtermann 1996, Reibnitz/Güntert 1996). Lange Zeit gab es in Deutschland im stationären Klinikbereich aufgrund der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen (insbesondere das Selbstkostendeckungsprinzip) zumeist keinen zwingenden Grund, einen Wettbewerb um Patienten zu betreiben. Marktorientierung und Marketing waren zu Beginn der 90er Jahre im stationären Bereich noch weitgehend unbekannte Begriffe (Färber 1991, Kracht 1992, Riegl 1992). Ein anderer wichtiger Parameter in diesem Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander wurde mehr als zuvor die Patientenzufriedenheit. Zu deren Erreichen ist die Anpassung der Versorgungsleistung an die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten von erstrangiger Bedeutung. Die vom Patienten wahrgenommene gute Qualität seiner Krankenhausbehandlung und die damit verbundene Zufriedenheit wird somit zu einem Wettbewerbsfaktor, da die Wiederwahl und das Weiterempfehlen den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses günstig beeinflussen.

Um eine Optimierung des betriebswirtschaftlichen Erfolges eines Krankenhauses zu erreichen, ist somit die Verweildauer bei bleibender hoher Qualität ein äußerst wichtiger Aspekt.

Aus diesem Grund wurden Überlegungen seitens der Krankenhäuser zu neuen Behandlungsansätzen und Organisationsformen notwendig, um im Rahmen des neuen Vergütungssystems wirtschaftlich arbeiten zu können und dabei weiter einen hohen qualitativen Anspruch zu gewährleisten. Verbunden mit dem medizinischen Fortschritt, vor allem der minimal-invasiven Chirurgie und der Möglichkeit, geplante standardisierte Behandlungsabläufe durchzuführen, kommt als eine Lösung die operative Kurzzeittherapie in Betracht.

# 2. Ziel und Fragestellung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit soll klären, ob durch Einführung der Kurzzeittherapie die Qualität der Krankenhausversorgung leidet. Um diese Frage beantworten zu können, wurde eine standardisierte Befragung von Patienten in einer stationären Kurzzeittherapie durchgeführt. Als Vergleich und zur Relativierung der gewonnenen Daten wurden die Ergebnisse einer Befragung von vollstationär behandelten Patienten hinzugezogen. Es sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- 1. Welche Stärken und welche Schwachstellen weist die Kurzzeittherapie aus Sicht der Patienten auf?
- 2. Gibt es relevante Unterschiede zwischen der Kurzzeittherapie und der vollstationären Behandlung?
- 3. Welche Dimensionen der wahrgenommenen Krankenhausqualität in der Kurzzeittherapie sind für die Gesamtzufriedenheit und für die Wiederwahl des Krankenhauses wichtig?
- 4. Welche möglichen Ansatzpunkte zur weiteren Verbesserung der Kurzzeittherapie gibt es aus Sicht der Patienten?

# 3. Grundlagen

Die in dieser Studie durchgeführte Befragung erfolgte an Patienten der Fachabteilung für Urologie des Allgemeinen Krankenhauses Eilbek. Im Grundlagenteil werden zuerst die untersuchten Stationen und im Anschluss daran, die Begriffe Qualität und Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit dieser Studie erläutert.

# 3.1 Urologie am Allgemeinen Krankenhaus Eilbek

Zu der urologischen Fachabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Eilbek gehören drei urologische Stationen: Station 9 I und Station 9 II U sowie die urologische Kurzzeittherapiestation 12 K U.

#### 3.1.1 Station 9 I und Station 9 II U

Hierbei handelt es sich um zwei Krankenhausstationen, wie sie in einem traditionellem Krankenhausbetrieb organisiert sind.

## 3.1.2 Kurzzeittherapie

Es handelt sich bei dem Begriff der Kurzzeittherapie im Allgemeinen stets um stationäre Leistung. Man kann diese Art der Behandlung als Leistungserbringung zwischen dem ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V und der klassischen vollstationären Krankenhausbehandlung ansiedeln (Deutsche Krankenhausgesellschaft 1997). Laut Bauer (1998) "gehört zu dem Inhalt der Kurzzeitbehandlung neben dem OP-Tag (=Aufnahmetag) und dem definierten Eingriff, die postoperative Versorgung an einem oder mehreren nachfolgenden Pflegetagen innerhalb eines indikationspezifischen Verweildauerintervalls. Auch die prä- und postoperative Sprechstunde sowie Untersuchungs- und Behandlungsleistungen im Vorfeld der Operation sind der kurzstationären Behandlung als obligatorischer oder optionaler Bestandteil zuzuordnen".

Grundsätzlich ist nur eine bestimmte Patientklientel für einen operativen Eingriff unter den kurzstationären Bedingungen geeignet. Zur Beurteilung der

patientenindividuellen Voraussetzungen bietet sich die ASA-Klassifikation (1941 von der American Society of Anesthesiologists veröffentlichte Klassifikation zur Risikobeschreibung von Patienten) an. So dürfen "nur Patienten der Risikogruppen I und II im Rahmen der Kurzzeittherapie behandelt werden. Patienten mit Vorerkrankungen, die ein Risiko in Bezug auf den operativen Eingriff oder den postoperativen Verlauf darstellen, scheiden somit aus. Ebenso sind alle größeren Eingriffe, die einer intensiven stationären Vorbereitung oder auch einer postoperativen Intensivüberwachung bedürfen, nicht im Rahmen der Kurzzeittherapie zu behandeln" (vgl. *Bauer* 1998).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer erstreckt sich indikationsspezifisch von einem bis zu fünf Tagen. Nach *Bauer* (1998) umfasst diese Zeitspanne damit den Zeitraum, in dem mehr als 90% der postoperativen Frühkomplikationen auftreten, die bei derartigen Eingriffen, zum Teil mit vitaler Gefährdung des Patienten, beobachtet werden. Ziel ist es, die Patienten nur von Montag bis Freitag einer Woche auf der Kurzzeittherapiestation zu behandeln, da Personaleinsparungseffekte insbesondere im pflegerischen Bereich nur auf diese Weise zu erreichen sind. Im Belegungsmanagement müssen Eingriffe mit kalkulierten Aufenthalten von bis zu fünf Tagen deswegen eher an den Wochenanfang, kürzere Behandlungsphasen von 24 bis 48 Stunden Dauer zur Wochenmitte gelegt werden (*Niebuhr* et al. 1995).

Die straffe Organisation von Sprechstunden, Bettenbelegung und Operationsplänen in Verbindung mit fachund einer berufsgruppenübergreifenden **Teamleistung** führt zu einer optimalen Ablauforganisation.

#### 3.1.2.1 Die Kurzzeittherapiestation 12 K am AK Eilbek

"Top Hotel mit Operationssaal". So wird die Kurzzeittherapie des AK Eilbek und in drei anderen Häusern des LBK Hamburg dargestellt (vgl. LBK Forum 1998). Bei der interdisziplinär geführten Kurzzeittherapiestation 12 K des AK Eilbeks handelt es sich um eine 18-Betten-Einheit, zu der die Abteilungen für Urologie 12 K U (sieben Betten), für Allgemein- und Viszeralchirurgie 12 K CI (sieben Betten) und für Unfall- und Gelenkchirurgie 12 K CII (vier Betten) gehören. Ausserdem ist die Anästhesieabteilung beim Sprechstundenbetrieb beteiligt und

bietet auf 12 K die Möglichkeit der Eigenblutspende für Operationen ausserhalb der Kurzzeittherapie an.

Die Station 12 K besteht aus Ein-, Zwei- und Dreibettzimmern, wobei jedes Zimmer über einen bettenbezogenen Telefonanschluss, ein Bad und einen Fernseher verfügt. Die Räume sind durch sonnengelbe Wandfarben hell und freundlich gehalten. Durch eine eigene Eingangshalle mit Rezeption im Foyer wird der Station ein hotelartiger Charakter verliehen. Ein eigener Speisesaal und ein Raucherzimmer bieten Komfort für die Patienten. Im selben Gebäudetrakt wie die Station 12 K befinden sich die Operationssäle, der Aufwachraum und die Intensivstation.

In dieser Arbeit werden zur Beurteilung der Kurzzeittherapie ausschließlich urologische Patienten herangezogen. Folgende Operationen wurden in der Abteilung für Urologie zum Zeitpunkt der Erhebung auf der Station 12 K U am häufigsten durchgeführt:

- Hohe Ligatur
- Harnröhrensuspensionsplastik nach Pereyra
- Circumcision
- Penisaufrichtung
- Vasoresektion
- Orchidopexie
- Ablatio testis
- Vasovasostomie
- Urethrabougierung
- Cysturethroskopie
- Urthrotomia interna
- Lithotripsie
- Prostata-Sextantenbiopsie
- Sectio alta zur Steinentfernung
- Pigtailversorgung, Ureteroenoskopie
- Schlingeneinlage/-zug

In der Zwischenzeit hat sich ergeben, dass das Therapieangebot in der Kurzzeittherapie um wesentliche therapeutische Maßnahmen erweitert werden konnte. Zu den bei der Erhebung dieser Arbeit aufgeführten Leistungen werden mittlerweile folgende Therapiemaßnahmen ergänzend angeboten:

- Nephrektomie
- elektrochirurgische Eingriffe im Bereich der Blase/Prostata
- diagnostische und therapeutische Ureterorenoskopie
- ESWL
- Laserchirurgie
- perkutane Nierenzystenpunktion /-sklerosierung

#### 3.1.2.2 Ablauforganisation 12 K

#### 1. Anmeldung des Patienten:

Der Patient geht mit seinen Beschwerden zum niedergelassenen Facharzt, welcher die Diagnose und die entsprechende OP-Indikation stellt. Danach setzt sich der niedergelassene Facharzt oder der Patient telefonisch mit der Station 12 K in Verbindung, um einen Termin für die Sprechstunde zu vereinbaren. Alle Ergebnisse von bereits erfolgten Voruntersuchungen (Röntgenbilder, Laborwerte etc.) werden zum vereinbarten Termin vom einweisenden Facharzt mitgegeben.

#### 2. Sprechstunde:

Der Patient kommt zum Termin ins Foyer 12 K, seine persönlichen Daten werden vor Ort in einer Akte angelegt, um ihm den zusätzlichen Gang in die Verwaltung zu ersparen. Die Sprechstundenhilfe begleitet den Patienten daraufhin zum zuständigen Stationsarzt. Dieser erstellt die allgemeine Anamnese, führt die körperliche Untersuchung durch und überprüft die relevanten Voruntersuchungen. Anschließend beurteilt der Arzt die Indikation und legt das Operationsverfahren fest. Nach Aufklärung des Patienten über den geplanten operativen Eingriff durch den Urologen erfolgt ein weiteres Aufklärungsgespräch durch den Anästhesisten, der die Narkose durchführen wird. Der Anästhesist klassifiziert den Patienten nach ASA und rezeptiert die Praemedikation, welche der Patient am Vorabend des OP-

Termins zu Hause einnimmt. Wünsche des Patienten (z.B. OP-Termin, Zimmerwahl, Arztwahl usw.) können gegebenenfalls berücksichtigt werden. Zusätzlich erhält der Patient ein Informationsblatt, durch das er über seine Erkrankung und den vorgesehenen Eingriff ergänzend informiert wird.

#### 3. Stationäre Aufnahme und Operation:

Zum vereinbarten OP-Termin findet sich der Patient in der Regel um 7:00 Uhr im Foyer der Station 12 K ein. Es werden noch einmal alle Unterlagen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Eine Bezugsschwester empfängt den Patienten, begleitet ihn in sein Zimmer und macht ihn mit dem Stationsablauf vertraut. Nach der üblichen pflegerischen Vorbereitung auf die Operation (Rasur, Prothesenentnahme etc.) und kurzer aktueller Untersuchung durch den Stationsarzt wird der Patient von seiner Bezugsschwester in den nahegelegenen Operationssaal begleitet. Der weitere Ablauf im OP verläuft analog dem der Normalstation.

## 4. Postoperative Behandlung und Betreuung:

Ist der Patient im Aufwachraum aus der Narkose erwacht, begleitet ihn die Bezugsschwester wieder zurück auf sein Zimmer, wo er weiter überwacht und betreut wird. Durch tägliche Visite von Arzt und Schwester wird der postoperative Verlauf und das Befinden des Patienten kontrolliert und schriftlich in seiner Akte festgehalten. Die Kurzzeittherapie verfolgt das Ziel, den Patienten, soweit es sein Genesungszustand erlaubt, nach maximal fünf Tagen nach Hause zu entlassen. Sollte eine Entlassung im Einzelfall zum Wochenende nicht möglich sein, gibt es die Möglichkeit, der Verlegung auf eine Normalstation, um die lückenlose Weiterversorgung zu gewährleisten. Bei der Entlassung werden dem Patienten ein abschließender Arztbrief und ein Informationsblatt zu seiner Erkrankung mit empfohlenen weiteren postoperativen Verhaltensweisen sowie gegebenenfalls Medikamente mitgegeben. Für den Fall, dass zu Hause Komplikationen oder dringliche Fragen entstehen, erhält der Patient die Nummer einer Hotline, unter der er nach der Entlassung Tag und Nacht einen Stationsarzt der Abteilung telefonisch erreichen kann.

#### 5. Poststationäre Behandlung:

Die poststationäre Betreuung wird regelmäßig vom niedergelassenen Facharzt übernommen.

#### 3.2 Qualität

### 3.2.1 Begriffsdefinition

Der Begriff Qualität ist von dem lateinischen Wort Qualitas abgeleitet, das die Beschaffenheit eines Objektes bezeichnet. Neben dieser rein deskriptiven Definition existieren weitere Begriffsbestimmungen; So gibt z.B. der Duden als Synonyme die Begriffe Wert, Güte und Eignung an. Schon hier wird der Verlust der wertfreien Darstellung deutlich. Es folgen zahlreiche Ansätze der Definition des Begriffes Qualität in der wissenschaftlichen Literatur, woraus sich die Forderung nach einer einheitlichen Definition stellte. Die DIN ISO 8402 versucht dem gerecht zu werden und definierte 1994 Qualität folgendermaßen: "Qualität bedeutet die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen" (ISO 8402, 1994).

Auch der Qualitätsbegriff in der medizinischen Versorgung wird unterschiedlich definiert, z.B. als "delivering the most advanced knowledge and skill of medical science to serve the patient" (vgl. Schulz/Johnson 1976). So bedeutet medizinische Qualität die ständige, fortdauernde Entwicklung und Forschung zum Schutz des Patienten. Laut Brook (1977) ergibt sich die medizinische Versorgungsqualität aus der Differenz zwischen Effizienz (bestmögliche Versorgung) und Effektivität (tatsächlich erreichtes Resultat). Ein weiteres Maß für die Beurteilung der Versorgungsqualität besteht darin, die Anzahl der abgeschlossenen Betreuungen mit der Gesamtzahl Betreuungen ins Verhältnis zu setzten. Die Bewertung des Erfolges kann man dann aus der festgelegten Zielvorstellung herleiten (Fassl 1977). Qualität in der medizinischen Versorgung ist demzufolge die Differenz zwischen dem, was bei der Patientenversorgung erreicht werden kann und dem, was tatsächlich erreicht worden ist (Eichhorn 1987). Anhand der beschrieben Qualitätsdefinitionen wird deutlich, dass es keine Qualität an sich gibt, sondern nur Qualität hinsichtlich bestimmter Ziele (Vuori 1982). Medizinische Qualität ist demnach abhängig von den Zielvorstellungen.

Eine eindeutige Definition der medizinischen Qualität, der Qualität des ärztlichen Handelns und der gesundheitlichen Versorgung gibt es aber bisher nicht. Dies führt zu einer Vielzahl von Maßnahmen zur Beurteilung und Sicherung der Qualität in der medizinischen Versorgung. Von maßgeblicher Bedeutung hierzu sind die Arbeiten des amerikanischen Mediziners und Professors of Public Health *Dr. A. Donabedian*, der zur Darstellung der Qualität medizinischer Versorgung drei Qualitätskategorien unterscheidet: Struktur, Prozess und Ergebnis, welche von ihm als "approach to quality assessment", also als ein Ansatz zur Qualitätsmessung verstanden werden (*Donabedian* 1966):

- Die Strukturqualität (appraisal of structure) umfasst alle personellen Voraussetzungen nach Zahl und Qualifikation, räumliche Voraussetzungen, medizinisch-technische Ausstattungen und finanzielle Rahmenbedingungen. Die Qualität der Leistungserbringung ist an die Qualifikation der Ärzte gebunden, die sich aus Weiterbildung und Fortbildung ergibt. Personelle Engpässe können zur Beeinträchtigung der Qualität stationärer Leistungen führen. Mangelhafte oder veraltete technische Ausstattung kann zu Unterversorgung oder zu diagnostischen und therapeutischen Defiziten führen. Demnach besteht eine positive Korrelation zwischen Qualität der eingesetzten Mittel einerseits und Qualität der medizinischen Versorgung andererseits.
- Unter Prozessqualität (assessment of process) werden sämtliche ärztliche und pflegerische Aktivitäten der diagnostischen und therapeutischen Versorgung verstanden. Die Prozessqualität setzt dabei voraus, dass Umfang und Ablauf der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der Berufspraxis entsprechen, da ein qualitativ hochwertiger Behandlungsprozess ein gutes Behandlungsergebnis bewirkt. Die überwiegende Mehrzahl der heute angewandten Verfahren zur Qualitätssicherung im Krankenhaus ist der Prozessqualität zuzuordnen.
- Die aussagefähigste Form der Qualitätsmessung ist aber die Beurteilung des Ergebnisses diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Die Ergebnisqualität (health outcomes) bezieht sich auf die Veränderung des Gesundheitszustandes des Patienten (z.B. Symptome,

gesundheitsbezogene Lebensqualität) und gehört zu der schwierigsten Form der Qualitätssicherung, weil das Ergebnis einer Behandlung überwiegend nicht mit dem Ende des Krankenhausaufenthaltes, sondern erst mittel- oder langfristig beurteilt werden kann. Die Untersuchung der Ergebnisqualität erfordert daher prospektive Untersuchungen im Hinblick auf den Gesundheitszustand des Patienten. Die Ergebnisqualität ist der primäre Beurteilungsmassstab für eine medizinische Leistung (vgl. *Eichorn* 1997, *Hauke* 1991, *Janssen* 1995, *Viethen* 1995).

Diese Differenzierung in drei Formen der Qualität stellt auch heute noch den begrifflichen Rahmen der Qualitätssicherung dar.

#### 3.2.2 Qualitätssicherung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte innerhalb des Programms "Gesundheit 2000" als Ziel: "Bis Jahr 1990 sollte zum es im Gesundheitsversorgungssystem jedes Mitgliedstaates effektive Verfahren der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung geben" (vgl. WHO 1984). In der Bundesrepublik Deutschland wurde im Rahmen der Neuregelung der Sozialgesetzgebung (Gesundheitsreformgesetz) 1989 die Qualitätssicherung gesetzlich verankert. Qualitätssicherung bedeutet die Messung des aktuellen Qualitätsstandes der medizinischen Leistungen, die Dokumentation und deren kritische Ist-Analyse. Darüber hinaus sind die Zielsetzung, eine Soll-Auswertung, Rückschlüsse und die Lösungsumsetzung wichtige Bestandteile Qualitätssicherungsmaßnahmen. Qualitätssicherung einheitlichen Standards durchgeführt werden, um durch Vergleiche eine medizinische Versorgung beurteilen zu können. So wurde z.B. im Jahr 1989 vom Sachverständigenrat ein Programm zur Qualitätssicherung in fünf Schritten entwickelt (vgl. Sachverständigenrat 1989):

- 1. Beobachten ärztlichen Handelns.
- 2. Erkennen von Qualitätssicherungsproblemen und Setzen von Prioritäten.
- 3. Suche nach Lösungen für ausgewählte Probleme.
- 4. Umsetzung der Problemlösung in den Alltag.
- 5. Überprüfung, ob das Qualitätssicherungsproblem beseitigt ist.

Neben der Beobachtung des ärztlichen Handelns ist es von Interesse, eine Betrachtung der Arbeitsabläufe des Pflegepersonals, der Organisation des Tagesablaufes sowie der Infrastruktur durchzuführen. Das Erkennen von Qualitätsmängeln und die Überprüfung daraufhin, ob das erkannte Problem durch geeignete Maßnahmen beseitigt wurde, gehört demnach zur Qualitätssicherung.

#### 3.2.3 Qualitätsmanagement

Auch der Begriff Qualitätsmanagement ist international und national definiert worden. So bezeichnet EN DIN ISO-Norm 8402 Qualitätsmanagement als "die Gesamtheit aller Tätigkeiten (Planung, Steuerung, Sicherung, Verbesserung), die geeignet sind, die Ziele der unternehmenseigenen Qualitätsphilosophie zu erreichen." Zudem ist Qualitätsmanagement laut der Norm eine Aufgabe der Führungsebene und muss von der obersten Leitungsebene (Vorstand, Geschäftsführer, kollegiale Führung) vorangetrieben und gesteuert werden, wobei an seiner Umsetzung alle Mitarbeiter zu beteiligen sind (Selbmann 1995). Alle Schritte des Qualitätsmanagements sollen benannt werden: Qualitätsplanung, Qualitätskontrolle. Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Eine Entstehung neuer kostenbringender von Bürokratie soll vermieden werden, ferner sollen die Chancen genutzt werden, Wandel im Gesundheitswesen vorzubereiten. Qualitätsmanagement soll total sein und Strukturen, Abläufe und Ergebnisse gleichermaßen umfassen (Hildebrand 1995).

Für das Krankenhaus heißt dies, dass sich Ärzte, Pflegedienst und Verwaltung gemeinsam Gedanken zu Qualitätserwartungen der Patienten, der Mitarbeiter und der Kostenträger machen müssen. Das Krankenhaus wird so zu einem Dienstleistungsunternehmen bei zunehmender Wettbewerbsintensität. Qualität tritt mit wachsender Bedeutung in den Vordergrund und die Dienstleistungen des Krankenhauses werden vom Patienten beurteilt. Schlechte Qualität bedeutet finanziellen Verlust, zum einen durch den unproduktiven Einsatz menschlicher, materieller und technischer Ressourcen und zum anderen durch mangelndes Vertrauen und Ansehen der Patienten (Viethen 1995). Eine der

neueren Entwicklungen des Qualitätsmanagement stellt das Total Quality Management (TQM) dar. Dieses System beinhaltet die Erkenntnis, dass der ausschlaggebende Qualitätsmaßstab die Patientenzufriedenheit ist.

#### 3.3 Patientenzufriedenheit

In dieser Arbeit soll die Patientenzufriedenheit analog zum TQM als Evaluierungskriterium der Qualitätssicherung dienen. Es wird zunächst versucht, den Begriff Patientenzufriedenheit zu definieren. Daran anschließend wird auf die Bedeutung der Patientenzufriedenheit eingegangen und abschließend die Messbarkeit der Patientenzufriedenheit erläutert.

#### 3.3.1 Patientenzufriedenheit - Begriffsdefinition

Der Begriff Patientenzufriedenheit wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Beispielsweise ist Ware et al. (1983) der Meinung, "dass der Begriff Patientenzufriedenheit drei Hauptkriterien beinhaltet: 1. Die persönlichen Vorlieben; 2. die Erwartungen; 3. die tatsächliche Versorgung". Laut Elkeles (1992) wird die Zufriedenheit umso besser ausfallen, je deutlicher die Erwartungshaltung der Genesung und Heilung des Patienten erfüllt wird. Linder-Pelz (1982) beschreibt die Patientenzufriedenheit als die positiven Urteile des Individuums über verschiedene Dimensionen Leistungserstellung. Weitere Definitionsversuche besagen, dass sich eine Zufriedenheit der Patienten nicht ausschließlich durch sachliche ökonomische Parameter erreichen lässt, da für die Gesamtzufriedenheit des Patienten das Kommunikations- und Sozialverhalten des behandelnden Arztes ebenfalls ein wichtiges Kriterium ist (Barlett et al. 1984). Auch Bertakis et al. (1991) fanden heraus, dass die Zufriedenheit steigt, wenn psychsoziale Aspekte im ärztlichen Gespräch berücksichtigt werden und sich der Arzt dabei nicht dominant verhält. Brody et al. (1989) bestätigen diese Erkenntnis und sind die Patientenzufriedenheit nicht nur der Meinung, dass von den wahrgenommenen technischen Fertigkeiten, z.B. der Untersuchung oder Medikamentation, sondern auch von nicht technischen Fähigkeiten, wie etwa dem Kommunikationsstil abhängt.

#### 3.3.2 Patientenzufriedenheit - Bedeutung

Die Bedeutung der Zufriedenheit von Patienten ist seit jeher ein kontrovers diskutiertes Thema. Laut *Koch* (1972) herrschte Anfang der 70er Jahre noch die Meinung vor, dass die Hauptaufgabe eines Krankenhauses die zweckmäßige medizinische Versorgung sei und weniger darin bestehe, eine subjektive Patientenzufriedenheit zu schaffen. Allerdings war schon damals anerkannt, dass alle Maßnahmen, die eine Zufriedenheit des Patienten schaffen, sowohl eine aktive Mitwirkung des Patienten an der Therapie (Compliance) bewirken als auch die Selbstheilungskräfte des menschlichen Körpers fördern und somit zu einer schnelleren Genesung beitragen (vgl. *Grauham* 1969, *Glomb* et al. 1983, *Nelson* 1992, *Birner* et al. 1995, *Cleary* et al. 1991). Trotz dieser positiven Beziehung zwischen Patientenzufriedenheit und Gesundheit sind in Deutschland Zufriedenheitsuntersuchungen zur Feststellung der Erfüllung der Erwartungshaltung der Patienten im Krankenhaus ein wenig genutztes Instrument (*Mielck* 1993). Erst in den letzten Jahren hat die Messung der Patientenzufriedenheit verstärkte Aufmerksamkeit erlangt (*Lecher* et al. 2002).

#### 3.3.3 Messung der Patientenzufriedenheit

Messungen, die Auskunft über die Zufriedenheit der Patienten mit der gesundheitlichen Versorgung geben, erlangen im Rahmen der Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich zunehmend an Bedeutung. Untersuchungen können die Bedürfnisse und Empfindungen der Patienten erfassen und zu einer Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Allerdings fällt auf, dass Patientenbefragungen in der Regel sehr positive Ergebnisse zeigen. So stellt Raspe (1983) nach Auswertung vieler Zufriedenheitsuntersuchungen fest, dass sich durchschnittlich drei Viertel der befragten Patienten zufrieden über den Krankenhausaufenthalt, die Arzt-Patienten-Beziehung und die persönliche Betreuung äußern. Aus diesem Grund sollte bereits Ergebnissen, welche unter einem Zufriedenheitsgrad von 75% liegen, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da hier möglicherweise Schwachstellen in der Versorgung bestehen. Aber auch hohe Zufriedenheitswerte können zunehmend Zweifel an der Methodik der Erhebung bringen. *Ridder* (1988) hat in eigener Meta-Analyse herausgefunden, dass sich hinter der angegebenen Zufriedenheit durchaus Kritik und Unzufriedenheit verstecken können: Zum Beispiel wird der Wunsch des Patienten, über seine Krankheit ausreichend aufgeklärt und informiert zu werden, erst nach detailliertem Nachfragen geäußert und bringt damit erhebliche methodische Schwierigkeiten bei der Erhebung mit sich.

Es stellt sich daher die Frage, ob Patienten wirklich zufrieden sind, wenn sie angeben, sie seien es. Diesem grundsätzlichen Gültigkeitsproblem wird dadurch begegnet, indem in den meisten Studien von zwei ungeprüften Annahmen ausgegangen wird:

- dass eine objektiv gute Realität auch als solche wahrgenommen wird und Zufriedenheit produziert und
- 2. dass Zufriedenheitsangaben von Patienten tatsächlich auf subjektive Zufriedenheit schließen lassen (*Leimkühler* et al. 1996).

Bei der Erfassung der Patientenzufriedenheit ist außerdem zu beachten, dass es zahlreiche Faktoren gibt, die die Zufriedenheit beeinflussen können. Das Antwortverhalten selbst kann durch folgende Faktoren beeinflusst werden (vgl. *Aust* 1994):

- Selbstselektion der Befragten: Unter den Patienten, die die Teilnahme an einer Studie ablehnen, befinden sich die meisten Kritiker (*Cleary* et al. 1991).
- Sanktionsangst: Angepasst harmoniebedürftiges Verhalten der Patienten gegenüber Ärzten und Pflegern, dadurch verminderte Kritikbereitschaft aus Sorge vor schlechterer Behandlung (Siegrist 1976).
- Autoritätsgläubigkeit: Alle ärztlichen Handlungen erscheinen wichtiger als das eigene Bedürfnis (Batholomeyczik 1981).
- Kognitive Dissonanz: Die Differenz zwischen erwarteter und vorgefundener Situation führt zur Reduktion des eigenen Anspruchsniveaus (Festinger 1957).
- Resignative Harmonie: Der Patient übergibt die Verantwortung für den Heilungsprozess an den Arzt in der Erwartung, dass dieser ihm hilft. Dabei wird von beiden Seiten keine kritische Auseinandersetzung angeregt (Feuerstein/Badura 1991).

Werden Antworten entsprechend der sozialen Erwünschtheit gegeben, muss man stets an die oben genannten Faktoren denken und diese bei der Auswertung berücksichtigen.

#### 4. Methodik

#### 4.1 Erhebungssystematik

Durch die vorliegende Studie sollen Aussagen über die Patientenzufriedenheit mit der Krankenhausqualität der urologischen Kurzzeittherapiestation 12 K U im Vergleich zu zwei traditionellen Stationen 9 I und 9 II U in der urologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Eilbek ermöglicht werden.

Dazu wurde eine Patientenbefragung urologischer Patienten, die auf der Kurzzeittherapiestation 12 K U behandelt wurden, durchgeführt. Im Vorfeld der Studie wurde das ärztliche Personal, die Pflegedienstleitung sowie das pflegerische Personal über die Studie informiert. Die Befragung erfolgte von Januar bis Juli 2001. Die Patienten erhielten bereits während ihres stationären Aufenthaltes einen Fragebogen - samt eines Begleitschreibens und eines frankierten Rückumschlages - durch das Stationspersonal oder durch die Autorin. Die persönliche Aushändigung sollte die Teilnahmebereitschaft der Patienten dadurch erhöhen, dass sie bei dieser Gelegenheit kurz über den Zweck der Erhebung, die Anonymität der Befragung sowie über die Bedeutung ihrer persönlichen Teilnahme für die Qualität der Untersuchungsergebnisse informiert wurden. Darüber hinaus wurden ihnen in einem Begleitschreiben der Hintergrund und Ablauf der Befragung ausführlich dargestellt. Zur Erzielung einer hohen Rücklaufquote und valider, d.h. vor allem nicht positiv verzerrter Ergebnisse war es wichtig, absolute Anonymität zu gewährleisten. Die Fragebögen enthielten keine Patientennamen oder -adressen. Um die Vertraulichkeit der Informationen zusätzlich zu sichern, sollte der Rückumschlag nicht an das Krankenhaus, sondern an das Institut für Medizin-Soziologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf adressiert werden, welches für die Datenerfassung und -auswertung zuständig war. Der Patient erhielt den Fragebogen mit der Bitte, ihn ca. eine Woche nach der Entlassung zu Hause auszufüllen und in dem beigefügten frankierten Rückumschlag an das Institut zurückzusenden.

Als Vergleichswert wurden die Ergebnisse einer zuvor durchgeführten Befragung hinzugezogen. Im Fokus dieser Befragung standen die Patienten der urologischen Stationen 9 I und 9 II U. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von November 1999 bis Februar 2000. Die Befragungsmethodik entsprach

weitestgehend der zuvor geschilderten Erhebungssystematik dieser Arbeit. Als einziger Unterschied ist zu erwähnen, dass diesen Patienten der Fragebogen nicht persönlich aushändigt wurde, sondern ca. eine Woche nach ihrer Entlassung vom Krankenhaus per Post zugeschickt wurde. Auch hier war dem Fragebogen ein Begleitschreiben und ein bereits frankierter und adressierter Rückumschlag beigefügt

In Tabelle 1 werden die Erhebungsverfahren beider Befragungen gegenübergestellt:

Tabelle 1: Erhebungsverfahren

	12 K U	9 I und 9 II U
Zielgruppen	Kurzzeitpatienten	Normalpatienten
Erhebungszeitraum	Jan. 2001 – Juli. 2001	Nov. 1999 – Feb. 2000
Erhebungsart	Fragebogen im Krankenhaus ausgehändigt	Fragebogen 1 Woche nach Entlassung zugesandt
Beantwortungszeitpunkt	1-2 Wochen nach Entlassung	1-2 Wochen nach Entlassung

#### 4.2 Erhebungsinstrument

In beiden Studien wurde als Erhebungsinstrument ein standardisierter Fragebogen zur Evaluierung der Patientenzufriedenheit angewendet. Die Entwicklung des Fragebogens übernahm das Hamburger Institut für Medizin-Soziologie (*Prof. Dr. Dr. Alf Trojan*) und die Hochschule für Wirtschaft und Politik (*Prof. Dr. Alfred Oppolzer*). Für die Entwicklung benutzten sie amerikanische Studien und einige deutschen Untersuchungen.

Insgesamt beinhaltet der Fragebogen 63 Fragen, von denen alle außer einer geschlossenen Fragen waren.

 Der größte Teil der Fragen ist in neun Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität gegliedert. Für jede Dimension wurden mehrere Items/Merkmale entwickelt.

- 1. Aufnahme in das Krankenhaus (5 Items)
- 2. Unterkunft & Service (5 Items)
- 3. Pflegerische Betreuung (6 Items)
- 4. Ärztliche Betreuung (6 Items)
- 5. Betreuung durch sonstiges Personal (4 Items)
- 6. Interne Koordination (5 Items)
- 7. Informationen zur Behandlung (5 Items)
- 8. Nachsorge (4 Items)
- 9. Schulung im Umgang mit der Krankheit (5 Items)

Der Fragebogen gibt dem Patienten die Möglichkeit, bestimmte Merkmale des Krankenhauses auf einer Zustimmungsskala zu bewerten. In Studien von *Carr-Hill* et al. (1987) wurde festgestellt, dass graduierte Antwortmöglichkeiten wesentlich aussagekräftiger sind als Alternativantworten. Zum einen ist es einfacher, auf einer vorbereiteten Skala Werte einzutragen, als durch freie Wortwahl zu antworten, und zum anderen ist es später leichter, diese Antworten auszuwerten.

Durch den Einsatz einer solchen Skala wird der Grad der Zufriedenheit zahlenmäßig erfassbar gemacht. In dieser Studie ist eine 5-stufige Likert-Skala zur Ermittlung von Patientenzufriedenheitswerten benutzt worden.

Beispiel: Bei der Dimension *Aufnahme in das Krankenhaus* lautet ein Item: "Ich bekam schnell genug einen Aufnahmetermin". Mit Hilfe der 5er-Skala sollte der Patient das Merkmal des Krankenhauses subjektiv bewerten:

- [0] Stimmt gar nicht, [1] Stimmt kaum, [2] Stimmt teils teils, [3] Stimmt ziemlich, [4] Stimmt völlig
- Zudem wurden Fragen gestellt, die Auskunft über die Ergebnisqualität des Krankenhauses geben sollten:

- Veränderungen der zentralen Beschwerden
- Veränderungen des Funktionsstatus
- Wiederwahl und Empfehlung des Krankenhauses
- Gesamteinschätzung des Krankenhauses
- Soziodemographische und krankheitsspezifische Fragen wurden als Kontrollfragen für die statistische Auswertung mit in den Fragebogen aufgenommen und gaben Informationen über:
- Lebensalter
- Geschlecht
- Schulabschluss
- Aktueller Gesundheitszustand
- Allgemeine Lebenszufriedenheit
- Anlass der Behandlung
- Schwere der Erkrankung
- Dauer der Behandlung
- Zeitabstand der Befragung nach Entlassung

Durch Informationen über die Person und den Zustand des befragten Patienten, sogenannte Kontrollvariablen, können Besonderheiten der Patientenschaft auf den einzelnen Stationen identifiziert werden und bei der Interpretation einiger Ergebnisse hilfreich sein.

 Abschließend gab es eine offene Frage nach Ideen oder Vorschlägen zur Verbesserung der Kurzzeittherapiestation des Krankenhauses Eilbek.

Bezüglich der Einsetzbarkeit des standardisierten Fragebogens und bezüglich methodischer Entscheidungen konnte durch die Unterstützung des Instituts für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg an Erfahrungen und Auswertungen aus anderen Untersuchungen angeknüpft werden. Eine psychometrische Prüfung des Instruments (u.a. Itemanalyse, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität, interne Konsistenz) ergab ausreichende Eigenschaften im Sinne der klassischen Testtheorie (*Nickel/Trojan* 2001).

#### 4.3 Patientenstichprobe

#### 4.3.1 Auswahl

Um ein möglichst umfassendes Spektrum von Patienten zu erhalten, gab es keinerlei Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie. So erhielten bei Befragung der urologischen Normalstationen alle Patienten den Fragebogen per Post zugeschickt. Auch bei der Befragung auf der Kurzzeittherapiestation bekamen alle Patienten einen Fragebogen zugeteilt, lediglich in begründeten Einzelfällen (z.B. bei Patienten, die sich wiederholt auf der Kurzzeittherapiestation befanden und bei ihrem vorherigen Aufenthalt schon Fragebogen hatten. Ausländern einen bekommen mit fehlenden Deutschkenntnissen, Kindern mit zu geringem Alter und Patienten deren Aufenthalt auf der Kurzzeittherapiestation lediglich ein paar Stunden betrug) wurde von einer Aushändigung des Fragebogens abgesehen.

Das Ziel einer hohen Rücklaufquote sollte zum einen dadurch erreicht werden, dass die Verteilung der Fragebögen durch das Krankenhaus und der Rücklauf postalisch an das auswertende Institut erfolgte und damit die Anonymität gesichert war. Zum anderen wurde durch ein persönliches Gespräch der Autorin mit den Kurzzeitpatienten der Sinn und die Wichtigkeit der Studie näher erläutert, was einen großen Verständnisgrad seitens der Patienten auslöste.

#### 4.3.2 Rücklauf

Auf der Kurzzeitstation 12 K U wurden 180 Fragebögen verteilt. Es beteiligten sich 90 Patienten bzw. 50% an der Studie. Falsche oder unvollständige Bearbeitungen reduzierten die Anzahl auf n=88, was einer Netto-Rücklaufquote von 48,9% entspricht. Diese, im Gegensatz zu den anderen beiden Patientengruppen, niedrigere Rücklaufquote könnte auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass der Krankenhausaufenthalt der Kurzzeittherapie-Patienten zum Teil sehr kurz war (einen Tag oder nur wenige Stunden) und es den Patienten dadurch schwerfiel, alle erfragten Krankenhausmerkmale zu

beurteilen und dass die Motivation zum Ausfüllen aus diesem Grund geringer war.

In der vorangegangenen Vergleichsstudie verschickte das Krankenhaus 132 Fragebögen an Patienten, die sich auf der Station 9 I einer Behandlung unterzogen hatten. 116 der Angeschriebenen bzw. 87,9% beteiligten sich. Wegen unvollständiger oder falscher Bearbeitung der Bögen, reduzierte sich dieser Anteil auf eine Anzahl von n=114, was einer Netto-Rücklaufquote von 86,4% entsprach.

Ferner erfolgte ein Versand von 74 Fragebögen an Patienten der anderen Normalstation Station 9 II U, von denen sich 63 bzw. 85,1% beteiligten. Durch falsche oder unvollständige Bearbeitung verblieb eine Anzahl von n=61, was einer Netto-Rücklaufquote von 85,1% entsprach. Die Darstellung des Rücklaufes der Patientenbefragungen ist in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Rücklauf der Patientenbefragung (absolute und relative Häufigkeiten)

	12 K U		91		9 II U	
	n	%	n	%	n	%
Auswahlpopulation *	180	100	132	100	74	100
Nicht zurückgesandte Fragebögen	90	50	16	12,1	11	14,9
Brutto-Rücklauf	90	50	116	87,9	63	85,1
Nicht auswertbare Fragebögen	2	1,1	2	1,5	2	2,7
Netto-Rücklauf	88	48,9	114	86,4	61	82,4

Liste aller erwachsenen Urologie-Patienten, die mindestens 2 Tage normal stationär bzw. auf der interdisziplinären Kurzzeittherapie-Station (hier auch Patienten mit weniger als 2 Tagen Aufenthalt) behandelt wurden (abzüglich Mehrfachaufnahmen, Tod oder Verlegung).

Insgesamt erfolgte also eine Verteilung von 386 Fragebögen an Patienten der Urologie. In die Auswertung konnten insgesamt 263 Fragebogen einbezogen werden. Dies entspricht einer Netto-Rücklaufquote von 72,6%. Für eine postalische Befragung stellt dies sicherlich ein hervorragendes Ergebnis dar.

#### 4.3.2 Stichprobenzusammensetzung

Die Patientenbefragung hat einen großen, breit gefächerten Ausschnitt aus der Gesamtbevölkerung angesprochen. Das gilt sowohl für die demographischen, wie auch für die krankheitsspezifischen Merkmale. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Stichprobe hinsichtlich fast aller erhobenen Patientenmerkmale äußerst heterogen ist, d.h. alle Merkmale sind in jeweils ausreichendem Umfang in der Stichprobe vertreten. Tabelle 3 gibt einen allgemeinen Überblick über die Stichprobenzusammensetzung. Die Stichproben werden getrennt nach ihren jeweiligen Stationen dargestellt und im Anschluss beschrieben.

**Tabelle 3: Stichprobenzusammensetzung** 

	12 K U		9 1	91		9 II U	
	n	%	n	%	n	%	
Akt. Gesundheitszustand (n.s.)							
Schlecht	3	3,4	5	4,4	2	3,3	
Weniger gut	21	23,9	26	23,0	19	31,1	
Gut	45	51,1	67	59,3	33	54,1	
Sehr gut	12	13,6	14	12,4	5	8,2	
Ausgezeichnet	7	8,0	1	0,9	2	3,3	
Allg. Lebenszufriedenheit (n.s.)							
Schlecht	1	1,1	6	5,3	2	3,3	
Weniger gut	15	17,0	22	19,5	14	23,0	
Gut	37	42,0	61	54,0	29	47,5	
Sehr gut	23	26,1	17	15,0	13	21,3	
Ausgezeichnet	12	13,6	7	6,2	3	4,9	
Hauptanlass der Aufnahme (p<0,01)							
Operativer Eingriff	83	94,3	101	90,2	41	67,2	
Nicht-operative Therapie	1	1,1	4	3,6	6	9,8	
Diagnostik, Verlaufskontrolle	1	1,1	5	4,5	8	13,1	
Sonstiges	3	3,4	2	1,8	6	9,8	
Art der Aufnahme (p<0,01)							
Akuter Notfall	3	3,4	19	17,0	22	36,1	
Kurzfristige Einweisung	47	54,0	61	54,5	30	49,2	
Länger geplante Einweisung	33	37,9	29	25,9	8	13,1	
Sonstiges	4	4,6	3	2,7	1	1,6	
Schwere der Erkrankung (p<0,05)							
Leichter Fall	17	20,5	6	5,4	5	8,5	
Weniger schwer	15	18,1	14	12,5	7	11,9	

Mittelmäßig	33	39,8	41	36,6	20	33,9
Ziemlich schwer	15	18,1	39	34,8	23	39,0
Sehr schwer	3	3,6	12	10,7	4	6,8
Verweildauer (p<0,01)						
Unter 4 Tage	34	38,6	3	2,7	7	11,5
4 bis 7 Tage	45	51,1	17	15,0	14	23,0
8 bis 14 Tage	7	8,0	67	59,3	27	44,3
15 bis 21 Tage	1	1,1	12	10,6	9	14,8
Über 21 Tage	1	1,1	14	12,4	4	6,6
Befragungszeit n. Entlassung (p<0,01)						
Unter 8 Tagen	60	69,8	5	4,9	2	3,7
8 bis 14 Tage	21	24,4	30	29,1	19	35,2
15 bis 21 Tage	3	3,5	42	40,8	23	42,6
Über 21 Tage	2	2,3	26	25,2	10	18,5
Alter (p<0,05)						
Unter 45 Jahre	18	20,5	5	4,4	18	18,0
45 bis 64 Jahre	24	27,3	35	31,0	24	27,9
65 bis 74 Jahre	28	31,8	37	32,7	28	18,8
75 bis 84 Jahre	15	17,0	30	26,5	15	24,6
85 Jahre und mehr	3	3,4	6	5,3	3	11,5
Geschlecht (p<0,01)						
Männlich	72	81,8	112	99,1	26	42,6
Weiblich	16	18,2	1	0,9	35	57,4
Schulabschluss (n.s.)						
(Noch) ohne Abschluss	2	2,3	1	0,9	2	3,4
Volks-, Hauptschule	39	44,8	55	48,7	39	42,4
Mittlere Reife, Realschule	21	24,1	38	33,6	21	32,2
Abitur, Fachabitur	13	14,9	11	9,7	13	10,2
Hochschulabschluss	12	13,8	8	7,1	12	11,9
Haushaltssituation (n.s.)						
Allein lebend	16	18,2	21	18,9	18	30,0
Mit (Ehe-) Partner	49	55,7	78	70,3	33	55,0
Mit (Ehe-) Partner und Kind(ern)	17	19,3	11	9,9	7	11,7
Nur mit Kind(ern)	1	1,1	1	0,9	1	1,7
Mit anderen Personen						

Anmerkung: Die p-Werte in Klammern beschreiben statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Patienten der untersuchten Stationen (Chi-Quadrat-Test); n.s. = nicht signifikant.; p<0,05 = signifikant; p<0.01 = sehr signifikant

Bei einigen Patientenmerkmalen gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Kurzzeittherapiepatienten und den vollstationär behandelten Patienten. So beurteilten die Patienten beider Gruppen ihren aktuellen Gesundheitszustand und ihre allgemeine Lebenszufriedenheit gleichermaßen von schlecht bis ausgezeichnet. Ebenso unterscheidet sich der Bildungsstatus

und die *Haushaltssituation* bei den Patienten der Kurzzeittherapiestation nicht wesentlich von den anderen beiden Stationen.

Einen auffallenden Unterschied gibt es jedoch hinsichtlich dem *Hauptanlass der Aufnahme*. Es fällt auf, dass Patienten der Kurzzeittherapiestation in 94,3% aller Fälle aufgrund eines operativen Eingriffes in das Krankenhaus aufgenommen wurden. Bei den Patienten der anderen beiden Stationen waren neben dem operativen Eingriff (90,2% bzw. 67,2%) auch nichtoperative Therapien, Verlaufskontrollen, diagnostische sowie sonstige Gründe ein häufiger Anlass für die Aufnahme in das Krankenhaus. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass die häufigste Indikation der Patienten, die in die Kurzzeittherapie eingewiesen werden, ein (minimal chirurgischer) operativer Eingriff ist.

Auch die Art der Aufnahme zeigt einen absolut betrachtet großen Unterschied hinsichtlich der Patientengruppen. So wurden z.B. Patienten Kurzzeittherapie in nur 3,4% als akuter Notfall in das Krankenhaus eingewiesen, viel häufiger waren kurz (54,0%) und auch länger (37,9%) geplante Einweisungen. Im Gegensatz dazu wurden Patienten der anderen beiden Stationen häufiger als akuter Notfall eingewiesen (17,0% bzw. 36,1%). Bei den Angaben der Patienten zu der Schwere ihrer Erkrankungen fällt auf, dass Patienten der Kurzzeittherapie ihre Erkrankungen als weniger schwer beurteilten, als die Patienten der anderen beiden Stationen. So konnten die Patienten der Kurzzeittherapie ihre Erkrankung häufig als leichten Fall (20,5%) oder als weniger schweren (18,1%) bzw. mittelmäßigen (39,8%) einstufen. Im Vergleich dazu beurteilten die Patienten der beiden anderen Stationen ihre Erkrankung in nur wenigen Fällen als leicht (5,4% bzw. 8,5%) und häufiger sogar als ziemlich schwer (34,8% bzw. 39,0%). Dies hängt sicherlich mit der Art der Erkrankungen und den Auswahlkriterien für die Kurzzeitchirurgie zusammen: Bei Patienten der Kurzzeittherapie stehen sog. leichtere Eingriffe im

Einen ebenfalls erwarteten deutlichen Unterschied gibt es bei den jeweiligen Verweildauern der beiden Gruppen. Da Patienten der Kurzzeittherapie nur von Montag bis Freitag auf ihrer Station liegen können, hat diese Gruppe mit Abstand die geringsten Verweildauern. 38,6% lagen weniger als vier Tage und

Vordergrund, während die anderen Patienten häufiger an schwerwiegenderen

Erkrankungen leiden.

51,1% weniger als sieben Tage auf der Kurzzeittherapiestation. Im Gegensatz dazu verweilten die vollstationär behandelten Patienten wesentlich länger auf der Station. Die meisten verbrachten zwischen acht und 14 Tagen im Krankenhaus (59,3% bzw. 44,3%). Dieser Unterschied ist sicherlich zum einen auf die straffere Organisation innerhalb der Kurzzeittherapiestation und zum anderen aber auch auf die weniger schweren Behandlungsfälle und die damit einhergehende schnellere Genesung, zurückzuführen. Bei Patienten der Kurzzeittherapie, die als Verweildauer einen Zeitraum von mehr als acht Tagen angaben, handelt es sich um Ausnahmefälle, die aufgrund einer länger andauernden Behandlung auf eine der beiden anderen Stationen verlegt wurden.

Betrachtet man die *Befragungszeit* der Patienten nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus, so ist auch hier ein deutlicher Unterschied zu erkennen, den man auf die Art der Erhebung zurückführen könnte. Patienten der Kurzzeittherapie haben ihren Fragebogen zu 69,8% in weniger als acht Tagen nach Ihrer Entlassung ausgefüllt, was wahrscheinlich daran liegt, dass diese den Fragebogen ja schon während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus erhielten. Im Gegensatz dazu beantworteten Patienten der anderen beiden Stationen den Fragebogen am häufigsten nach 15 bis 21 Tagen (40,8% bzw. 42,6%). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass diese Patienten Fragen zum Verlauf der Krankheit nach der Behandlung im Krankenhaus aussagekräftiger beantworten können.

Typischerweise fällt zudem ein Unterschied bei dem Patientenmerkmal *Alter* auf. Im Schnitt sind die Patienten der Kurzzeittherapiestation etwas jünger als die Patienten der anderen beiden Stationen. So waren z.B. auf der Kurzzeittherapiestation 20,5% der Patienten jünger als 45 Jahre, während dieser Wert auf den anderen beiden Stationen bei lediglich 4,4% bzw. 18,0% lag. Auch dieses hängt sicherlich wieder mit Krankheits- und Behandlungsarten zusammen, die typischerweise in der Kurzzeittherapie vorkommen.

Zu der *Geschlechterverteilung* ist Folgendes anzumerken: Von allen Fällen der Stichprobe sind 74,5% der Personen männlichen und 25,5% weiblichen Geschlechts. Die relativ hohe Männerquote ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei der Befragung um Patienten von urologischen Stationen handelt. Da es sich bei Station 9 II U um eine gemischte Station handelt, liegt hier der

Prozentsatz des Frauenanteils am höchsten (57,4%). Auf der Kurzzeittherapiestation, wie auch auf der Station 9 I, wurden hauptsächlich Männer behandelt. Der Frauenanteil betrug auf der Kurzzeittherapiestation lediglich 18,2%.

#### 4.4 Datenerfassung und Auswertung

Die in dieser Studie erhobenen Daten wurden mit Hilfe quantitativer Verfahren der empirischen Sozialforschung ausgewertet. Das Durchführen der Datenerfassung und die Auswertung erfolgte zum Teil von oder mit Hilfe methodisch erfahrener und mit dem Statistikprogramm vertrauter Personen.

#### 4.4.1 Dokumentation

Die Daten der zurückgesendeten Fragebögen wurden in eine SPSS-Datenbank übertragen, in der sie mit numerischen Werten kodiert und mit einer zufällig zugewiesenen Personenkennziffer anonym gespeichert wurden. Bei den Datenübertragungen führten wir wiederholt Plausibilitätsprüfungen durch.

#### 4.4.2 Datenauswertung

Es wurden eine Vielzahl unterschiedlicher Modelle und Verfahren zur Datenauswertung angewendet. In Abhängigkeit von der Fragestellung wurden bei der Bewertung und Analyse der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität primär univariate Verfahren angewendet, um einen allgemeinen ersten Überblick über die erhobenen Daten zu gewinnen. Zur Überprüfung von Unterschieds- und Zusammenhangshypothesen wurden auch bi- und multivariate Verfahren eingesetzt. Neben der Beschreibung mit Hilfe von statistischen Kennzahlen wurden die empirisch erhobenen Ergebnisse inferenzstatistisch abgesichert. Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz des Vergleichs zwischen 12 K U und den Normalstationen hinsichtlich der Qualität der Patientenbetreuung erfolgte die Durchführung von zwei Testreihen für unabhängige Stichproben/Gruppen (12 K U im Vergleich zur Station 9 I sowie 12 K U im Vergleich zur Station 9 I

wir hierzu den Mann-Whitney-U-Test. In den folgenden Abbildungen werden die signifikanten Unterschiede von Station 9 I zu Station 12 K U und von Station 9 II U zu Station 12 K U jeweils durch Sternchen gekennzeichnet.

#### 4.4.3 Externe und interne Validität

Bei der Datengewinnung handelt es sich um temporale Stichproben aus der Zielpopulation, d. h., dass die Befragungen jeweils so lange andauerten (über einen Zeitraum von mehreren Monaten hinweg), bis die erforderliche Anzahl von Antworten pro Station vorgelegen hatte, um eine für quantitative Auswertungen brauchbare Basis zu schaffen.

Antwortverzerrungen Systematische (z.B. soziale Erwünschtheit. Zustimmungstendenz) sind durch methodische Vorkehrungen möglichst gering Verwendung gehalten worden. Dazu die spezifischer gehörte Zustimmungsskalen, die den Patienten für die Frageinhalte sensibilisieren und ein stereotypes Antworten verhindern sollten. Verzerrende Ergebnisse durch soziodemographische oder krankheitsbezogene Daten wurden durch Regressionsanalysen kontrolliert (s. Kapitel 5.3). Einzelne unvollständige Daten ("Item-Nonresponse") wurden über den Mittelwert der gültigen Antworten geschätzt.

# 5. Ergebnisse

Das Kapitel beinhaltet die Ergebnisse der Auswertung der einzelnen Qualitätsdimensionen und deren Einzelfragen ("Items"). Weiterhin werden Verbesserungsvorschläge auf der Basis dieser Ergebnisse genannt. Die Ergebnisse beziehen sich jeweils auf die Gesamtheit der Patienten, die eine Frage beantwortet haben (sog. gültige Fälle). Insbesondere soll dabei auf die Zufriedenheitsergebnisse der Kurzzeittherapie-Patienten (Station 12 K U) eingegangen werden, wobei die Ergebnisse der beiden traditionellen Stationen (Station 9 I und 9 II U) lediglich als Vergleichsgruppen dienen. Aufgrund der vorhandenen Stichprobengröße beider Gruppen ist ein quantitativer Vergleich zwischen den Organisationseinheiten möglich und kann dazu dienen, Tendenzen aufzuzeigen und Formulierungen von Hypothesen zu ermöglichen. Zudem führte man Analysen der Antworten von Kurzzeitpatienten zur offenen Schlussfrage durch. Die Patientenkommentare wurden dabei sowohl einer quantitativen als auch einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen und im Ergebnisteil an jeweils passender Stelle erwähnt bzw. interpretiert.

Die Präsentation der Ergebnisse soll in drei Abschnitten erfolgen:

- 1. Beschreibung/Vergleich der allgemeinen (pauschalen) Qualitätsfragen
- 2. Beschreibung/Vergleich der spezifischen Qualitätsdimensionen
- 3. Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserung in der Kurzzeittherapie

#### 5.1 Übergeordnete Qualitätsaspekte

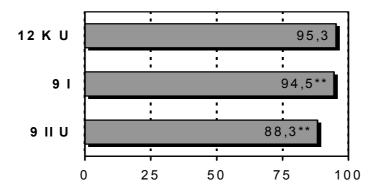
Bei der Bewertung der Urologie am AK Eilbek ist natürlich von besonderem Interesse, wie die Patienten das Krankenhaus insgesamt einschätzen. Dazu gibt es in dem Fragebogen einige Fragen, die einen allgemeinen ersten Überblick verschaffen sollen.

#### 5.1.1 Gesamteinschätzung des Krankenhauses

Die Patienten wurden in einer Frage des Fragebogens aufgefordert, unter Berücksichtigung aller Aspekte ihres Krankenhausaufenthaltes (z.B. Unterbringung, soziale Betreuung, Information, Ablauforganisation usw.), ihre

Station insgesamt zu beurteilen. In der folgenden Abbildung ist die Gesamtzufriedenheit der Befragten auf der Basis aller gültigen Antworten getrennt nach den untersuchten Stationen (12 K U, 9 I, 9 II U) dargestellt. Für die Darstellung wurden die drei positivsten Antwortkategorien der 5-Punkte-Skala zusammengefasst und die Ergebnisse in Prozent ausgedrückt (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesamteinschätzung des Krankenhauses ("Gut", "sehr gut" und "ausgezeichnet" in %)



Mann-Whitney-U-Test: \* = p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\* = p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

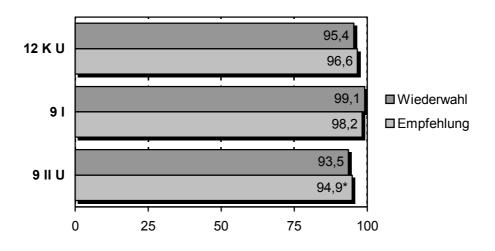
Insgesamt fällt auf, dass der überwiegende Teil der Patienten aller Stationen mit seinem Aufenthalt im Krankenhaus hoch zufrieden gewesen ist. Der ist zu entnehmen, dass 95,3% der Patienten von Kurzzeittherapiestation und 94,5% bzw. 88,3% der Normaltherapie-Patienten ihren Krankenhausaufenthalt mit "gut", "sehr gut" oder "ausgezeichnet" in der Gesamteinschätzung bewerteten. Im Vergleich der Station 12 K U mit der Station 9 I ergab sich lediglich ein geringfügiger, aber dennoch statistisch sehr signifikanter Unterschied in der Bewertung. Etwas deutlicher hingegen fällt der Unterschied beim Vergleich der Station 12 K U mit der Station 9 II U auf. Trotzdem handelt sich aber um äußerst geringfügige Unterschiede in der Bewertung, die nichts an der günstigen Gesamteinschätzung aller drei Stationen ändern. Man könnte diese äußerst positive Beurteilung als typisch dies in der Zufriedenheitsforschung ein wiederholt reproduziertes Ergebnis ist. Häufig werden beachtliche Differenzen zwischen

der globalen Zufriedenheit und der Bewertung einzelner Behandlungsaspekte festgestellt (vgl. *Blum* 1998). So kann auch in dieser Studie belegt werden, dass die Gesamtzufriedenheit deutlich besser ausfällt, als die Zufriedenheit mit den einzelnen Behandlungsaspekten.

#### 5.1.2 Bindung an das Krankenhaus

Mit der Gesamtzufriedenheit verbindet sich die Erwartung, dass ein Krankenhaus eine "Magnetwirkung" auf den Patienten ausübt. Um diesen Effekt zu beschreiben, wurden die Fragen "Würden Sie noch einmal kommen?" und "Würden Sie das Krankenhaus weiterempfehlen?" gestellt. Damit wird über die reine Bewertung des Krankenhauses hinaus, die Handlungsabsicht von Menschen in den Vordergrund gerückt. In Abbildung 2 ist der prozentuale Anteil von Patienten angegeben, die das Haus zumindest mit Einschränkungen wiederwählen bzw. an Freunde und Bekannte empfehlen würden.

Abbildung 2: Bindung der Patienten an das Krankenhaus ("Vermutlich ja/mit Einschränkung" und "auf jeden Fall" in %)



Mann-Whitney-U-Test: \* = p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\* = p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

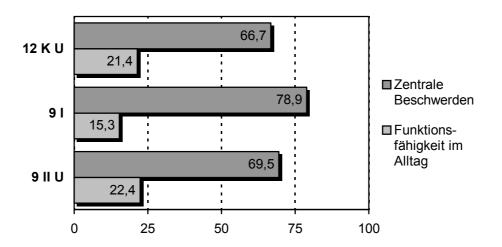
Auch in dieser Abbildung ist zu erkennen, dass sowohl die Patienten der Kurzzeittherapiestation als auch die der Normaltherapiestation sehr zufrieden mit ihrem Krankenhausaufenthalt gewesen sein müssen, da die Mehrheit in äußerst hohen Prozentsätzen das Krankenhaus wiederwählen bzw. an Freunde

und Bekannte weiterempfehlen würde. So stimmten z.B. 95,4% der Patienten von Station 12 K U der Aussage zu, sich vermutlich bzw. auf jeden Fall wieder auf der Kurzzeittherapiestation behandeln zu lassen und 96,6% können die Kurzzeittherapiestation ihren Freunden und Bekannten mit Einschränkungen bzw. auf jeden Fall weiterempfehlen. Ähnlich positive Ergebnisse ergab die Auswertung der Normaltherapie-Patienten. Die Station 9 I schneidet dabei mit den höchsten Prozentpunkten aller drei Gruppen sogar am besten ab. Ein geringfügiger aber dennoch statistisch signifikanter Unterschied fällt allerdings beim Vergleich der Kurzzeittherapiestation mit der Station 9 II U hinsichtlich des Empfehlungsverhalten auf, das hier etwas geringer ist.

#### 5.1.3 Gesundheitsförderung

Um das Ergebnis der medizinischen Versorgung einschätzen zu können, wurden zwei Fragen gestellt, die als globales Maß der subjektiv wahrgenommenen Veränderung des Gesundheitszustandes dienen: "Wie haben sich die Beschwerden, die zu Ihrem Klinikaufenthalt geführt haben, verändert?" und "Wie hat sich Ihre Fähigkeit, Dinge des täglichen Lebens zu tun (z.B. Hausarbeit, Einkaufen), verändert?" Die Ergebnisse sind in Abbildung 3 dargestellt.

Abbildung 3: Gesundheitsveränderung der Patienten ("Leicht gebessert" und "stark gebessert" in %)



Auffallend ist, dass sich die zentralen Beschwerden bei allen drei Patientengruppen gleichermaßen leicht und/oder stark gebessert haben. Die Funktionsfähigkeit im Alltag verbesserte sich dagegen nur gering. So konnten lediglich 21,4% der Patienten der Kurzzeittherapiestation und 15,3% bzw. 22,4% der Patienten der beiden Normalstationen der Aussage zustimmen, dass sich ihre Funktionsfähigkeit im Alltag leicht oder stark gebessert hat. Hierbei sollte beachtet werden, dass die bei einer krankheitsunspezifischen und retrospektiven Veränderungsmessung üblichen Probleme auch für diese Ergebnisse gelten. So kann z.B. der relativ geringe Gesundheitsgewinn bei funktionalen Einschränkungen im Alltag damit zusammenhängen, dass das prästationäre Beeinträchtigungsniveau in dieser Hinsicht nicht besonders stark ausgeprägt war. Des weiteren erfordert eine Verbesserung Funktionsfähigkeit im Allgemeinen sehr viel mehr als rein medizinische Interventionen, SO z.B. soziale Faktoren. Zudem beeinflusst Befragungszeitpunkt sicherlich die Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Alltag. So ist es den Patienten erst nach einem längeren Zeitraum, und nicht schon eine Woche nach Entlassung, möglich, Aussagen zur Verbesserung ihrer Gesundheitssituation zu geben. So äußerte sich ein Patient hierzu: "Für manche Fragen ist es bei einer Heilungsdauer von 6-8 Wochen noch zu früh". Ein anderer meinte: "Ich glaube, bei einer Prostataoperation ist eine Beurteilung erst nach 3-4 Wochen möglich".

#### 5.1.4. Zusammenfassung

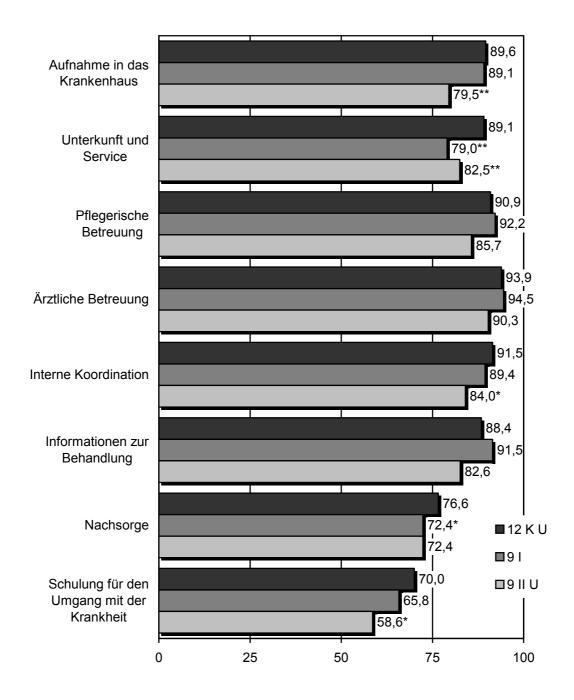
Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Bewertung der übergeordneten Zufriedenheits- und Gesundheitsaspekte in Kapitel 5.1 weitgehend positiv ausfiel, und sich keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der Ergebnisse der Kurzzeittherapie-Patienten gegenüber denen der Normaltherapie-Patienten zeigten. Da die allgemeine Feststellung gilt, "dass globale Bewertungen erstens absolut positiver ausfallen und zweitens Bewertungsunterschiede bezüglich einzelner Merkmale nivellieren, d.h. eher verdecken als enthüllen" (*Trojan* et al. 1999) kann es trotzdem sein, dass sich

die Patientengruppen in einigen Merkmalen hinsichtlich ihrer Zufriedenheit voneinander unterscheiden und es gruppenspezifische Stärken bzw. Schwachstellen gibt, die einen Handlungsbedarf aufzeigen und damit Ansatzpunkte für gezielte Verbesserungen bieten. Diese sollen bei Betrachtung der spezifischen Qualitätsaspekte aufgedeckt und analysiert werden.

#### 5.2 Spezifische Qualitätsaspekte

Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse für spezifische Qualitätsaspekte soll die Beantwortung der Frage nach absoluten/relativen Stärken und Schwachstellen der Kurzzeittherapie im Vergleich zur vollstationären Behandlung ermöglichen. In einem ersten Überblick werden dazu die Ergebnisse aller Befragten in einem Profil dargestellt. Dazu wurden aus den zusammengehörigen Einzelfragen pro Dimension sogenannte Qualitätsskalen berechnet, die einen Durchschnitt von 0 bis 100 Punkten (=Bestwert) erreichen können (Abbildung 4).

Abbildung 4: Qualität der Patientenversorgung im Überblick (Mittelwerte der Subskalen, umgerechnet auf 100-Punkte-Skala)



Mann-Whitney-U-Test: \* = p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\* = p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Auch diese Ergebnisse belegen, dass die Zufriedenheit der Patienten mit einzelnen Teilprozessen alles in allem sehr hoch ist. Besonders erfreulich ist, dass die Bereiche *Pflegerische Betreuung* und *Ärztliche Betreuung*, sowohl von den Patienten der Kurzzeittherapiestation als auch von den Patienten der

beiden anderen Stationen, Spitzenpositionen hinsichtlich der Zufriedenheit einnehmen. Eine ebenfalls hohe Zufriedenheit zeigten die Patienten mit der *internen Koordination*, der *Aufnahme in das Krankenhaus* sowie erfreulicherweise auch in dem Kriterium *Information zur Behandlung*. Auffallend in diesen drei Teilbereichen ist allerdings das durchweg schlechtere Abschneiden der Station 9 II U.

Der größte Unterschied in der Patientenversorgung zwischen der Kurzzeittherapiestation und den Normalstationen befindet sich in dem Bereich *Unterkunft und Service*. Patienten, die auf der Kurzzeittherapiestation behandelt wurden, waren in diesem Bereich besonders zufrieden und urteilten im Gegensatz zu denen der Vergleichsgruppe (79,0 bzw. 82,5 Punkte) deutlich positiver (Mittelwert dieser Subskala = 89,1 Punkte). Die Begründung hierfür liegt sicherlich darin, dass die Kurzzeittherapiestation 12 K U eine sehr moderne Station ist und eine sehr komfortable Unterkunft bietet.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse für eine erfolgreiche Beachtung patientenseitiger Bedürfnisse und Wünsche. Dessen ungeachtet bestehen jedoch teilweise noch Optimierungspotentiale. Die relativ größten Schwächen zeigen sich mit Skalen-Punkten unter 80 in der Beurteilung der Schulung für den Umgang mit der Krankheit. Gerade die Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten ist aber insbesondere für Kurzzeitpatienten besonders wichtig, da die weitere Genesung bzw. der Heilungsverlauf häufig nicht mehr der Kontrolle und Aufsicht des Krankenhauses (vgl. Nickel/Trojan 2001) unterliegt. Es zeigt sich deutlich, dass hier dringender Handlungsbedarf besteht, selbst wenn diese Teilqualität aus Sicht der Patienten nicht zu den wichtigsten Einflussfaktoren der Gesamtzufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt zählt, wie später durch mehrere Regressionsanalysen belegt wird.

Auch den Bereich der *Nachsorge* bewerteten die befragten Patienten etwas schwächer als andere Bereiche. Die Erwartungen der Patienten an diese Leistungen sind zumindest in einzelnen Punkten (z.B. Einbindung des sozialen Umfelds in die Betreuung) offenbar höher als das, was ihnen geboten wird. Im Allgemeinen handelt es sich bei dieser Frage um ein Feld, das traditionell nicht zu den Aufgaben von Akutkrankenhäusern gezählt wird. Durch die zunehmende Kürzung der Liegezeiten dürften jedoch Kooperation und Kommunikation mit

dem ambulanten Sektor (z.B. niedergelassene Ärzte, Angehörige, Selbsthilfegruppen) zukünftig erheblich an Bedeutung gewinnen.

Im Anschluss an diesen allgemeinen Überblick kommt es zur Analyse der Ergebnisse der einzelnen Dimensionen. Die Antworten zu den Einzelfragen werden nach ihrer Abfolge in den Fragebögen aufgeführt. Anzumerken ist, dass die Qualitätsdimension *Sonstiges Personal*, wie auch schon im allgemeinen Überblick, aufgrund mangelnder gültiger Antworten bei der Auswertung gänzlich vernachlässigt wurde.

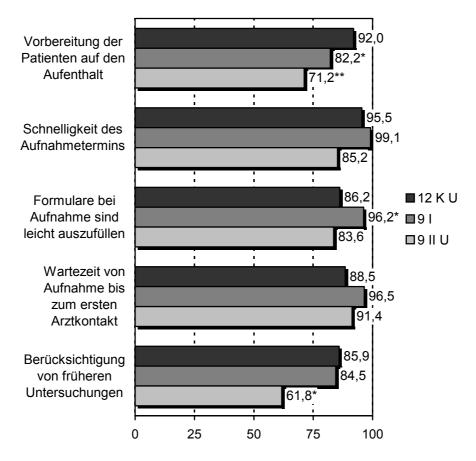
Für die richtige Interpretation der einzelnen Ergebnisse ist Folgendes zu beachten:

- Alle Einzelfragen ("Items") erhalten einen Kurztitel. Der vollständige Wortlaut der 5-Punkte-Zustimmungsskalen kann den Fragebögen im Anhang entnommen werden.
- Die Ergebnisdarstellung enthält überwiegend graphische und tabellarische Darstellungen der prozentualen Anteile positiver Bewertungen durch die Patienten, d.h. Antworten aus den zwei besseren Kategorien ("Stimmt ziemlich" und "Stimmt völlig") der fünfstufigen Zustimmungsskalen.
- Als kritisch werden die Ergebnisse dann bezeichnet, wenn weniger als 75% der Patienten eine positive Antwortkategorie wählten. Es gilt somit, schon kleine Abweichungen unter 75% besonders zu beachten.
- Es sollen hauptsächlich die Ergebnisse der Kurzzeittherapie-Patienten beschrieben werden. Als Vergleich dienen dabei die Werte der beiden Normaltherapiestationen.

#### 5.2.1 Aufnahme

Die Patientenzufriedenheit mit der *Aufnahme in das Krankenhaus* wird über insgesamt fünf Items erfasst (vgl. Abb.5). Ein Item bezieht sich auf die Vorbereitung im Vorfeld des Krankenhausaufenthaltes, zwei Items thematisieren Wartezeiten, ein Item befasst sich damit, wie leicht das Ausfüllen der Formulare bei der Aufnahme ist und schließlich wird die Frage gestellt, ob das Krankenhaus über die vorher durchgeführten Untersuchungen Bescheid wusste.

Abbildung 5: Aufnahme in das Krankenhaus nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

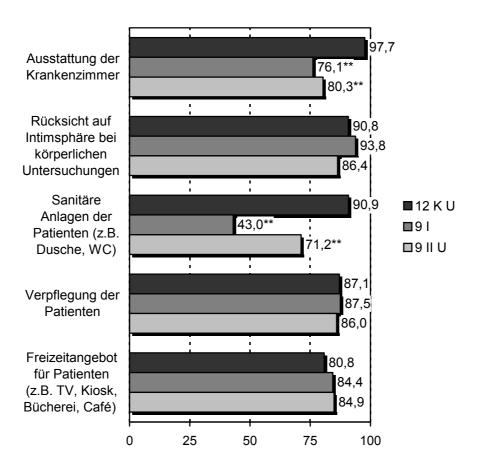
Bei vergleichender Betrachtung der obigen Abbildung ist zu erkennen, dass die Patienten der Kurzzeittherapiestation im Gegensatz zu den Patienten der normalstationären Behandlung besonders zufrieden mit der Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt waren. So konnten 92% der Patienten der Aussage "Ich wurde im Vorfeld gut auf meinen Aufenthalt vorbereitet (z.B. Mitbringen von Unterlagen)" ziemlich bzw. völlig zustimmen. Ebenso erreicht Kurzzeittherapie im letzten Item die Spitzenposition: 85,9% der Patienten stimmten zu, dass "das Krankenhaus über Untersuchungen Bescheid wusste, die vorher gemacht wurden". Diese Tatsachen könnten darauf zurückzuführen sein, dass durch gute Zusammenarbeit mit den einweisenden niedergelassenen Ärzten, die sonst üblichen Probleme, wie fehlende Unterlagen etc., vermieden werden. Allerdings ist anzumerken, "dass hohen Zufriedenheitsangaben in Bereichen wie Wartezeiten und organisatorischen Fragen sicherlich u.a. darauf zurückzuführen sind, dass Patienten hier eine große Toleranz zeigen, d.h. nur außerordentlich niedrige Erwartungen hinsichtlich der Qualität in diesem Punkt haben" (vgl. *Trojan/Nickel* 1998).

In den anderen Bereichen schneidet die Kurzzeittherapiestation zusammen mit der Normaltherapiestation 9 I relativ gut ab. Auffallend ist, dass die Station 9 II U größere Defizite in den Bereichen Vorbereitung auf den Aufenthalt und Berücksichtigung von früheren Untersuchungen aufweist. Begründet werden könnte dieses Ergebnis dadurch, dass es sich bei den Krankheiten der Patienten der Station 9 II U häufiger um akute Notfälle handelt und damit der geringe Zeitaspekt in der Krankenhausvorbereitung eine wesentliche Rolle spielt. Zudem kann über einen Zusammenhang mit dem Hauptanlass der Aufnahme spekuliert werden. So wurden bei den Patienten der Station 9 II U im Vergleich zu den anderen beiden Stationen weniger operative Eingriffe unternommen, und somit ist hier der Behandlungsablauf schlechter planbar. Man könnte aber auch vermuten, dass die Aufnahme der Station 9 II U einfach schlechter organisiert ist. Auf jeden Fall signalisieren diese Ergebnisse sicherlich einen Handlungsbedarf.

#### 5.2.2 Unterkunft und Service

Die Zufriedenheit der Patienten mit *Unterkunft und Service* wurde durch fünf Items operationalisiert (vgl. Abb.6). Innerhalb der einzelnen Items kam es zur Fragestellung nach der Ausstattung des Krankenzimmers, zur Rücksichtsnahme auf die eigene Intimsphäre bei körperlichen Untersuchungen, zum Zustand der sanitären Anlagen, zur Schmackhaftigkeit und dem Abwechslungsreichtum der Verpflegung sowie der Fragestellung zum Freizeitangebot.

Abbildung 6: Unterkunft und Service nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Wie in der Abbildung ersichtlich, und auch bereits im allgemeinen Überblick erwähnt, beurteilten die Patienten der Kurzzeittherapiestation den Bereich Unterkunft und Service mit Abstand am positivsten. Besonders zufrieden zeigten sich die Patienten der Kurzzeittherapiestation mit der Ausstattung der Krankenzimmer (97,7%) und den sanitären Anlagen (90,9%). Diese hohe Zufriedenheit ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass es sich bei der Station 12 K U um eine relativ neue Einrichtung handelt. Die Station bietet einen sehr hohen Komfort in Sachen Einrichtung. Ein Patient der Kurzzeittherapiestation äußerte sich hierzu: "Privat lebe ich nie in so wunderbarer Umgebung. Da ich seit 75 Jahren noch nie verreist war, waren diese sechs Tage wie Urlaub". Obwohl auch der Zustand der sanitären Anlagen von den Kurzzeittherapiepatienten höchst zufrieden beurteilt wurde, übten dennoch einige Patienten Kritik und so kam es im Freitextteil zu Äußerungen wie: "Bitte

Stichproben beim Reinigungspersonal. Dieses war in der Zeit meiner Behandlung nicht besonders gründlich, z.B. WC und Duschabtrennung" oder "Es sollte vom Reinigungspersonal darauf geachtet werden, dass die Toilettenbecken täglich gründlichst gereinigt werden". Trotz allgemein hoher Zufriedenheit wurden von Patienten auch kritische Äußerungen und Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Ausstattung der Station 12 K U gegeben: "Die Gesundheitsmatratzen mit einem völlig starren Stahlgitterrahmen als Unterkonstruktion sind, insbesondere bei krankheitsbedingter ständiger Rückenlage, eine unerträgliche Qual" oder "Für ältere und behinderte Patienten ist das Toilettenbecken zu niedrig. Haltegriffe wären ebenfalls erwünscht".

Bei den beiden anderen Stationen fallen in einigen Bereichen beträchtliche Mängel auf, die einen deutlichen Handlungsbedarf signalisieren. Zu nennen wäre zum einen die schlechter empfundene Ausstattung der Krankenzimmer auf Station 9 I sowie 9 II U und, sehr auffallend, die deutliche Unzufriedenheit mit dem Zustand der sanitären Anlagen (Station 9 Renovierungsarbeiten der Zimmer- sowie der sanitären Einrichtungen wären sicherlich sinnvoll und würden den Gesamteindruck des Krankenhauses wesentlich verbessern. Serviceleistungen hingegen, wie z.B. Verpflegung wurden von beiden Gruppen ohne Große Unterschiede recht zufriedenstellend beurteilt. Diese Antworthomogenität liegt wohl darin, dass alle drei Stationen mit demselben Essen beliefert werden. Diesen Punkt erwähnten Kurzzeittherapie-Patienten häufig im schriftlichen Freitextangaben-Teil. So kam es des öfteren zu positiven Äußerungen wie z.B.: "Eine Essensversorgung, wie ich sie mir hätte nie leisten können" oder "Essen ist sehr gut!". Aber auch negative Meldungen mit Verbesserungsvorschlägen und Anregungen kamen vor: "Das Essen im Allgemeinen müsste abwechslungsreicher sein. Ganz besonders der Mittagstisch (Note: 4)" oder "Zum Frühstück hätte ich mir jeden Tag Müsli gewünscht. Außerdem hätte ich mir Mittags frische grüne Salate gewünscht".

Ein weiterer Punkt, der von einigen Patienten der Kurzzeittherapiestation schon beim Verteilen der Fragebögen wiederholt erwähnt wurde, sind Mängel im Bereich des Freizeitangebotes. So war/ist es z.B. aufgrund der geringen Aufenthaltsdauer ein Problem das/den im Zimmer bereitstehende/n Telefon/Fernseher rechtzeitig freizuschalten (diese Aufgabe wird von einem

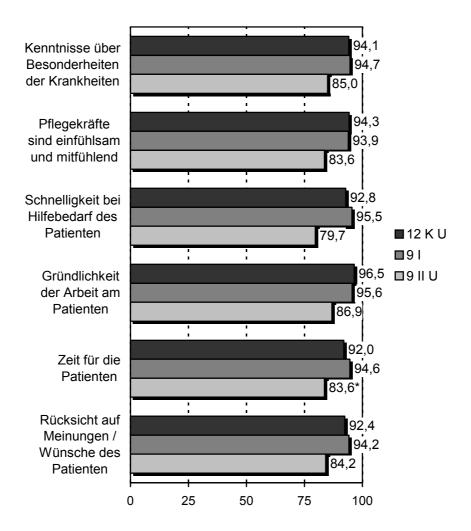
externen Team durchgeführt). Des weiteren äußerten einige Patienten Folgendes: "Der Rufton des am Bett befindlichen Telefons ist so leise eingestellt, dass er bereits in 1m Abstand in den Umgebungsgeräuschen untergeht. Ich habe zahlreiche Anrufe nicht wahrgenommen, obwohl mein Gehör absolut i.O. ist" oder "Die Einstellung der TV/Radio-Laut-Stärke an der Fernbedienung ist, selbst in der leisesten Einstellung des Schiebereglers, im Kopfhörer erheblich zu laut, so dass man den Kopfhörer von den Ohren absetzen muss" oder "Der Rundfunkempfang über den Kopfhörer ist fast bei jedem 2. oder 3. Telefon nicht in Ordnung. Schlechter und geräuschüberladener Empfang". Daraus wird deutlich, wie wichtig solche "kleinen" Dinge sind. Eine höhere Patientenzufriedenheit wäre durch Lösung dieser Probleme mit geringem Aufwand zu erreichen.

Patienten der Kurzzeittherapie beurteilten das angebotene Freizeitangebot (Kiosk, Cafeteria) etwas schlechter (80,8%), als die der Vergleichsgruppen (84,4% bzw. 84,9%). Vielleicht hatten erstere durch ihren extrem kurzen Krankenhausaufenthalt keine Gelegenheit, das angebotene Freizeitangebot (Kiosk, Cafeteria) kennenzulernen. Äußerungen hierzu lauteten z.B.: "Die Cafeteria könnte länger geöffnet und nicht so weit entfernt sein. Ein Getränke-/ Süssigkeitenautomat wäre nicht schlecht".

#### 5.2.3 Pflegerische Betreuung und ärztliche Betreuung

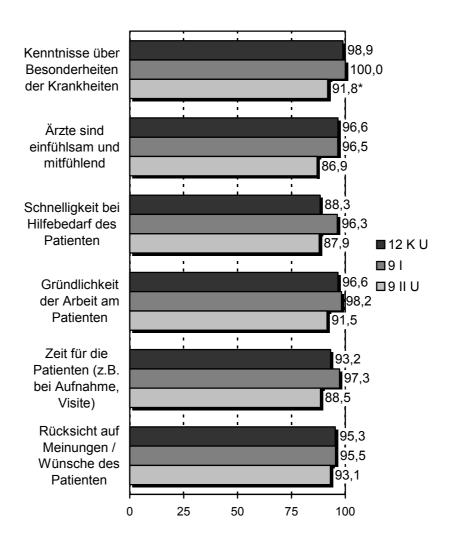
Die Zufriedenheit seitens der Patienten mit der pflegerischen und ärztlichen Betreuung wird zusammenfassend betrachtet und analysiert. Diese Bereiche werden durch jeweils sechs Fragen operationalisiert (vgl. Abb.7 und 8). Die Fragestellung zielt auf die fachliche Kompetenz der Pflegekräfte/Ärzte und deren emotionale und praktische Unterstützungsleistungen ab. In der abschließenden Frage soll der Grad der Einfluss- und Mitsprachemöglichkeiten hinsichtlich der pflegerischen und ärztlichen Betreuung gemessen werden.

## Abbildung 7: Pflegerische Betreuung nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01(sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Abbildung 8: Ärztliche Betreuung nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Die Patienten äußerten sich sehr positiv über die pflegerische sowie über die ärztliche Betreuung. Zwischen den Ergebnissen der Station 12 K U und der Normaltherapiestation 9 I sind nur geringe Unterschiede festzustellen. Praktische Unterstützungsleistungen bilden einen wichtigen Aspekt. Damit die Patienten zufrieden sind, wird gefordert, dass den Wünschen des Patienten bereitwillig und prompt entsprochen wird. Dies haben die beteiligten Stationen offensichtlich weitestgehend verstanden, da die Patienten das Personal in hoher Prozentzahl als hilfsbereit beurteilten. Ebenso ist die emotionale

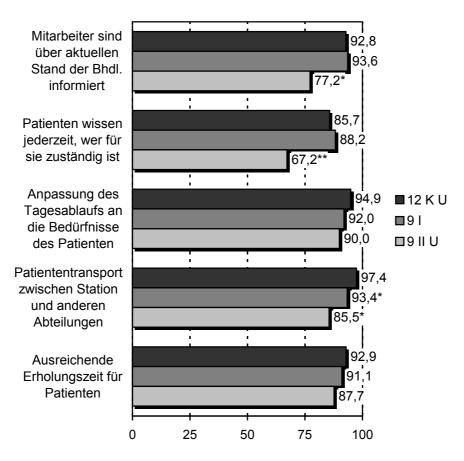
Unterstützung im Krankenhaus äußerst wichtig für den Patienten und dient u.a. der Regulierung von negativen Gefühlen wie Unsicherheit, Bedrohung oder Angst. Auch in diesem Bereich lässt sich feststellen, dass sich die Patienten ausreichend unterstützt fühlten. Meinungen und Wünsche seitens der Patienten werden ernst genommen. Patienten der Kurzzeittherapiestation äußerten sich über das Personal folgendermaßen: "Ich möchte mich noch einmal für die hervorragende Betreuung durch das Klinikpersonal bedanken", "Ich habe nichts zu verbessern. Die ärztliche, sowie die pflegerische Betreuung war einmalig" oder "Ich bin mit der Behandlung und dem Ärzte-Team sehr zufrieden. Auch mit den Schwestern".

Zu bemerken ist allerdings, dass Station 9 II U fast durchgängig etwas schlechter bewertet wird.

#### 5.2.4 Interne Koordination

Die Patientenzufriedenheit mit der betriebsinternen Organisation wird über insgesamt fünf Items erfasst (vgl. Abb.9). In dieser Dimension geht es darum, mittels der einzelnen Items u.a. zu erfassen, ob die Mitarbeiter der Stationen über die Behandlung der einzelnen Patienten ausreichend informiert waren, ob die Patienten immer wussten, wer für ihre Behandlung und Pflege zuständig ist, ob der Tagesablauf den Bedürfnissen der Patienten gut angepasst war, wie der Patiententransport zwischen Station und anderen Abteilungen (z.B. Röntgen, EKG, OP) verlief und ob die Patienten im Krankenhaus ausreichend Zeit hatten, sich von der Behandlung zu erholen und zu entspannen.

Abbildung 9: Interne Koordination nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Insgesamt fällt auf, dass die Patienten der Kurzzeittherapiestation zusammen mit denen der Station 9 I sehr positive Äußerungen über die interne Organisation Ihrer Station abgaben. Hier könnte man eine Stärke der Kurzzeittherapie erkennen. Items, wie Anpassung des Tagesablaufs an die Bedürfnisse des Patienten (94,9%), Patiententransport zwischen Station und anderen Abteilungen (97,4%), sowie Ausreichende Erholungszeit für Patienten (92,9%) wurden am positivsten von Patienten der Kurzzeittherapiestation bewertet. Besonders der letzte Punkt ist sehr interessant, da doch die allgemeine Befürchtung vorherrscht, Patienten in der Kurzzeittherapie würden kosteneinsparenden aus Gründen vorzeitig, ohne ausreichende Genesungsphase, entlassen. Dieser empirisch nicht belegten Hypothese kann nach der eigenen Studie nicht zugestimmt werden. Ebenso zeigten auch die Patienten der Station 9 I und 9 II U in diesen Bereichen Zufriedenheit. Ein

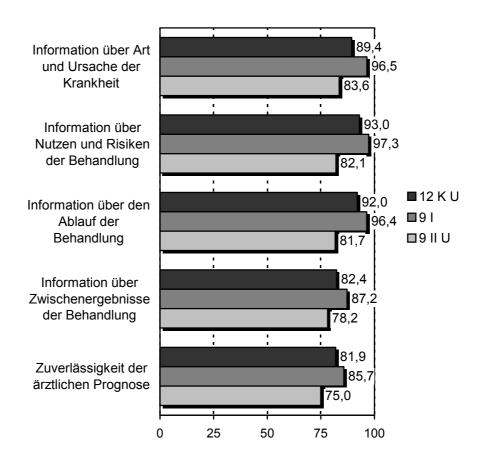
absolut großer Unterschied und damit Handlungsbedarf ergibt sich lediglich bei Station 9 II U, auf der nur 77,2% der Patienten das Gefühl hatten, dass die Mitarbeiter über den aktuellen Stand der Behandlung informiert waren und nur 67,2% der Patienten jederzeit wussten, wer für sie zuständig war. Mögliche Erklärungen sind die hohe Fluktuation bei den Mitarbeitern, wechselnde Schichten oder eine größere Anzahl unklarer Behandlungsfälle.

An dieser Stelle ist allerdings noch hinzuzufügen, dass die positiven Patientenbewertungen und die große Zufriedenheit in diesem Bereich sicherlich u.a. darauf zurückzuführen sind, dass Patienten große Tendenz gegenüber den Notwendigkeiten eines Krankenhauses zeigen, d.h. nur außerordentlich niedrige Erwartungen hinsichtlich der Qualität in diesem Bereich hatten.

#### 5.2.5 Information zur Behandlung

Die Information zur durchgeführten Behandlung bildet einen zentralen Behandlungsaspekt, der über fünf Items operationalisiert wird (vgl. Abb. 10). In vier Items ist thematisiert, ob der Patient ausreichende Informationen zu Art und Ursache der Erkrankung, zu Nutzen und Risiken der Behandlung, zum Ablauf der Behandlung und zu den Ergebnissen der Behandlung bekommt. Als letztes wird erfragt, ob sich die Prognose der Ärzte hinsichtlich der Genesung als zuverlässig erwiesen hat.

Abbildung 10: Informationen zur Behandlung nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



 $Mann-Whitney-U-Test: *= p<0.05 \ (signifikanter\ Unterschied\ zu\ 12\ KU); **= p<0.01 \ (sehr\ signifikanter\ Unterschied\ zu\ 12\ KU)$ 

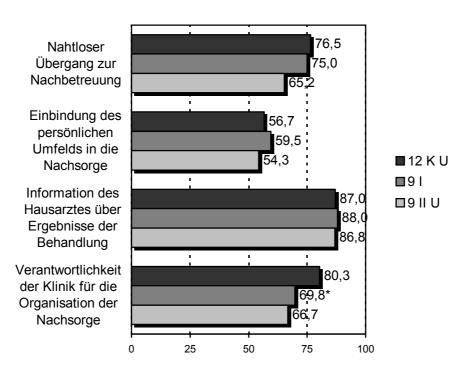
Insgesamt fällt auf, dass Patienten aller drei Stationen in zufriedenstellendem Ausmaß Informationen zu ihrer Behandlung erhielten. Es lässt sich allerdings eine leichte Tendenz feststellen, dass die Station 9 I in allen Bereichen etwas besser und die Station 9 II U dagegen immer etwas schlechter, als die Kurzzeittherapiestation abschneidet.

Die generelle leichte Abstufung in den Bereichen Informationen über Zwischenergebnisse der Behandlung und Zuverlässigkeit der ärztlichen Prognose wäre durch den relativ kurzen Zeitraum zwischen Krankenhausentlassung und Befragung zu erklären, so dass sicherlich die vollständige Beurteilung über die Genesung etc. zu einem späteren Zeitpunkt aussagekräftiger wäre.

#### 5.2.6 Nachsorge

Die Struktur der Nachsorge wird über vier Dimensionen erfasst (vgl. Abb.11). Es ergibt sich die Fragestellung der Zufriedenheit mit der Nachsorge, die das Krankenhaus leistet. In den einzelnen Items werden Informationen darüber gewonnen, inwieweit sich das Krankenhaus für die Organisation der poststationären Nachbetreuung verantwortlich fühlt, ob das persönliche Umfeld mit in die Nachbetreuung eingebunden wird und ob der niedergelassene Haus-/Facharzt umgehend Informationen über die Ergebnisse der Behandlung bekommt.

Abbildung 11: Nachsorge nach Station (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Wie auch schon im allgemeinen Überblick erwähnt zeigt der Bereich Nachsorge einen größeren Handlungsbedarf auf. So konnten die Patienten in nur geringen Prozentsätzen (Kurzzeittherapie: 56,7%, Normaltherapie: 59,5% bzw. 54,3%) der Aussage, dass Angehörige, Freunde oder Nachbarn angemessen in die Nachbetreuung eingebunden wurden, mit einer positiven Antwort zustimmen. Studien von *Blum* (1998) belegen anhand von Regressionsanalysen, dass die

Nachsorge durch das persönliche Umfeld "mit deutlichem Abstand den stärksten Einfluss auf die globale Zufriedenheit mit der Nachsorge ausübt." Als Gründe werden die ständige Präsenz von Angehörigen und die Bedürftigkeit der Patienten nach operativen Eingriffen vor allem in Bezug auf die pflegerische Betreuung bzw. Hilfestellung bei täglichen Aktivitäten genannt. Die Studie belegt außerdem, "dass aus Patientensicht die Angehörigen prinzipiell den Anforderungen der Nachbetreuung im häuslichen Umfeld gewachsen sind". Vor diesem Hintergrund kommt der Einbeziehung von pflegenden Angehörigen in den Versorgungsprozess, etwa im Rahmen von Aufklärungsgesprächen, eine umso größere Bedeutung zu und sollte bei Analyse unserer Ergebnisse zu entsprechenden Handlungen in diesem Bereich führen.

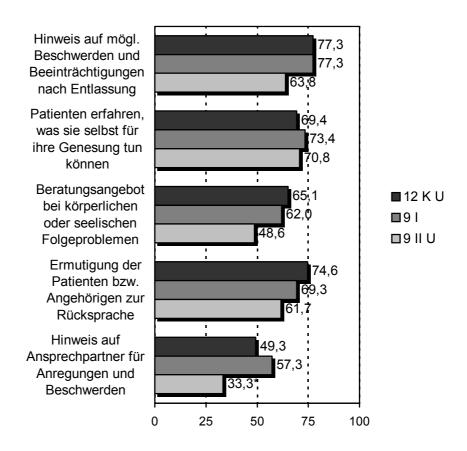
Zufriedener waren die Patienten hingegen mit dem Bereich Kommunikation mit dem niedergelassenen Facharzt. So konnten 87.0% Kurzzeittherapiepatienten und 88,0% bzw. 86,8% der Normaltherapiepatienten der Aussage "Mein niedergelassener Facharzt wurde umgehend über die Ergebnisse meiner Behandlung im Krankenhaus informiert" zustimmen. Diese Ergebnisse sind von daher erfreulich, da auf beiden Stationsformen die medizinische Nachsorge ganz oder weitgehend den niedergelassenen Ärzten Viele Patienten haben im Anschluss überlassen wird. ihren an Krankenhausaufenthalt überhaupt keinen Kontakt mehr mit dem Krankenhaus und so ist der Informationsfluss zwischen Krankenhaus und Hausarzt hinsichtlich der Behandlungsergebnisse von extrem wichtiger Bedeutung. Ein Kurzzeittherapiepatient äußerte sich hierzu: "Es sollte eine spätere Nachuntersuchung von dem behandelten Arzt geben".

Ein großer Unterschied zwischen den beiden Erhebungseinheiten im Bereich der Nachsorge ist anhand des letztem Item zu erkennen: 80,3% der Kurzzeittherapiepatienten stimmten der Aussage "Das Krankenhaus fühlte sich für die Organisation meiner Nachbetreuung verantwortlich" ziemlich bzw. völlig zu. Patienten der Normaltherapiestation waren nur zu 69,8% bzw. 66,7% dieser Meinung. Hier kristallisiert sich eine Stärke der Kurzzeittherapie heraus. Da bei den zum Teil sehr kurzen Aufenthaltszeiten der Kurzzeitpatienten die Nachsorgeorganisation einen sehr wichtigen Stellenwert bekommt, ist dieses Ergebnis als sehr positiv und erfreulich zu beurteilen.

#### 5.2.7 Schulung des Patienten

Die Zufriedenheit mit der Schulung im Umgang mit der Krankheit erfassten wir mittels fünf Items (Abb.12). In einem Item wird erfragt, ob der Patient über mögliche Komplikationen, Beschwerden und Beeinträchtigungen nach der Entlassung aufgeklärt wurde. Die anderen Items erfragen, ob die Patienten beim Auftreten von seelischen oder körperlichen Problemen ausreichend informiert worden sind, wie sie sich selbst oder durch andere helfen lassen können.

Abbildung 12: Schulung des Patienten im Umgang mit der Krankheit (Anteil der zwei positiven Antworten in %)



Mann-Whitney-U-Test: \*= p<0,05 (signifikanter Unterschied zu 12 KU); \*\*= p<0,01 (sehr signifikanter Unterschied zu 12 KU)

Von allen ausgewerteten Ergebnissen erhält die Dimension *Schulung im Umgang mit der Erkrankung* das schlechteste Ergebnis. Zwar schneidet die Kurzzeittherapie fast immer ein wenig besser ab, als die Vergleichsgruppe,

nichtsdestotrotz sind folgende Ergebnisse als besonders unerfreulich zu bewerten: So hatten z.B. nur 49,3% der Kurzzeittherapiepatienten das Gefühl darüber informiert worden zu sein, an wen sie sich mit Anregungen, Wünschen und Beschwerden wenden können. Eine schriftliche Äußerung eines Kurzzeittherapiepatienten z.B. lautete: "Nach der Hydrozele-Op hatte ich recht starke Wundschmerzen, auf die mich keiner hingewiesen hat. Ich mache mir jetzt Gedanken: Ist das so richtig oder ist bei mir etwas verkehrt gelaufen? Erst in drei Tagen habe ich Gewissheit, denn dann habe ich meinen Termin bei meinem Urologen. Ich finde die Ärzte hätten mich darauf hinweisen müssen, wie es mir die ersten Tage zu Hause ergehen wird."

Bei körperlichen oder seelischen Folgeproblemen hatten nur 65,1% der Kurzzeittherapiepatienten das Gefühl sich im Krankenhaus beraten lassen zu können. Informationen, was die Patienten selbst für die eigene Genesung (z.B. Ernährung, Ruhe, Medikamenteneinnahme) tun können, bekamen angabegemäß nur 69,4% der Kurzzeittherapie-Patienten. Zudem ist auch hier ein deutlich schlechteres Abschneiden der Station 9 II U in allen Teilbereichen zu erkennen.

#### 5.2.8 Zusammenfassung

Die Ergebnisse bestätigen im Kern den anfangs in Abbildung 4 gegebenen Überblick zur Patientenzufriedenheit mit den einzelnen Teilprozessen der Versorgung.

Besonders gute Beurteilungen erhielten dabei, unabhängig von kurzzeit- oder vollzeittherapeutischer Versorgung, die Bereiche *Pflegerische Betreuung* und *Ärztliche Betreuung*, *Interne Koordination*, *Aufnahme* und *Information zur Behandlung*.

Einen signifikanten Unterschied zwischen der Kurzzeittherapie und den beiden anderen Stationen gab es bei den Zufriedenheitsangaben der Patienten im Bezug auf *Unterkunft und Service*. Patienten der Kurzzeittherapie waren in diesem Bereich auffallend zufriedener als ihre Vergleichsgruppe.

Geht man davon aus, dass bereits eine geäußerte Zufriedenheit von weniger als 75% der Befragten einen Hinweis darauf bietet, dass die Qualität der Patientenversorgung suboptimal ist, finden sich die größten

Verbesserungspotentiale im Bereich der Schulung im Umgang mit der Erkrankung (Kompetenzvermittlung). Dazu gehören die Informationen über mögliche Beeinträchtigungen im täglichen Leben, praktische Tipps und Übungen für den häuslichen Umgang mit der Krankheit. Der negative Eindruck beschränkt sich aber nicht nur auf den Umgang mit ihrer Krankheit, sondern erstreckt sich auch auf die Art der Einbeziehung von Angehörigen oder Freunden in die Betreuung. Auch die Ergebnisse im Bereich Nachsorge bedingen Optimierungshandlungen, wobei zu erwähnen ist, dass die Kurzzeittherapie im Vergleich zu den beiden anderen Stationen hier noch bessere Zufriedenheitsergebnisse erzielte.

Bei den freien Meinungsäußerungen der Kurzzeitpatienten werden zudem häufig Kritik zu folgenden Punkten gegeben:

- "Wegweiser zum Krankenhaus (Eingang Blutspenderzentrale) für Patienten, die mit der S-Bahn kommen, fehlen."
- "Die Nummernschilder der Häuser sind zu klein und nicht vorteilhaft angebracht."
- "Die Tischdecken im Frühstücksraum sollten ein freundlicheres Design haben."
- "Es könnten mehr Teller zusätzlich am Büfett stehen."
- "Bitte weiches Toilettenpapier auf allen Toiletten. Es handelt sich in der Mehrzahl um ältere Patienten mit Unterleibsleiden."
- "Bitte Stellung von Einwegslappen und Handtüchern auf den Toiletten."
- "Vor den Fenstern waren nur Tüllgardinen und keine Vorhänge zum Abdunkeln bei Nacht. Wenn die Vorhänge gereinigt werden müssen, sollte man dieses am Wochenende tun, wenn die Station nicht belegt ist."
- "Es wäre sehr nützlich, wenn jeder Patient einen kleinen Papierkorb in seiner Nähe hätte und dieser jeden Tag geleert wird."

Die oben genannten Kritikpunkte ließen sich durch einfache praktische Maßnahmen leicht verbessern.

Bei aller Kritik muss hier allerdings noch einmal betont werden, dass viele Patienten sich ausdrücklich positiv über die Kurzzeittherapie äußerten: "Jedem Kranken würde ich einen Kurzzeittherapie-Aufenthalt sehr empfehlen" oder "Es

war super in der Kurzzeittherapie!" Insgesamt überwiegen auch absolut zahlenmäßig betrachtet die positiven Eindrücke und Bewertungen der Patienten.

## 5.3 Wichtigkeit von Qualitätsdimensionen und Ansatzpunkte für Qualitätsverbesserungen

Im folgenden Abschnitt soll die Frage beantwortet werden, in welchen Bereichen der Kurzzeittherapie und mit welchen Maßnahmen sich Investitionen in die Qualität besonders lohnen. So stellte sich z.B. in Kapitel 5.2 heraus, dass die Qualität der Patientenversorgung vor allem in den Bereichen *Nachsorge* und *Schulung im Umgang mit der Krankheit* am schlechtesten abschneidet. Trotzdem ist dabei zu berücksichtigen, dass eine Prioritätensetzung nach dem Problemdruck allein nicht immer zu einem effizienten Qualitätsmanagement führt, da in der nachfolgenden Analyse herausgefunden wurde, dass andere Bereiche (wie z.B. *Unterkunft und Service*) für die Patienten, hinsichtlich Ihrer Gesamtzufriedenheit und der Bereitschaft die Kurzzeittherapie wieder auszuwählen, eine wichtigere Rolle spielen.

Das Ziel des folgenden Kapitels soll sein, über die bisherige Basisstatistik hinaus qualitätsrelevante Zusammenhänge darzustellen. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung müssen sich am erzielbaren Nutzen orientieren. Die Abschätzung und Quantifizierung des Nutzens ist ein sehr komplexes Problem, das ohne Gewichtung der Kriterien nicht lösbar ist. Daher ist es wichtig zu wissen, welche Kriterien die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus prägen (vgl. dazu *Borges* et al. 1998).

Zur Überprüfung der Zusammenhänge in der Kurzzeittherapie wurde eine Serie von multiplen Regressionsanalysen durchgeführt. Hierdurch können wir feststellen, wie gut alle potentiellen Einflussfaktoren die zu erklärende Variable, in unserem Fall die zwei Erfolgsmerkmale Gesamtzufriedenheit und Wiederwahl der Kurzzeittherapiestation, tatsächlich beeinflussen und wie groß der Einfluss einzelner Variablen zur Erklärung des Erfolgsmerkmals ist. Gesamtergebnis der Berechnung ist der Determinationskoeffizient R<sup>2</sup>. R<sup>2</sup> ist ein Maß für die Erklärungskraft aller im Modell enthaltenen Einflussfaktoren. Die Berechnung ergibt außerdem standardisierte Regressionskoeffizienten (genannt "Beta-Gewichte"), die über die Stärke und die Richtung des Einflusses eines Faktors auf die abhängige Variable bei Kontrolle der übrigen informiert. Je höher ein Regressionskoeffizient ausfällt, um so stärker verändert sich der Wert der abhängigen Variablen, wenn sich die Einschätzung des entsprechenden Faktors verbessert oder verschlechtert.

In Abbildung 13 sind die Ergebnisse der Regressionsanalyse dargestellt. Der Abbildung ist zu entnehmen, mit welcher Gewichtung die acht Qualitätsdimensionen das Erfolgsmerkmal Gesamtzufriedenheit mit der Kurzzeittherapie beeinflussen. Neben dem Anteil der erklärten Varianz der abhängigen Variable geben die standardisierten Regressionskoeffizienten (Beta-Gewichte) den jeweiligen Beitrag einer Qualitätsdimension Gesamtzufriedenheit bei Kontrolle der anderen an. Dies hat keine Aussagekraft über das Niveau der gemessenen Qualität, sondern stellt lediglich eine Gewichtung dar.

### Abbildung 13: Wichtigkeit von patientenorientierten Qualitätsdimensionen für die Gesamteinschätzung des Krankenhauses - Patienten der Kurzzeittherapiestation

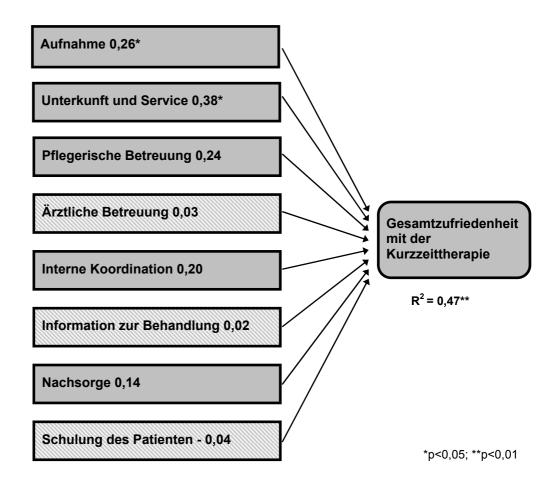
	Einfluss-Stärke ("Beta-Gewichte")	
	Modell 1	Modell 2
tualität der Patientenversorgung		
Aufnahme	- 0,26*	- 0,40*
Unterkunft und Service	0,38*	0,45*
Pflegerische Betreuung	0,24	0,33
Ärztliche Betreuung	0,03	0,11
Interne Koordination	0,20	0,07
Informationen zur Behandlung	0,02	- 0,19
Nachsorge	0,14	0,25
Schulung des Patienten	- 0,04	0,00
charakteristika der Patienten °		
Aktueller Gesundheitszustand		0,10
Allgemeine Lebenszufriedenheit		0,10
Hauptanlass der Aufnahme (1=OP, 2=keine OP)		- 0,15
Art der Aufnahme		0,10
Schwere der Erkrankung		- 0,03
Verweildauer		- 0,06
Befragungszeit nach Entlassung		0,05
Alter		0,07
Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)		0,06
Schulabschluss		0,09
Haushalt (1=allein lebend, 2=nicht allein lebend)		- 0.01
R <sup>2</sup> (Determinationskoeffizient) °°	0,47**	0,57**

<sup>\*</sup> p<0,05 (signifikant); \*\* p<0,01 (sehr signifikant)
° Ein positives Vorzeichen des Beta-Gewichts bedeutet bei zweigestuften Variablen eine höhere Gesamtzufriedenheit

von Personen mit dem Zahlencode 2.

°° Lesehinweis: Im Modell 1 erklären die gemessenen Qualitätsmerkmale der Patientenversorgung 47% der Gesamtzufriedenheit der Patienten. Durch Berücksichtigung von Patientenmerkmalen (Modell 2) wird nur geringfügig mehr erklärt, nämlich insgesamt 57%. 43% erklären sich durch andere Faktoren, die wir nicht gemessen haben.

# Abbildung 14: Beitrag der Dimensionen zur Gesamtzufriedenheit (Beta-Gewichte einer multiplen Regression)



Die Regressionsanalyse belegt eine unterschiedliche Relevanz der einzelnen Qualitätsdimensionen im Hinblick auf die Gesamtzufriedenheit mit der Kurzzeittherapie. Es zeigt sich, dass die Qualitätsdimension *Unterkunft und Service* (Beta: 0,38) und die Qualitätsdimension *Aufnahme* (Beta: -0,26) den größten Stellenwert für die Bildung eines positiven oder negativen Gesamteindrucks haben. Man könnte die Ergebnisse folgendermaßen ausformulieren: Je besser der Patient *Unterkunft und Service* erlebt hat, desto höher ist seine Gesamtzufriedenheit. Unerklärlich ist jedoch das negative Vorzeichen vom Beta bei der Qualitätsdimension *Aufnahme*, denn es bedeutet: Je besser ein Patient die *Aufnahme* in das Krankenhaus erlebt hat, desto geringer (!) ist seine Gesamtzufriedenheit.

Einen schwächeren, aber dennoch merklichen Effekt haben bei dieser Analyse die Bereiche *Pflegerische Betreuung* (Beta: 0,24), *Interne Koordination* (Beta: 0,20) und *Nachsorge* (Beta: 0,14) auf die Gesamtzufriedenheit. Den Berechnungen zufolge kann man also zusammenfassend sagen, dass eine globale Zufriedenheit der Patienten durch eine "schöne" Unterkunft, eine gute pflegerische Betreuung (die ärztliche Betreuung scheint durch die geringere Kontaktdichte weniger Einfluss zu nehmen), gut funktionierende Abläufe und durch eine ausreichende Nachsorge erreicht werden kann.

Nahezu keinen Effekt auf die Gesamtzufriedenheit üben hingegen die Dimensionen Schulung des Patienten (Beta: -0,04), Ärztliche Betreuung (Beta: 0,03) und Information zur Behandlung (Beta: 0,02) aus.

Zusätzlich wurden in einer zweiten Regression auch soziodemographische und krankheitsspezifische Merkmale der Patienten, wie

- Aktueller Gesundheitszustand
- Allgemeine Lebenszufriedenheit
- Hauptanlass der Aufnahme
- Schwere der Erkrankung
- Verweildauer
- Befragungszeit nach Entlassung
- Alter
- Geschlecht

- Schulabschluss
- Haushaltssituation

als Kontrollvariablen in die Regressionsanalyse mit eingeschlossen. Durch Berücksichtigung dieser Patientenmerkmale wird die Gesamtzufriedenheit nur geringfügig besser erklärt. So stellten wir eine Erhöhung Determinationskoeffizienten von 47% auf 57% fest. Die soziodemographischen und anderen Patientenmerkmale haben demnach nur einen schwachen Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit und so lassen sich durch deren Berechnung lediglich Hinweise darauf finden, dass die Patienten, die nicht operiert wurden (Beta: -0,15), eine geringere Gesamtzufriedenheit angaben, bzw. diejenigen, die operiert wurden, insgesamt zufriedener urteilten. Eine plausible Erklärung hierfür wäre, dass Patienten denen durch eine Operation geholfen werden konnte, ein Erfolgserlebnis hatten und es aus diesem Grunde zu einer höheren Gesamtzufriedenheit kommt. Im Gegensatz dazu waren Patienten ohne dieses Erfolgserlebnis insgesamt unzufriedener. Weitere, allerdings sehr schwache, Effekte auf die Gesamtzufriedenheit scheint der aktuelle Gesundheitszustand (Beta: 0,10)sowie die allgemeine Lebenszufriedenheit (Beta: 0,10) auszuüben. Den Berechnungen zufolge beurteilen Patienten mit einem guten allgemeinen Gesundheitszustand und einer höheren Lebenszufriedenheit die Kurzzeittherapie insgesamt positiver, als diejenigen, deren Gesundheitszustand und Lebenszufriedenheit schlechter ist. Auch hier gibt es die plausible Erklärung, dass unzufriedene oder kranke Menschen im Allgemeinen dazu neigen mehr Kritik zu äußern.

Schließlich urteilten Patienten, die aufgrund einer länger geplanten Einweisung in das Krankenhaus kamen, besser, als diejenigen, die als akuter Notfall eingeliefert wurden. Dies mag an der Tatsache liegen, dass eine längere Vorbereitung auf den Krankenhausaufenthalt diesen erträglicher/leichter macht und damit die Gesamtzufriedenheit positiv beeinflusst. Alle anderen Merkmale spielen nach den Berechnung unserer Ergebnisse untergeordnete Rollen für die Gesamtzufriedenheit. 43% erklären sich durch andere Faktoren, die nicht gemessen worden sind.

Als weiteres Erfolgsmerkmal für die Therapie wurde die Wiederwahl der Kurzzeittherapiestation ausgewählt. Dazu ist die Bereitschaft gemeint das Krankenhaus gegebenenfalls abermals in Anspruch zu nehmen oder es Angehörigen oder Freunden weiterzuempfehlen. Ziel der nun folgenden Analyse ist es, jene Merkmale zu identifizieren, die die Kundenbindung des Krankenhaus Patienten gegenüber dem primär bestimmen. Die entsprechenden Analysen sind von besonderer Praxisrelevanz, da vor allem durch Leistungsverbesserungen bei diesen Parametern ein Krankenhaus die Qualität und Akzeptanz seines Leistungsangebotes aus Patientensicht und dadurch seine Markt- und Wettbewerbschancen nachhaltig steigern kann. Abbildung 14 zeigt, mit welcher Gewichtung die acht Qualitätsdimensionen das Erfolgsmerkmal Wiederwahl der Kurzzeittherapiestation beeinflussen:

### Abbildung 15: Wichtigkeit von patientenorientierten Qualitätsdimensionen für die Wiederwahl des Krankenhauses – Patienten der Kurzzeittherapiestation

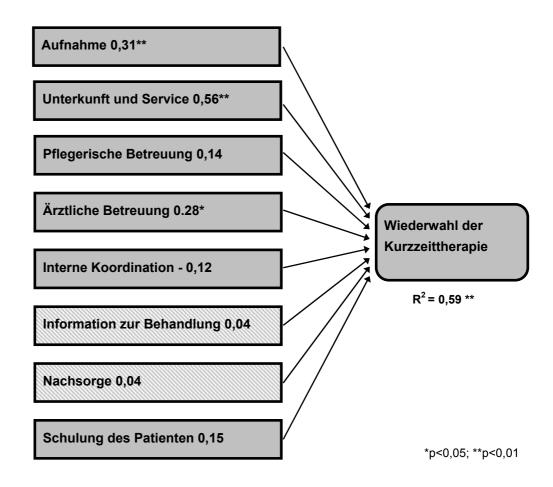
	Einfluss-Stärke		
	("Beta-Gewichte")		
	Modell 1	Modell 2	
Qualität der Patientenversorgung			
Aufnahme	- 0,31**	- 0,26	
Unterkunft und Service	0,56**	0,56**	
Pflegerische Betreuung	0,14	0,13	
Ärztliche Betreuung	0,28*	0,30	
Interne Koordination	- 0,12	- 0,16	
Informationen zur Behandlung	0,04	0,00	
Nachsorge	0,04	0,01	
Schulung des Patienten	0,15	0,22	
Charakteristika der Patienten °			
Aktueller Gesundheitszustand		0,17	
Allgemeine Lebenszufriedenheit		- 0,12	
Hauptanlass der Aufnahme (1=OP, 2=keine OP)		0,02	
Art der Aufnahme		0,00	
Schwere der Erkrankung		0,18	
Verweildauer		- 0,12	
Befragungszeit nach Entlassung		- 0,10	
Alter		- 0,08	
Geschlecht (1=männlich, 2=weiblich)		0,03	
Schulabschluss		- 0,03	
Haushalt (1=allein lebend, 2=nicht allein lebend)		0,02	
R <sup>2</sup> (Determinationskoeffizient) °°	0,59**	0,63**	

p<0,05 (signifikant); \*\* p<0,01 (sehr signifikant)</li>
 Ein positives Vorzeichen des Beta-Gewichts bedeutet bei zweigestuften Variablen eine h\u00f6here

Gesamtzufriedenheit von Personen mit dem Zahlencode 2.

°Lesehinweis: Im Modell 1 erklären die gemessenen Qualitätsmerkmale der Patientenversorgung 59% der Gesamtzufriedenheit der Patienten. Durch Berücksichtigung von Patientenmerkmalen (Modell 2) wird nur geringfügig mehr erklärt, nämlich insgesamt 63%. 37% erklären sich durch andere Faktoren, die wir nicht gemessen haben.

# Abbildung 16: Beitrag der Dimensionen zur Wiederwahl (Beta-Gewichte einer multiplen Regression)



Nachzuvollziehenderweise tragen diejenigen Qualitätsmerkmale, die für die Gesamtzufriedenheit der Patienten von Bedeutung sind, im wesentlichen auch zur Erklärung der Wiederwahl des Krankenhauses bei. Ebenso wie bei der Gesamtzufriedenheit, übt beim Erfolgsmerkmal Wiederwahl der Kurzzeittherapie die Dimension *Unterkunft und Service* (Beta: 0,56) mit deutlichem Abstand den stärksten Einfluss aus.

Es folgen in der Gewichtung die Dimensionen *Aufnahme* (-0.31, wieder besteht ein negativer Zusammenhang!), *Ärztliche* Betreuung (Beta: 0,28) und *Pflegerische Betreuung* (Beta: 0,14) sowie *Schulung des Patienten* (Beta: 0,15). Man kann somit folgende Interpretation vornehmen: Je besser der Patient Unterkunft und Service erlebt hat und je zufriedener der Patient mit seiner ärztlichen bzw. pflegerischen Betreuung, sowie der Schulung im Umgang mit seiner Erkrankung gewesen ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er die Kurzzeittherapiestation bei einem wiederholten Krankenhausaufenthalt erneut auswählt bzw. an Freunde und Bekannte weiterempfiehlt.

Die entsprechenden Effekte für die Dimensionen *Information zur Behandlung* (Beta: 0,04) und *Nachsorge* (Beta: 0,04) fallen deutlich schwächer aus und scheinen damit keine besondere Wirkung auf das Wiederwahlverhalten der Patienten zu haben.

In der zweiten Regression mit den oben genannten Kontrollvariablen ist ebenfalls eine leichte Erhöhung des Determinationskoeffizienten von 59% auf 63% der erklärten Varianz festzustellen. Soziodemographische und andere Patientenmerkmale haben allerdings wiederum einen nur schwachen Einfluss und ergeben lediglich Hinweise darauf, dass bei Patienten die schwerer erkrankt (Beta: 0,18) sind, die Bereitschaft, die Kurzzeittherapiestation wieder auszuwählen, höher ist. Ebenso spielt der aktuelle Gesundheitszustand (Beta: 0,17) der Patienten und damit die bereits erwähnte Kritikneigung eine geringfügige Rolle. So würden z.B. Patienten, deren Gesundheitszustand besser ist, die Kurzzeittherapiestation eher wiederauswählen, als diejenigen, deren Gesundheitszustand schlechter ist. Alle anderen Merkmale spielen keine entscheidende Rolle beim Wiederwahlverhalten, 37% erklären sich durch andere Faktoren.

#### 6. Diskussion

Die Darstellung der Diskussion wird in drei Abschnitte unterteilt. Zu Beginn wird auf die angewandten Methoden eingegangen, anschließend wird das Konzept der Kurzzeittherapie an sich diskutiert. Im letzten Teil werden die aus den Ergebnissen abgeleiteten Konsequenzen bezüglich möglicher Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Allgemeinen Krankenhaus Eilbek beschrieben.

#### 6.1 Methoden

Wie bereits *Blum* (1998) festgestellt hat, können theoretische und methodische Defizite auftreten. Zu einem theoretischen Defizit in den Ergebnissen kann es dadurch kommen, dass unklar bleibt, was genau unter Patientenzufriedenheit zu verstehen ist und ob Patienten überhaupt verwertbare Angaben über ihre Zufriedenheit machen und/oder das Leistungsangebot eines Krankenhauses beurteilen können. Dies ist sicherlich ein wichtiger Aspekt innerhalb der Diskussion der erhobenen Ergebnisse; Kritische Anmerkungen hierzu wurden bereits im Grundlagenteil gegeben.

Patientenbefragungen können zudem durch Störeinflüsse (wie z.B. saisonale Schwankungen der Belegungszahl, der Diagnosen, der Mitarbeiterzahl, Strukturveränderungen in der Einrichtung, veränderte Zuweisungs- oder Belegungspolitik, unterschiedliche Krankheitsspektren. unterschiedliche Stichproben in demographischer Hinsicht wie Alter. Geschlecht. Versichertenstatus, emotionale Faktoren) zu unterschiedlichen Ergebnissen führen und so lediglich die unterschiedlichen Rahmenbedingungen oder Stichproben abbilden. Qualitätsbewertungen kommen dadurch nicht zum Ausdruck (Lecher et al. 2002). Das mögliche Auftreten der oben angeführten Störeinflüsse ist bei der im Anschluss durchgeführten Diskussion der Ergebnisse berücksichtigt.

Satzinger et al. (2001) erwähnen zwar, dass temporale Stichproben den Vorteil haben, ein überschaubares Ergebnis mit anschließender Verarbeitungsmöglichkeit zu geben. Der Nachteil dieses Verfahrens besteht jedoch in einer potentiellen Verzerrung der Befragungsergebnisse. So führen temporale Stichproben durch den Projektcharakter, der den Erhebungszeitraum

aus dem Klinikalltag heraushebt, eventuell zu untypischem Verhalten des Personals (sog. Schildwachen- oder Hawthorne-Effekte). Da es sich in der vorliegenden Studie ebenfalls um temporäre Stichproben handelt, ist dieser Effekt ebenfalls bei der Diskussion zu berücksichtigen.

Um die methodischen Defizite in der vorliegenden Studie gering zu halten, wurde zum einen eine gleichartige Erhebungssystematik auf den verschiedenen Stationen benutzt und zum anderen die gleiche Konstruktion des Erhebungsinstrumentes verwendet. Der Fragebogen enthielt sehr spezifische und detaillierte Fragen zu den einzelnen Bereichen Krankenhausaufenthaltes, um eine realitätsnahe und verwertungsrelevante Evaluierung des Versorgungsgeschehens aus Patientensicht zu gewährleisten. Zum anderen wurde im Rahmen der Instrumentenentwicklung eine psychometrische Prüfung des Instruments (u.a. Itemanalyse, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität, interne Konsistenz) nach einschlägigen Verfahren der klassischen Testtheorie auf Reliabilität und Validität hin durchgeführt.

Neben den genannten Schwierigkeiten in theoretischer und methodischer Hinsicht soll zudem darauf hingewiesen werden, dass die Patientenbefragung zur Qualität in der Kurzzeittherapie nur an einer ausgewählten Kurzzeittherapiestation durchgeführt wurde und die Ergebnisse somit nicht repräsentativ für die Gesamtheit aller Kurzzeittherapien in Deutschland sind. Dennoch können Trendaussagen getroffen werden, die auch für ähnliche Einrichtungen von Bedeutung sind.

#### 6.2. Das Konzept der Kurzzeittherapie

Das Modell der stationären chirurgischen Versorgung im öffentlichen Krankenhaus ist in den Mittelpunkt kritischen Interesses gerückt. Gesellschaftliche, medizin-ethische, ökonomische, politische und medizintechnologische Parameter haben sich geändert. Dadurch ist eine gesundheitspolitische Diskussion entstanden, die zu einer grundlegenden Änderung speziell der chirurgischen Krankenhausmedizin geführt hat und weiterhin führen wird. Auf diesem Boden entstand das Konzept der Kurzzeittherapie als organisatorische Antwort auf die Herausforderung der minimal invasiven Chirurgie, des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) und der beschriebenen gesundheitspolitischen Veränderungen. Das Modell ist inzwischen in mehreren Krankenhäusern praktisch umgesetzt worden (*Niebuhr* 2000).

Anhand dieser Studie konnte gezeigt werden, dass das Konzept der Kurzzeittherapie auch dem Fach der Urologie die Möglichkeit bietet, durch festgelegte Organisationsstrukturen bzw. -abläufe (sog. GBA = geplante Behandlungsabläufe) auf geänderte Patientenbedürfnisse und finanzielle Voraussetzungen zu reagieren.

Trotz der sehr guten Ergebnisse der Kurzzeittherapie soll im folgenden Abschnitt Maßnahmen zu Qualitätsverbesserungen aufgelistet und diskutiert werden.

# 6.3. Konsequenzen für Qualitätsverbesserungen im Allgemeinen Krankenhaus Eilbek

dieser Arbeit vorgestellten Studie Kurzzeittherapiezentrum 12 K U am Allgemeinen Krankenhaus Eilbek als neue Versorgungsstruktur unter medizin-soziologischen Aspekten analysiert und bewertet. Die eigenen Ergebnisse der Station 12 K U wurden mit den Ergebnissen einer Befragung von Patienten, die unter vollstationären Bedingungen (Station 9 I und 9 II U) behandelt wurden, verglichen. Die Ergebnisanalyse der beiden unterschiedlich organisierten Stationsformen (kurzzeit gegenüber vollstationär) zeigt die Schwachstellen Versorgungsangebotes auf. Im Folgenden sollen mögliche Ursachen und die sich ergebenen Probleme der ermittelten Schwachstellen diskutiert werden. Dabei wird zuerst eine allgemeine Analyse der Ergebnisse aller drei Stationen dargestellt. Im Anschluss daran wird eine stationsspezifische Diskussion durchgeführt.

#### 6.3.1 Betrachtung aller drei Stationen

Bei der allgemeinen Betrachtung der Ergebnisse fällt auf, dass alle drei Stationen (12 K U, 9 I und 9 II U) in vielen Bereichen sehr gut abschneiden.

Zu wiederholen wären hierbei vor allem die guten Ergebnisse in den Bereichen ärztliche Betreuung und pflegerische Betreuung, interne Koordination, Aufnahme in das Krankenhaus und Information zur Behandlung. Erfreulich ist, dass traditionell kritische Themen, wie die Kommunikation zwischen Arzt und Patient und die Organisation der Versorgungsabläufe, in der Befragung eine ausgesprochen positive Bewertung erfahren haben.

Trotz der durchschnittlichen hohen Zufriedenheitswerte fallen leichte Mängel bei allen drei Stationen in den Bereichen *Nachsorge* und *Schulung im Umgang mit der Krankheit* auf. Diese Unzufriedenheit mit der Patientenschulung im Umgang mit der Krankheit ("Kompetenzvermittlung") weist eine Gemeinsamkeit mit vielen anderen Befragungen auf, in denen dieser Punkt ebenfalls als eine der größten Schwachstellen stationärer Versorgung ermittelt wurde (*Trojan* et al., 1996). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass laut der durchgeführten Regressionsanalyse der Bereich *Nachsorge* nur einen geringen Einfluss auf das Wiederwahlverhalten hat und der Bereich *Schulung im Umgang mit der Erkrankung* nur wenig zur Gesamtzufriedenheit beiträgt.

#### 6.3.2 Separate Betrachtung der einzelnen Stationen

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, sind die Ergebnisse aller drei Stationen äußerst positiv ausgefallen. Dennoch sind Antworten die in die guten Kategorien fallen und deren Anteil dabei unter 75% liegt als kritisch zu betrachten und bedingen Überlegungen zur Verbesserung.

#### 6.3.2.1 Die Normalstationen 9 I und 9 II U

Betrachtet man die Normalstationen, fällt auf, dass die Qualität der Patientenversorgung der Station 9 II U sowohl im allgemeinen Überblick als auch in den einzelnen Dimensionen trotz insgesamt immer noch recht guten Zufriedenheitswerten im Vergleich zu 9I schlechter ausfällt. Besonders die zwischenmenschlichen Bereiche wie *pflegerische Betreuung* und *ärztliche* 

Betreuung, Informationen zur Behandlung sowie Bereiche wie Interne Koordination, Nachsorge und Schulung im Umgang mit der Erkrankung erhalten nicht ganz so gute Zufriedenheitswerte von den Patienten, wie auf der Station 9 I. Nach Auskunft von Prof. Busch, dem Leiter der urologischen Abteilung, wurden folgende Gründe für diese Ergebnisse angeführt: Bis zum Sommer 2001 war die Station 9 II U interdisziplinär geteilt, d.h. zur Hälfte mit urologischen und chirurgischen Patienten belegt. In erster Linie handelte es sich bei diesen Patienten um chirurgische Pflegefälle, die sehr personalintensiv betreut werden mussten. Dies führte zu einer ständigen Überforderung des Personals, so dass die Versorgung der urologischen Patienten anteilig reduziert werden musste. Diese Unterversorgung drückte sich in einer vermehrten Unzufriedenheit der Patienten aus. So wurde z.B. bemängelt, dass Zuständigkeiten und Kompetenz von Pflegepersonal und Ärzten nicht immer ersichtlich waren. Es mangelte an Kommunikation im Bereich der internen Absprachen, die Patienten fühlten sich verunsichert und mit ihren Problemen allein gelassen.

# 6.3.2.2 Die Kurzzeittherapiestation 12 K U

"Die gesellschaftlichen und medizin-ethischen Entwicklungen zeigen sich im Wunsch des Patienten nach kurzmöglicher Behandlung bei vergleichbar oder verbesserter medizinischer Qualität in einem möglichst nicht an Krankenhaus erinnernden Ambiente. Er soll seiner gewohnten Umgebung nicht unnötig lange entzogen und damit schnell wieder in die Lage versetzt werden, sein Leben eigenverantwortlich führen zu können" (Niebuhr 2000). Diesem Anspruch wird das untersuchte Kurzzeittherapiezentrum 12 K U durch eine besondere Ablauforganisation, motivierte und kundenorientierte Mitarbeiter und eine hohe medizinische Leistungsqualität gerecht. Die Personalentwicklung sowie die bauliche Ausgestaltung von 12 K U ist darauf ausgerichtet, ein nicht an Krankenhaus erinnerndes Ambiente zu schaffen. Dass diese Forderungen erfüllt werden, lässt sich insbesondere durch die positiven Beurteilungen der Dimensionen Unterkunft und Service, pflegerische Betreuung und ärztliche Betreuung, Ablauforganisation sowie ausreichend Informationen Behandlung nachweisen.

Die besondere Stärke der Station 12 K U im Bereich *Unterkunft und Service* soll hier noch einmal betont werden, da die komfortable räumliche Unterbringung deutlich zur Attraktivität des Kurzzeittherapiezentrums beiträgt.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Befragungsergebnisse aus Sicht der Kurzzeittherapiepatienten zusammengefasst und in einem größeren Kontext interpretiert werden.

In einem ersten Schritt kam es zur Auswertung der Antworten für global gemessene Erfolgsmerkmale der Prozessqualität. Es zeigte sich, dass die Patienten der Kurzzeittherapie ihren Klinikaufenthalt in hohen Prozentsätzen mit "gut", "sehr gut" oder "ausgezeichnet" beurteilten. Ähnlich hoch ist auch die Bereitschaft, sich wieder kurzzeittherapeutisch behandeln zu lassen bzw. Bekannten oder Freunden die Kurzzeittherapie zu empfehlen. Trotz der hohen Gesamtzufriedenheit ergaben sich jedoch in einzelnen Teilbereichen auch etwas schwächere Bewertungen, die Anstöße zu Verbesserungsmöglichkeiten geben.

Auch innerhalb der kurzzeittherapeutischen Versorgung fallen leichte Schwächen innerhalb der Patientenversorgung in den Bereichen Nachsorge und Schulung im Umgang mit der Krankheit auf. Die Klagen beziehen sich auf die Vermittlung von Kompetenzen, die den eigenverantwortlich mit der Krankheit umzugehen. Wie auch bereits in vielen anderen Befragungen festgestellt wurde, betrifft dies insbesondere die Hilfestellungen im Umgang mit der Krankheit (Trojan et al. 1996). Ganz besonders auffällig war, dass die Patienten diesbezüglich einen kompetenten Ansprechpartner vermisst haben. Die Patienten hätten sich mehr Informationen darüber gewünscht, was sie selbst zur Genesung beitragen können und welche körperlichen und seelischen Folgeprobleme die Krankheit mit sich bringt. Man sollte den Patienten dabei helfen, zu lernen, besser mit ihrer Krankheit umzugehen. Weiterhin sollte dies nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für seine Angehörigen gelten. Diese Anforderung setzt eine patientenindividuelle Auseinandersetzung voraus und ist nicht durch ein formal geregeltes Entlassungsmanagement (z.B. schriftliches Merkblatt, telefonische Hotline, etc.) zu leisten. Diese individuelle Auseinandersetzung verlangt nach

mehr Zeit für persönliche Gespräche über noch offene Fragen seitens Patienten für die Zeit nach ihrer Entlassung.

Insbesondere dadurch, dass eine Besonderheit der kurzstationären Behandlung darin besteht, dass der Heilungsverlauf und die postoperative Betreuung nicht mehr unter unmittelbarer Aufsicht und Kontrolle des Krankenhauses stattfinden können. sind folgende Aspekte von großer Wichtigkeit: Informationsaustausch zwischen niedergelassenen Ärzten, Patienten und Krankenhaus muss optimiert werden. Die Kommunikation muss einen Informationsaustausch auf all diesen Ebenen ermöglichen. Nur so ist die reibungslose Übergabe des Patienten von einem Versorgungssektor in den anderen möglich: Die Patienten wechseln zwischen Versorgungsarten und Helfersystemen unterschiedlicher Natur. zwischen Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Finanzierungen und machen darüber hinaus Statuspassagen durch (Schaeffer 1993). Wichtig ist deshalb die gute Planung und Organisation der Übergänge zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungssektor. So kann jedes Versorgungssystem seine schwerpunktmäßige Kompetenz voll auf den Patienten übertragen. Unter diesen Voraussetzungen ist ein konkurrenzloses Wechseln zwischen den Versorgungssektoren für den Patienten möglich.

Im Zuge einer verstärkten Ökonomisierung der Krankenhausversorgung und dem Bestreben nach Effizienzsteigerung muss das Laienpotential der Patienten aktiviert werden (*Lecher* 2002). Beim Behandlungsprozess sollten die Krankenhausmitarbeiter mehr Partizipation und Selbstbestimmung der Patientenschaft zulassen (*Schupeta/Hildebrand* 1999). Erfreulicherweise zeigen Studien in diesem Zusammenhang einen Wandel zu einer aktiveren Patientenrolle. So wurde festgestellt, dass Patienten unter 35 Jahren mehr und mehr auf ihrer Einbeziehung bei medizinischen Entscheidungen und auf ein stärker partnerschaftliches Verhältnis zur Ärzteschaft bestehen (*Arora* 2000). Dieser sich abzeichnende Trend ist positiv zu bewerten. Patienten in diesem Sinne zu motivieren, sollte das Bemühen der Zukunft sein.

Nach Betrachtung der Ergebnisse kann festgestellt werden, dass es der Kurzzeittherapie weitgehend gelingt, den Anforderungen der Prozessqualität (Aufnahme, Unterkunft und Service, Interne Koordination) zu entsprechen. Dies ist auf den ersten Blick unter Berücksichtigung des zunehmenden Finanzdruckes erstaunlich. Bei weiter zunehmenden Verkürzungen der Liegezeiten, ist eine Verschlechterung der Qualität zu befürchten (vgl. Nickel/Trojan 2001). Der stationäre Kurzaufenthalt im Krankenhaus erfordert eine erheblich gesteigerte Arbeitsintensität. Eine zeitlich dichtere Abfolge der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verringert in der Regel die Möglichkeiten zur Kommunikation zwischen Patienten und Personal. Die vorliegenden Untersuchungen zeigen, dass sich die Patienten Kurzzeittherapie trotz dieser vorhandenen objektiven Mehrbelastung des Personals sehr gut betreut fühlten. Der Patient hat nicht das Gefühl, dass die Leistungsfähigkeit der Versorgung eingeschränkt ist. Offensichtlich haben die Entwickler der Kurzzeittherapie dies bei der Umsetzung des neuen Versorgungsmodells im Vorfeld ausreichend berücksichtigt. Anhand der Ergebnisse lässt sich die Hypothese unterstützen, dass die für elektive Eingriffe angelegte Einrichtung der Kurzzeittherapie besondere Qualitätsvorsprünge in der räumlichen und zeitlichen Organisation der Versorgung hat. Dies resultiert aus einheitlichen Fallstrukturen und begünstigt die Kurzzeittherapie im Wettbewerb um den Patienten. Es verstärkt sich somit der Anreiz für das Krankenhaus, seine Versorgung stärker auf die Bedürfnissen und Wünschen der Patienten auszurichten. Dass dies vornehmlich durch die reibungslose Organisation der Abläufe sowie durch die Bereitstellung neuer, exzellenter "Hotelleistungen" geschieht, mag so mancher Gesundheitswissenschaftler bedauern. Nichtsdestotrotz scheint der polemisierende Vorwurf, "dass die Kurzzeittherapie nur der Gewinnmaximierung dient und Patienten als Halbfertigprodukte an das System der ambulanten Medizin weitergereicht werden" (Alles 2001) zumindest im Modell der Kurzzeittherapie unangebracht.

Neben der Zufriedenheit bildet die subjektive Wichtigkeit der Qualitätsdimension ein Entscheidungskriterium für das Qualitätsmanagement. Es wurde ein hoher Stellenwert der ärztlichen und pflegerischen Betreuung bestätigt. Vor allem die pflegerische Betreuung, die Information und Aufklärung und die räumliche

Unterbringung leisten einen Beitrag zur Attraktivität des Kurzzeittherapiezentrums.

Die innerhalb dieser Studie durchgeführten Regressionsanalysen belegen, dass vor allem die "schöne" Unterkunft mit ausreichenden Serviceleistungen, gut funktionierende Abläufe, eine gute pflegerische Betreuung und eine ausreichende Nachsorge zu einer größeren Prozesszufriedenheit, d.h. zu einer guten Gesamteinschätzung, des Klinikaufenthalts führen. Dieses Ergebnis widerspricht zum Teil den Resultaten anderer Untersuchungen, in denen die Zufriedenheit mit der ärztlichen Betreuung den größten Einfluss auf das Gesamtbild eines Krankenhauses hatte (z.B. *Leber* et al. 2001).

Unabhängig von der Versorgungseinrichtung bestehen weitere Einflussfaktoren auf die Prozesszufriedenheit. Es konnte durch die vorliegende Studie herausgefunden werden, dass nicht operierte Patienten, Patienten in einem schlechten allgemeinem Gesundheitszustand, lebensunzufriedene Patienten und Patienten im Rahmen einer Notfallversorgung den Klinikaufenthalt insgesamt negativer bewerteten. Andere Merkmale wie z.B. Alter, Geschlecht etc. spielen in unserer Studie keine Rolle für die Gesamtzufriedenheit.

Überblickt man zusammenfassend das Bild der Beanstandungen, so gelangt man zu der Überzeugung, dass nur in wenigen Bereichen spezifische Punkte verbesserungsfähig sind. Die größten Klagen beziehen sich auf die *Nachsorge* und die *Vermittlung von Kompetenzen*, um die Eigenverantwortung des Patienten im Umgang mit der Krankheit zu stärken. So ergab sich der niedrigste Anteil der zwei positivsten Antwortvorgaben bei folgenden Dimensionen: Einbindung des persönlichen Umfelds in die Nachsorge (56,7%), Übergang zur Nachbetreuung (76,5%), Beratungsangebot bei körperlichen oder seelischen Folgeproblemen (65,1%), Hinweise auf Ansprechpartner für Anregungen und Beschwerden (49,3%), Ermutigung der Patienten bzw. Angehörigen zur Rücksprache (74,6%) und Patienten erfahren, was sie selbst für ihre Genesung tun können (69,4%).

#### 6.3.2.3 Vergleich Station 12 K U mit den Stationen 9 I und 9 II U

Eine der eingangs gestellten Fragen bestand darin, herauszufinden, ob das Kurzzeittherapiezentrum im Vergleich zur vollstationären Behandlung eine gleich hohe Patientenzufriedenheit erzielen kann.

Wie auch in anderen Studien hinsichtlich der Patientenzufriedenheit bezüglich des Versorgungsprozesses fällt auf. dass es überraschend Unterschiede zwischen der kurzstationären und den vollstationären Versorgungsmodellen aus Patientensicht gibt (Satzinger et al. 2001). Es konnte festgestellt werden, dass in der vorliegenden Studie die kurzzeittherapeutische Station in vielen Bereichen einer gut funktionierenden Normalstation entspricht, der schlecht funktionierenden Normalstation aber überlegen ist. Von entscheidender Bedeutung für die Patienten sind die Ausstattung der Krankenzimmer, die Gestaltung der sanitären Anlagen sowie gut funktionierende Abläufe. Aber auch die gute ärztliche Betreuung bzw. pflegerische Betreuung ist von entscheidender Wichtigkeit. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt werden, unterscheidet sich die Zufriedenheit der Patienten – unabhängig von kurz- oder vollstationärer Versorgung – nur im Einzelaspekten.

Bei dem Vergleich der gut funktionierenden Normaltherapiestation 9 I mit der Kurzzeittherapiestation ist wesentlicher Unterschied kein der Patientenzufriedenheit feststellbar. Deutliche Unterschiede zwischen den beiden untersuchten Stichproben fanden sich erwartungsgemäß im Bereich "Dauer des stationären Aufenthaltes". Die Patienten der Kurzzeittherapiestation verweilten deutlich kürzer im Krankenhaus, als die vollstationär behandelten Patienten. Als weiterer erwähnenswerter Unterschied ist auffällig, dass die attraktiven baulichen Gegebenheiten auf der Kurzzeittherapiestation positiver beurteilt wurden. Da auf der Normalstation diese baulichen Gegebenheiten zwischenzeitlich denen der Kurzzeittherapie angepasst wurden, ist zu vermuten, dass die Zufriedenheit mit diesem Bereich zum heutigen Zeitpunkt in beiden Versorgungssystemen gleich gut ist.

Man kann nach Durchführung dieser Studie und Interpretation der Ergebnisse sagen, dass das kurzzeittherapeutische Konzept bei den auf Station 12 K U

behandelten Patienten eine sehr hohe Akzeptanz findet. Die Kurzzeittherapie stellt somit eine sinnvolle Ergänzung der Behandlungskette ambulant/stationär dar. Durch diese Art der Einrichtung kann ein Kristallisationspunkt sektorübergreifenden Handelns entstehen, der eine dem Patienten und seinen sozio-emotionalen Bedürfnissen angepasste Behandlung ermöglicht. Die möglicherweise durch die Veränderung der wirtschaftlichen Voraussetzungen entstehende verstärkte Integration ambulanter und belegärztlicher operativer Behandlung in die kurzzeittherapeutische Struktur an Krankenhäusern, kann eine noch stärker patientenorientierte Behandlung ermöglichen.

Die Ergebnisse dieser Studie hinsichtlich hoher Zufriedenheit mit Unterkunft und Service der Kurzzeitpatienten bestätigen die Vermutungen der ärztlichen Leitung, dass die Patientenzufriedenheit in der Kurzzeittherapie nach entsprechender Umgestaltung auch auf den Normalstationen erreichbar ist. Demzufolge sind inzwischen Bestrebungen erfolgt, das Konzept der Kurzzeittherapie auf einer der beiden Normalstationen umzusetzen. Zudem wurden die beiden Normaltherapiestationen mittlerweile vollkommen renoviert und es ist zu vermuten, dass, nachdem nun die gleichen baulichen Voraussetzungen gegeben sind, wie sie die Kurzzeittherapiestation während der Untersuchung geboten hat, sich die Patienten in diesem Punkt auf der Normalstation genauso gut versorgt fühlen, wie in der Kurzzeittherapie.

Auch zukünftig werden Qualitätsmessungen in der Patientenversorgung notwendig und medizinisch relevant sein, da eine zunehmende Tendenz zu einer kürzeren Verweildauer besteht. Durch die Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) wird sich diese Tendenz auch weiterhin verstärken und beschleunigen (vgl. Ärztezeitung 2001 und *Sell* 2000).

# 7. Zusammenfassung

Die Kurzzeittherapie ist eine neue Leistungsform der Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. In einem ausgewählten Krankenhaus wurde diese neue Leistungsform aus Sicht der Patienten beurteilt. Fragestellungen dieser Arbeit waren dabei:

- Welche Stärken und Schwachstellen weist die Kurzzeittherapie aus Sicht der Patienten auf?
- 2. Gibt es relevante Unterschiede zwischen der Kurzzeittherapie und der vollstationären Behandlung?
- 3. Welche Dimensionen der wahrgenommenen Krankenhausqualität in der Kurzzeittherapie sind für die Gesamtzufriedenheit und für die Wiederwahl des Krankenhauses wichtig?
- 4. Welche Ansatzpunkte zur Verbesserung der Kurzzeittherapie gibt es aus Sicht der Patienten?

Eine Stärke der Kurzzeittherapie sind die sehr hohen Zufriedenheitsangaben der Patienten im Bereich *Unterkunft und Service*. Als einzige Schwachstellen der Kurzzeittherapie kann man die Bereiche *Nachsorge* und *Schulung im Umgang mit der Erkrankung* ausmachen, wobei dies eine allgemeine Schwäche von Krankenhäusern und nicht speziell der Kurzzeittherapie ist, wie die Ergebnisse im Vergleich mit den Normalstationen zeigen. Für die Gesamtzufriedenheit spielen diese beiden Bereiche zudem eine relativ untergeordnete Rolle.

Insgesamt ergeben sich nur geringe Unterschiede zwischen Kurzzeittherapie und vollstationärer Behandlung. Die Patientenzufriedenheit auf einer gut funktionierenden Normalstation entspricht der der Kurzzeittherapie.

Für die Gesamtzufriedenheit mit der Kurzzeittherapie und gegebenenfalls für die Wiederwahl der kurzzeittherapeutischen Behandlung sind die ärztliche Betreuung und pflegerische Betreuung, Unterkunft und Service sowie die interne Koordination von besonderer Wichtigkeit. Interessant dabei ist, dass die Patienten anscheinend die bestmögliche medizinische Versorgung als selbstverständlich voraussetzen und somit äußere Gegebenheiten wie z.B. die "schöne" Unterkunft als Beurteilungskriterium große Bedeutung erlangen.

Die politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen, u.a. durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993 (*Jeschke/Hailer* 1994), die neu

gestalteten Entgeltformen Fallpauschale und Sonderentgelt, das Globalbudget und zukünftig die Diagnosis Related Groups zwingen zu möglichst ökonomischer Ressourcennutzung. Die Kurzzeittherapie könnte einen Beitrag zur Lösung dieses Problems leisten.

Aus diesen Gründen und dadurch das, dass Modell der Kurzzeittherapie aus Patientensicht als erfolgreich beurteilt wurde, wurde als Konsequenz das Konzept der Kurzzeittherapie im Allgemeinen Krankenhaus Eilbek auf die vollstationäre Versorgung übertragen.

#### Literaturverzeichnis

**Ärztezeitung (2001)** Klinik-Verweildauer wird sich bald verringern. Nr. 25 vom 9./10.Februar, S.19.

**Alles, B. (2001)** DRGs in Kliniken dürfen Niedergelassene nicht kalt lassen. Ärztezeitung Nr. 29 vom 15. Februar, S. 17.

**Arora N. K.; McHorney, C. A. (2000)** Patient preferences for medical decision making. Who really wants to participate? Medical Care (38), S. 335-341.

**Aust, B. (1994)** Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.

**Bartholomeyczik, S. (1981)** Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber den Patienten, Teil 2: Ergebnisse. Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Schriftenreihe Strukturforschung im Gesundheitswesen. Band 7. Technische Universität Berlin

Bartlett, E. E.; Grayson, M.; Barker, R.; Levine, D. M.; Golden, A.; Libber, S. (1984) The effects of physician communications skills on patient satisfaction, recall and adherence. In: Journal chron. Dis. (37), S.755-764.

**Bauer, H. (1998)** Kurzzeitchirugie – Kurzzeitpauschale Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Deutsche Gesellschaft für Chirugie – Mitteilungen 4/98, S.250-255.

Bertakis, K. D.; Roter, D.; Putnam, S. M. (1991) The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. In: Journal Fam. Pract. (32), S.175-181.

**Birner, U.; Spörkel, H.; Frommelt, B. (1995)** Dienstleistungsorientiertes Qualitätsmanagement – Chance und Förderung für Gesungheitseinrichtungen. In: Spörkel et al. (1995), S.1-6.

**Blum, K. (1998)** Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen, Einflussfaktoren der Patientenzufriedenheit und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Herausgegeben von Badura, B.; Hurrelmann, K.; Krämer, A.; Laaser, U., Juventa Verlag Weinheim und München, S.141.

**Bölke**, **G.** (1995) Krankenhausfinanzierung nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, XVII-XXVII. In: Bölke, G. (Hrsg). Düsseldorfer

Kommentar zur BPflV 1995. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.

**Borges**, **P.**; **Schnabel**, **B.** (1998) Drastische Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (2), S. 134-136.

Brody, D. S.; Miller, S. M.; Lermann, C. E.; Smith, D. G.; Lazaro, C. G.; Blum, M. J. (1989) The relationship between patient's satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and recived. In: Med. care (27), S.1027-1035.

**Brook, R. H. et al. (1977)** Assessing the Quality of Medical Care using the Outcome Measures: An Overview of the Method. In: Med Care (15), S.1-165.

Carr-Hill, R.; Humphreys, S.; McIver, S. (1987) A customised view of puplic satisfaction J. Hlth Service (97), S.614-615.

Cleary, P. D.; Edgman-Levitan, S.; Roberts, M.; Moloney, T. W.; McMullen, W.; Walker, J. D.; Delbanco, T. L. (1991) Patients Evaluate Their Hospital Care: A National Survey. In: Health Affairs (10), S.254-267.

**Deutsche Krankenhausgesellschaft (1997)** Umsetzungskonzept zur Förderung der Kurzzeitbehandlung in Krankenhäusern. 1.Schritt: Chirugie vom 06.11.1997.

**Donabedian, A. (1966)** Evaluating the Quality of Medical Care. In: Milbank Mem Quart. (44), S.166-203.

**Eichhorn, S. (1987)** Krankenhausbetriebslehre, Band 3, Köln, Stuttgart, Berlin, Mainz.

**Eichhorn, S. (1997)** Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrieten Krankenhausmanagement. Stuttgart, Berlin, Köln 1997, Kohlhammer Verlag.

**Elkeles, T. (1992)** Arbeitsorganisation in der Krankenpflege: Zur Kritik der Funkrionspflege. 4. Auflage, Frankfurt a.M.

**Färber von, C. (1991)** Patientenorientierung im Krankenhaus – immer noch ein Problem. In: Krankenhaus Umschau, 60 (4), 1991, S.250-256.

**Fassl, H. (1977)** Fachinterne Qualitäts- und Effizienzsicherung im Ärztlichen Betreuungssystems. In: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (5), S.322-324.

**Festinger, L. (1957)** A Theory of Cognitive Dissonance, Stanford.

**Feuerstein, G.; Badura, B. (1991)** Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung,

Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

**Glomb, J.; Glomb, E.; Rössler, B. (1983)** Gestaltung des Betreuungsmilieus im Krankenhaus. In: Medizin und Gesellschaft (20), S.9.

**Grauhan, A.; Grauhan, R.R. (1969)** Das Unbehagen am Krankenhaus. Führungsstruktur – Funktionserfüllung – Reorganisation. In: Das Krankenhaus 61 (7), S.253-260.

**Hauke**, **E.** (1991) Qualitätssicherung im Krankenhaus. Ansätze zur Evaluation und Verbesserung der Krankenhausversorgung, Carl Uebereuter Verlag, Wien...

**Hildebrand, R. (1995)** Was tun in Sachen Qualität? In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (6), S.568-576.

**Hopp, F. P. (2002)** Patientenbefragung: Zufriedenheit ist relativ. Unterschiede müssen neutralisiert werden. Krankenhaus Umschau (8), S.631-634

**ISO 8402 (1994)** Internatinal Organization for Standardization [Hrsg.], 2nd ed..

Janssen, H. (1995) Qualitätsmanagement in der kardiologischen Rehabilitation. Dissertation an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld.

**Jeschke**, **H. A.**; **Hailer B.** (1994) Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993; Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb. Blaue Reihe. Aesophus Verlag Basel.

**Koch, J. J. (1972)** Der zufriedene Patient – Ein Kriterium für die Güte der Versorgung und Pflege im Krankenhaus? In: Krankenpflege in unserer Gesellschaft, hrsg. v. Pinding M, Stuttgart, S.159.

**Kracht, P. J. (1992)** Qualitätsmanagement im Krankenhaus. In: f&w, 9 (4), 1992. S.266-272.

**Leber, C; Weilandt, B; Hildebrandt, H. (2001)** ku-Benchmark-Club Patienten-Monitor®: Wahlleistungen: Was wollen Patienten? Krankenhaus Umschau (7), S.537-541.

Lecher, S; Satzinger, W; Trojan, A; Koch, U. (2002) Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 45 (1), 2002 S.3-12

**LBK Forum** (1998) LBK Forum. Die Zeitschrift für Hamburgs kommunales Gesundheitsunternehmen. Stand: Juli 1998, S.10-11.

**Leihmkühler, A. M.; Müller, U. (1996)** Patientenzufriedenheit – Artefakt oder soziale Tatasache? In: Nervenarzt (67), S.765-773.

**Linder-Pelz, S. (1982)** Toward a theory of patient satisfaction. In: Social Sience & Medicine (16), S.577-582.

Mielck, A.; Satzinger, W.; Apelt, P. (1993) Zufriedenheit mit der ambulantärztlichen Versorgung, Unterschiede nach Schulbildung in Görlitz. In: Sozialund Präventivmedizin (38), S.142-147.

**Nelson, E.C. (1992)** Vorwort zu Cleary et al.. In: Quality Review Bulletin (18), S.53.

**Nickel, S; Trojan, A. (2001)** Befragung von Kurzzeit-Patienten im Krankenhaus. In: Satzinger, W; Trojan, A; Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.). Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. St. Augustin S.275-282

Niebuhr, H.; Nahrstedt, U.; Reis, M.; Willhelm, W.; Rückert, K. (1995) Interdiziplinäres Kurzzeittherapie-Centrum als organisatorische Antwort auf die zukünftigen Anforderungen an ein grosses kommunales Krankenhaus. In: Chirurg BDC, 34 (7), 1995, S.151-155.

**Niebuhr, H. (2000)** Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Chirurgie. Begleitforschung zu Kurzzeittherapie-Zentren in der Chirurgie: Qualität, Ökonomie, Akzeptanz, 2000, S.136.

**Raspe, H. -H. (1983)** Aufklärung und Information im Krankenhaus. Beihefte zur Zeitschrift: Gruppenpsychtherapie und Gruppendynamik – Beiträge zur Sozialpsychologie und sozialen Praxis. (17), Göttingen.

Reibnitz von, C.; Güntert, B. (1996) Was bedeutet Zufriedenheit aus Sicht der Patienten? – Neue Dimensionen des Total Quality Management im Krankenhaus. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 13 (3), 1996, S.260-265.

**Ridder, P. (1988)** Einführung in die medizinische Soziologie. Studienskripte zur Soziologie. In: Scheuch, E. K.; Sahner, H. (Hrsg.), Thieme, Stuttgart.

**Riegl, G. F. (1992)** Das nachfrageorientierte Krankenhaus als Gewinner. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 10 (1), 1993, S.350-353.

**Riegl, G. F. (1993)** Spielregeln des Erfolges nach dem GSG. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 10 (1), 1993, S.51-56.

**Rückert, K.; Nahrstedt, U. (1998)** Ambulante Operationen und Kurzzeittherapie in der Allgemein- und Viszeraltherapie. In: Viszeralchirugie (33), 1998, S.199-201.

**Rupp, T. (1994)** Maßnahmen zur Umsetzung des GSG und der neuen BPflV – Ein Bericht aus dem Albertinen-Krankenhaus Hamburg. In: Krankenhaus 11 (94), S.495-500.

**Sachverständigenrat (1989)** Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Jahresgutachten 1989. Nomos-Verlag, Baden-Baden.

Satzinger, W; Trojan, A; Kellermann-Mühlhoff, P. (2001)
Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen.
St. Augustin

**Schaeffer, D. (1993)** Integration von ambulanter und stationärer Versorgung. In: Badura, B; Feuerstein, G; Schott, T. (Hrsg.) System Krankenhaus. Weinheim, München, S. 270-291.

**Schlüchtermann, J. (1996)** Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Kritische Bestandsaufnahme und Perspektiven einer Weiterentwicklung. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 13 (3),1996, S.252-259.

**Schulz, R.; Johnson, A. C. (1976)** Managment of Hospital. In: Viethen, G.: Qualität im Krankenhaus. Schattauer Verlag, Stuttgart-New York, S.12.

Schupeta, E.; Hildebrand, H. (1999) Patientenzufriedenheit messen und steigern: was Krankenhäuser von Patienten lernen können. Asgard-Verlag Hippe, Sankt Augustin

**Selbmann, H. K. (1995)** Was ist Qualitätsmamagement? In: Chirurg (66), S.647-651.

**Sell, S. (2000)** Einführung eines durchgängig (fall)pauschalierenden Vergütungssystems für Krankenhausleistungen auf DRG-Basis. Eine Literaturübersicht. Sozialer Fortschritt, H.5, S.102-115.

**Siegrist, J. (1976)** De Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus: empirische Befunde und theoretische Überlegungen. In: Begemann, H. (Hrsg.) Patient und Krankenhaus, S.25-48, Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien.

**Trojan, A.; Nickel, S. (1998)** Gesundheitsförderung durch Patientenbefragungen. Begleitforschung in einem gesundheitsfördernden

Krankenhaus. In: Public-Health-Forschung in Deutschland, Hans Huber Verlag, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle, S.238-244.

**Trojan, A; Nickel, S; Höppner, H. (1996)** Methodische Zwischenbilanz der quantitativen Patientenbefragung 1994. NFVPH-Projekt B 1, Arbeitspapier 3. Hamburg.

**Trojan, A.; Nickel, S.; Oppolzer, A. (1999)** Qualität im Krankenhaus – Die Sicht der Mitarbeiterinnen und der Patientinnen im Vergleich am Beispiel eines "gesundheitsfördernden Krankenhauses". Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S.170.

**Tscheulin, D. K.; Häberlein, U. (1996)** Krankenhausimage als multivariates Konstrukt – eine regressionsanalytische Betrachtung. Freiburger Betriebswirtschaftliche Diskussionsbeiträge, Nr.16/1996, S.3.

**Tuschen, K. H. (1993)** GSG`93: Die neuen Vergütungsformen und ihre Anforderungen an das Krankenhaus. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 10 (1), 1993, S.2-9.

**Tuschen, K. H.; Quaas, M. (1995)** Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung. 2. neubearb. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln 1995.

**Viethen, G. (1995)** Qualität im Krankenhaus. Stuttgart, New York 1995, Schattauer Verlag.

**Vuori, H. (1982)** Quality Assurance of Health Services. Public Health in Europe. Band 16, WHO-Publikation, Kopenhagen.

Ware, J. E.; Snyder, M.; Wright, R.; Davies, A. R. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation an Program Planning (6) S.247-263.

**WHO** (1984) Weltgesundheitorganisation, Regionalbüro für Europa: Einzelziele für "Gesundheit 2000", Kopenhagen.

### Anhang

Anschreiben und Fragebogen:

#### Liebe Patientin, lieber Patient!

Sie sind vor einiger Zeit auf der **Kurzzeittherapie-Station des AK Eilbek** behandelt worden. Um die Betreuung der Patienten weiter zu verbessern haben wir in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizin-Soziologie (IMS), Universität Hamburg, einen kurzen Fragebogen vorbereitet. In diesem Fragebogen geht es um Ihre persönliche Einschätzung zu verschiedenen Aspekten im Zusammenhang mit Ihrem letzten Aufenthalt in unserem Krankenhaus.

Mit der Befragung möchten wir feststellen, was während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus gut war, aber auch, was Ihnen weniger gut oder gar nicht gefallen hat. Scheuen Sie sich also nicht, Kritik und Beschwerden zu äussern. Dies hilft am meisten, **Ansatzpunkte für Verbesserungen** herauszufinden!

Wir bitten Sie ganz herzlich, den Fragebogen vollständig auszufüllen. Überlegen Sie bitte, welche der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auf Sie zutreffen und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an. Beziehen Sie sich bei der Beantwortung bitte auf die Station, aus der Sie entlassen wurden! Dort, wo es erforderlich ist, tragen Sie bitte eine Zahl oder freien Text ein.

Den ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte 1 Woche nach Ihrer Entlassung im beigelegten Rückumschlag (Entgelt zahlt Empfänger) ohne Absenderangabe an das Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg.

Wir garantieren Ihnen die vollständige Vertraulichkeit Ihrer Angaben nach dem gesetzlichen Datenschutz. Da unser Krankenhaus Ihnen den Fragebogen ausgehändigt hat, kennt das auswärtige Institut weder Ihren Namen noch Ihre Adresse. Umgekehrt wird das Krankenhaus später von dem Institut nur zusammengefasste Ergebnisse bekommen, die keine Rückschlüsse auf einzelne Personen und deren Behandlung zulassen.

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Damit wir praktisch verwendbare Ergebnisse bekommen, ist es aber entscheidend wichtig, dass **möglichst alle Patienten** mitmachen.

Für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit bedanken wir uns ganz herzlich!

Ihre Kurzzeittherapie-Station 12K Cand. med. Inst. für Medizin-Soziologie

Prof. Dr. R. Busch N. Reinecke Prof. Dr. A. Trojan



## Liebe Patientin, lieber Patient!

Vor wenigen Tagen sind Sie von der Kurzzeittherapiestation des Krankenhauses Eilbek entlassen worden. Einleitend möchten wir Ihnen daher einige Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen. Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen jeweils nur eine Zahl in den Kästchen an!

K.1	Wie würden Sie Ihren <u>augenblicklichen</u> Gesundheitszustand beschreiben?	Schlecht
		Gut[3]
		Sehr gut[4]
		Ausgezeichnet[5]
K.2	Wenn Sie jetzt noch einmal an Ihren Zustand	Stark verschlechtert[1]
	vor Ihrem Aufenthalt im Krankenhaus Eilbek denken:	Leicht verschlechtert[2]
	Wie haben sich die Beschwerden, die zu Ihrem	Gleich geblieben[3]
	Klinikaufenthalt geführt haben, verändert?	Leicht gebessert[4]
		Stark gebessert[5]
K.3	Wie hat sich Ihre Fähigkeit, Dinge des täglichen	Stark verschlechtert[1]
	Lebens zu tun (z.B. Hausarbeit, Einkaufen), verändert?	Leicht verschlechtert[2]
	Totalideri.	Gleich geblieben[3]
		Leicht gebessert[4]
		Stark gebessert[5]
K.4	Wie würden Sie Ihre Lebenszufriedenheit im	Schlecht[1]
	allgemeinen beschreiben?	Weniger gut[2]
		Gut[3]
		Sehr gut[4]
		Ausgezeichnet[5]

K.5	Aus welchem Hauptanlass waren Sie im Krankenhaus Eilbek?	Operativer Eingriff
K.6	Wie kam es zu Ihrer Aufnahme in das Krankenhaus Eilbek?	Akuter Notfall [1]  Kurzfristige Einweisung [2]  Länger geplante Einweisung [3]  Sonstiges, und zwar  [4]
K.7	Wie schwer war die Erkrankung, die zu Ihrem Krankenhausaufenthalt geführt hat?	Leichter Fall
K.8	Wie viele Tage haben Sie im Krankenhaus Eilbek verbracht?	Tage
K.9	Vor wie viel Tagen wurden Sie aus dem Krankenhaus Eilbek entlassen?	vorTagen

Im folgenden möchten wir Sie bitten, Ihre Erfahrungen und Erlebnisse auf der Kurzzeittherapiestation zu schildern. Bitte kreuzen Sie auf der Skala zwischen [0] und [4] die Zahl an, die Ihren Erfahrungen am meisten entspricht! Bitte beantworten Sie jede Frage!

	Aufnahme in das Krankenhaus	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.1	Ich wurde im <u>Vorfeld</u> gut auf meinen Aufenthalt vorbereitet (z.B. Mitbringen von Unterlagen)	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.2	Ich bekam schnell genug einen Aufnahmetermin		[1]	[2]	[3]	[4]
P.3	Die Formulare bei der Aufnahme waren leicht auszufüllen		[1]	[2]	[3]	[4]
P.4	Die Wartezeit von der Aufnahme bis zum ersten Arztkontakt war angemessen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.5	Im Krankenhaus wusste man über Untersuchungen Bescheid, die <u>vorher</u> gemacht worden waren	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Unterkunft & Service	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.6	Mein Krankenzimmer war zweckmässig und freundlich ausgestattet	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.7	Bei körperlichen Untersuchungen wurde Rücksicht auf meine Intimsphäre genommen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.8	Die sanitären Anlagen (z.B. Dusche, WC) machten einen gepflegten Eindruck	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.9	Die Verpflegung (Essen, Getränke) war schmackhaft und abwechslungsreich	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.10	Das Freizeitangebot für Patienten (z.B. Fernsehen, Kiosk, Bücherei, Cafeteria) war ausgezeichnet	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Pflegerische Betreuung	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.11	Die Pflegekräfte auf der Station kannten sich mit den Besonderheiten meiner Krankheit aus					
		[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.12	Die Pflegekräfte waren mir gegenüber einfühlsam und mitfühlend	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.13	Wenn Patienten mal etwas mehr Hilfe benötigten, haben die Pflegekräfte immer schnell reagiert					
		[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.14	Die Pflegekräfte haben ihre Aufgaben gründlich und sorgfältig ausgeführt	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.15	Die Pflegekräfte nahmen sich genug Zeit für mich	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.16	Meine Meinung / Wünsche zur Pflege (z.B. Körperpflege) wurden ernst genommen					
		[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Ärztliche Betreuung	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.17	Die Ärzte auf der Station kannten sich mit den Besonderheiten meiner Krankheit aus	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.18	Die Ärzte waren mir gegenüber einfühlsam und mitfühlend	[0]	[1]	[2]	[3]	[4] [4]
P.19	Wenn Patienten mal etwas mehr Hilfe benötigten, haben die Ärzte immer schnell reagiert					
		[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.20	Die Ärzte haben ihre Aufgaben gründlich und sorgfältig ausgeführt	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.21	Die Ärzte nahmen sich genug Zeit für mich (z.B. bei der Aufnahme, Visite)	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.22	Meine Meinung / Wünsche zur ärztlichen Behandlung (z.B. Art des Eingriffs, Entlassung) wurden ernst genommen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Sonstiges Personal	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig	Hatte keinen Konta kt
P.23	Die Betreuung durch die Krankengymnastik / Bäderabteilung war herausragend	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[]
P.24	Die Betreuung in <u>speziellen Bereichen</u> (z.B. Röntgen, EKG, Endoskopie) war herausragend	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[]
P.25	Die Betreuung durch den <u>Sozial- und</u> psychologischen <u>Dienst</u> war herausragend	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[]
P.26	Die Betreuung durch die <u>Klinikverwaltung</u> (z.B. Aufnahme, Pforte, Post, Kasse) war herausragend.	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[]

	Interne Koordination	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.27	Die Mitarbeiter auf Station waren immer über den aktuellen Stand meiner Behandlung informiert	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.28	Ich wusste jederzeit, wer für meine Behandlung und Pflege zuständig ist	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.29	Der Tagesablauf (z.B. Weck-, Besuchs-, Essenszeiten) war den Bedürfnissen der Patienten sehr gut angepasst	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.30	Der Patiententransport zwischen Station und anderen Abteilungen (z.B. Röntgen, EKG, OP) verlief reibungslos	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.31	Ich hatte im Krankenhaus ausreichend Zeit, mich von der Behandlung zu erholen und zu entspannen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Informationen zur Behandlung	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.32	Im Krankenhaus bin ich ausreichend über Art und Ursache meiner Krankheit informiert worden .	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.33	Ich bin ausreichend über Nutzen und Risiken der Behandlung (z.B. Operation, Medikamente) informiert worden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.34	Ich bin ausreichend über den Ablauf der Behandlung informiert worden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.35	Ich bin Schritt für Schritt über Ergebnisse der Behandlung informiert worden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.36	Alles, was die Ärzte hinsichtlich meiner Genesung in Aussicht gestellt haben, ist tatsächlich eingetreten	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Nachsorge	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.37	Meine Nachbetreuung schloss nahtlos an den Krankenhausaufenthalt an	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.38	Angehörige, Freunde oder Nachbarn wurden angemessen in meine Nachbetreuung eingebunden	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.39	Mein Hausarzt wurde umgehend über die Ergebnisse meiner Behandlung im Krankenhaus informiert	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.40	Im Krankenhaus Eilbek fühlte man sich für die Organisation meiner Nachbetreuung verantwortlich	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

	Schulung im Umgang mit der Krankheit	Stimmt gar nicht	Stimmt kaum	Stimmt teils, teils	Stimmt ziem- lich	Stimmt völlig
P.41	Ich wurde auf mögliche Beschwerden und Beeinträchtigungen nach meiner Entlassung hingewiesen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.42	Ich erfuhr, was ich selbst für meine Genesung tun kann (z.B. Ernährung, Ruhe, Medikamenteneinnahme)	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.43	Bei körperlichen oder seelischen Folgeproblemen konnte ich mich im Krankenhaus beraten lassen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.44	Ich bzw. meine Angehörigen wurden ermutigt, bei auftretenden Problemen wieder ins Krankenhaus zu kommen	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]
P.45	Ich bin informiert worden, an wen ich mich mit Anregungen, Wünschen und Beschwerden wenden kann	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]

Während sich die vorherigen Fragen auf einzelne Aspekte des Krankenhausaufenthaltes beziehen, möchten wir nunmehr Ihre Gesamtzufriedenheit mit der Kurzzeittherapiestation des Krankenhauses Eilbek feststellen.

Z.1	Würden Sie sich wieder auf der Kurzzeittherapiestation im Krankenhaus Eilbek behandeln lassen?	Nein, auf keinen Fall[1]Vermutlich nein[2]Vermutlich ja[3]Ja, auf jeden Fall[4]
Z.2	Können Sie die Kurzzeittherapiestation des Krankenhauses Eilbek Ihren Freunden oder Bekannten weiter empfehlen?	Nein, auf keinen Fall[1]Nein, eher nicht[2]Ja, mit Einschränkungen[3]Ja, auf jeden Fall[4]
Z.3	Wenn Sie einmal <u>alle</u> Aspekte Ihres Krankenhausaufenthalts berücksichtigen (z.B. Unterbringung, soziale Betreuung, Information, Ablauforganisation usw.):  Wie beurteilen Sie die Kurzzeittherapiestation des Krankenhauses Eilbek insgesamt?	Schlecht       [1]         Mässig       [2]         Gut       [3]         Sehr gut       [4]         Ausgezeichnet       [5]

Hier möchten wir Ihnen noch einige Fragen zu Ihrer Person stellen. Wie im Begleitschreiben erwähnt, erfolgt dies ausschliesslich aus statistischen Gründen.

S.1	Wie alt sind Sie?	
		Jahre
S.2	Welches Geschlecht haben Sie?	Männlich[1]
		Weiblich[2]
S.3	Wie lautet Ihr höchster erreichter Schulabschluss?	(Noch) ohne Abschluss[1]
		Volks-, Hauptschule[2]
		Mittlere Reife, Realschule[3]
		Abitur, Fachabitur[4]
		Hochschulabschluss[5]
S.4	Mit welchen Personen leben Sie im Haushalt zusammen?	Allein lebend[1]
		Mit (Ehe-) Partner[2]
		Mit (Ehe-) Partner und Kind(ern). [3]
		Nur mit Kind(ern) [4]
		Mit anderen Personen[5]

S.5	Haben Sie noch Ideen oder Vorschläge, was auf der Kurzzeittherapiestation des Krankenhauses Eilb <b>verbessert</b> werden kann? Wenn ja, möchten wir Sie bitten, diese im folgenden niederzuschreiben.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag (Entgelt zahlt Empfänger) ohne Absenderangabe an das Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit

# Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Rainer Busch für die Überlassung des interessanten Themas. Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Dr. Alf Trojan für die stets freundliche Bereitschaft bei der Beantwortung von sozialmedizinischen Fragen und Herrn Stefan Nickel, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizin-Soziologie, der jeder Zeit ansprechbar war und mit guten Vorschlägen erheblich zu dieser Arbeit beigetragen hat.

#### Lebenslauf

Zur Person

Name: Nina Friederike Reinecke

Geburtsdatum und –ort: 12. November 1975 in Hambug

Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulbildung

08/1991 – 05/1995 Carl-von-Ossietzky-Gymnasium in Hamburg, Abitur

Akademische Ausbildung

10/1995 – 11/2002 Studium der Medizin an der Universität Hamburg, Ärztliche

Prüfung

**Famulaturen** 

Famulatur Universitätskrankenhaus Eppendorf, Hamburg

Chirurgische Klinik und Poliklinik

• Famulatur Allgemeines Krankenhaus Eilbek, Hamburg

Urologische Abteilung

• Famulatur Allgemeines Krankenhaus Eilbek, Hamburg

Abteilung für Anästhesiologie

Famulatur Universitätsklinik Innsbruck, Österreich

Abteilung für Radiologie

• Famulatur Klinikum Nord, Hamburg

Innere Medizin in der Abteilung für Naturheilverfahren

Praktisches Jahr

• 1. Tertial: Anästhesie Groote Schuur Hospital, Kapstadt, Südafrika

• 2. Tertial: Chirurgie Windhoek State Hospital, Windhoek, Namibia

und Israelitisches Krankenhaus, Hamburg

• 3. Tertial: Innere Medizin Israelitisches Krankenhaus, Hamburg

<u>Auslandsaufenthalte</u>

02/2000 – 07/2000 Universität Innsbruck, Österreich (1 Semester)

10/2001 – 04/2002 University of Cape Town, Südafrika und Windhoek, Namibia

Beruflicher Werdegang

seit 02/2003 Beginn der Tätigkeit als Ärztin im Praktikum in der Abteilung für

Innere Medizin am Israelitischen Krankenhaus in Hamburg

Hamburg, im Juli 2003

# Erklärung

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

(Ort, Datum)	(Unterschrift)